

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XIV^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

Séance(s) du vendredi 28 octobre 2016

Articles, amendements et annexes



31^e séance

PLFSS 2017

Projet de loi de financement
de la sécurité sociale pour 2017

Texte du projet de loi – n° 4072

Après l'article 43

Amendement n° 755 présenté par le Gouvernement.

Après l'article 43, insérer l'article suivant :

Le 22° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés » sont remplacés par les mots : « des engagements individualisés et la contrepartie financière associée » ;

2° Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Ces engagements et cette contrepartie peuvent être révisés durant la période conventionnelle par les instances conventionnelles compétentes. Ces révisions sont mises en œuvre par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

Amendement n° 934 présenté par le Gouvernement.

Après l'article 43, insérer l'article suivant :

I. - À défaut de signature au 1^{er} février 2017 d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

Ce projet de convention reconduit la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur, en modifiant ses articles 4.2.1 et 4.3.3 et ses annexes I et V, pour déterminer les tarifs mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 du même code, et la limite applicable aux dépassements autorisés sur tout ou partie de ces tarifs. Les dispositions de la convention antérieure continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement arbitral qui la remplace.

L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des chirurgiens-dentistes avant le 1^{er} février 2017. À défaut, l'arbitre est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses

d'assurance maladie, dans un délai de huit jours. Le nom de l'arbitre est notifié aux partenaires conventionnels ainsi qu'aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'arbitre dispose d'un délai d'un mois à compter de sa désignation pour transmettre un projet de règlement arbitral aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il auditionne les représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Les dispositions du I de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux conditions de transmission, d'approbation et de mise en œuvre du règlement arbitral.

La procédure d'approbation de l'avenant mentionné au premier alinéa est mise en œuvre sans appliquer le délai prévu au troisième alinéa de l'article L. 162-14-3 du même code.

II. - La deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Le titre de la deuxième partie est complété par les mots : « , de l'adolescent et du jeune adulte » ;

2° Le titre III du livre I^{er} est complété par les mots : « , l'adolescent et le jeune adulte » ;

3° Le même titre est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :

« Chapitre IV : Examens et prévention

« Art. L. 2132-6. - Dans l'année qui suit leur neuvième, leur quinzième, leur dix-huitième, leur vingt-et-unième et leur vingt-quatrième anniversaire, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Ces examens, ainsi que les soins consécutifs, ne donnent pas lieu à contribution financière de la part des assurés.

« Les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale déterminent, pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes, la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. À défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de disposition sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen et la prise en charge des soins consécutifs, elles sont définies par arrêté interministériel. »

Amendements identiques :

Amendements n° 155 présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie) et Mme Lemorton et n° 766 présenté par Mme Lemorton, M. Ferrand, M. Robiliard, Mme Huillier, M. Aylagas, Mme Le Houerou, Mme Bouziane-Laroussi et M. Alexis Bachelay.

Après l'article 43, insérer l'article suivant :

La section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-14-2, après la référence : « L. 162-14-1 », sont insérés les mots : « ou à l'article L. 162-16-1 » ;

2° L'article L. 162-15 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– À la première phrase, après le mot : « chapitre », sont insérés les mots : « la convention prévue à l'article L. 162-16-1, » ;

– À la deuxième phrase, après le mot : « sages-femmes », sont insérés les mots : « des pharmaciens, » ;

b) Au cinquième alinéa, après le mot : « chapitre », sont insérés les mots : « de la convention prévue à l'article L. 162-16-1, ».

Sous-amendement n° 941 présenté par le Gouvernement.

Supprimer les alinéas 3 à 7.

Amendement n° 619 présenté par M. Vercamer, M. Benoit, M. de Courson, M. Degallaix, M. Demilly, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer, M. Jean-Christophe Lagarde, Mme Sonia Lagarde, M. Reynier, M. Richard, M. Rochebloine, M. Salles, M. Santini, M. Tuaiva, M. Philippe Vigier et M. Zumkeller.

Après l'article 43, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale, est inséré un article L. 162-15-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-15-5.* – La signature des conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, de l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et des accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1, de leurs annexes et de leurs avenants est précédée d'une étude d'impact. »

Amendement n° 814 présenté par le Gouvernement.

Après l'article 43, insérer l'article suivant :

À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « au contrat d'accès aux soins instauré » sont remplacés par les mots : « aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus ».

Amendement n° 171 présenté par Mme Poletti, M. Daubresse, M. Moreau, Mme Boyer, M. Straumann, M. Cherpion, M. Jacquat, M. Perrut, M. Morel-A-L'Huissier, M. Gosselin, M. Vitel, M. Ledoux, M. Fromion, M. Favennec, M. Marlin, M. Vercamer, M. Myard, Mme Nachury, M. Degauchy, M. Gandolfi-Scheit, M. Philippe Armand Martin, M. Tian, M. Door, M. Abad, Mme Zimmermann, M. de Ganay, M. Lurton, Mme Genevard, Mme Le Callennec, M. de Mazières, M. Aubert et M. Viala.

Après l'article 43, insérer l'article suivant :

Dans les douze mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conséquences et le coût de la possible extension

du dispositif d'amélioration de la protection maternité des femmes médecins à l'ensemble des professions médicales, paramédicales, et libérales en France.

Sous-amendement n° 913 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 1, substituer aux mots :

« la possible extension du dispositif d'amélioration de la protection maternité des femmes médecins à »

les mots :

« l'amélioration de la protection maternité et paternité pour »

Sous-amendement n° 920 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 1, substituer aux mots :

« , paramédicales, et libérales »

les mots :

« et paramédicales libérales »

Article 44

① I. – Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le chiffre : « cinq » est remplacé par le chiffre : « huit ».

② II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

③ 1° Après le sixième alinéa de l'article L. 133-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

④ « Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré de la somme correspondant aux tarifs des actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code qui auraient dû être facturés à raison de l'activité réalisée. » ;

⑤ 2° Après l'article L. 162-22-6, il est inséré un article ainsi rédigé :

⑥ « *Art. L. 162-22-6-1.* – La prise en charge d'une affection nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale peut donner lieu à la facturation, par les établissements de santé mentionnés aux *a* à *e* de l'article L. 162-22-6, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° de l'article L. 162-22-6.

⑦ « Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article, notamment les critères permettant la prise en charge de cette prestation par les régimes obligatoires de sécurité sociale. » ;

⑧ 3° Au premier alinéa de l'article L. 162-22-7, le mot : « hospitalisés » est supprimé ;

⑨ 4° Au premier alinéa de l'article L. 162-22-8-1, les mots : « situés dans des zones à faible densité de population » sont supprimés et après les mots :

« densité de population des zones dans lesquelles ils sont situés », sont insérés les mots : « sauf lorsqu'il s'agit d'un territoire insulaire » ;

- ⑩ 5° Après l'article L. 162-22-8-2, il est inséré un article ainsi rédigé :
- ⑪ « *Art. L. 162-22-8-3.* – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, les établissements de santé mentionnés aux *a, b, c* et *d* du même article exerçant des activités de soins critiques définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge, peuvent bénéficier d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et d'une dotation complémentaire. » ;
- ⑫ 6° L'article L. 162-22-9-1 est ainsi modifié :
- ⑬ *a)* Le II devient le III ;
- ⑭ *b)* Après le I, il est rétabli un II ainsi rédigé :
- ⑮ « *II.* – Le montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, peut être minoré par l'application du coefficient défini au I. » ;
- ⑯ *c)* Après le premier alinéa du III, il est inséré un IV ainsi rédigé :
- ⑰ « *IV.* – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre le montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10 et le montant de cette dotation minoré dans les conditions définies au II. » ;
- ⑱ 7° Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :
- ⑲ *a)* Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑳ « 2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ; »
- ㉑ *b)* Au 3°, les mots : « et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus » sont remplacés par les mots : « , aux forfaits annuels et à la dotation mentionnés au 2° » ;
- ㉒ 8° A l'article L. 162-22-12, après les mots : « mentionnés à l'article L. 162-22-8 » sont insérés les mots : « et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, minorée, le cas échéant, dans les conditions définies au II de l'article L. 162-22-9-1 » ;
- ㉓ 9° À l'article L. 162-22-15, les mots : « Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « Les forfaits annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général

et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14 » ;

- ㉔ 10° L'article L. 162-27 est abrogé ;
- ㉕ 11° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :
- ㉖ *a)* Après la référence : « L. 162-22-6, » est insérée la référence : « L. 162-22-6-1, » ;
- ㉗ *b)* Après la référence : « L. 162-22-8 » est insérée la référence : « L. 162-22-8-3 ».
- ㉘ III. – A. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 6312-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ㉙ « Le transport médicalisé d'enfants décédés de cause médicalement inexpliquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, ainsi que le transport de leurs représentants légaux en vue d'une prise en charge adaptée, effectué à l'aide de moyens de transport terrestre, aérien ou maritime spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de l'enfant décédé jusqu'à l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements. »
- ㉚ B. – Le troisième alinéa de l'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales est complété par les mots : « ou qui assurent le transport d'enfants décédés de cause médicalement inexpliquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, vers l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements ».

Amendement n° 85 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat.
Supprimer cet article.

Amendement n° 327 présenté par Mme Michèle Delaunay.

Après l'alinéa 2, insérer l'alinéa suivant :

« *I bis.* – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « neuvième » est remplacé par le mot : « dixième ».

Amendements identiques :

Amendements n° 89 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat et n° 574 présenté par Mme Le Callennec.

Substituer à l'alinéa 6 les cinq alinéas suivants :

« *Art. L. 162-22-6-1.* – Une expérimentation peut être menée, à compter du 1^{er} mars 2017 et pour une période n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes en chirurgie ambulatoire. La liste des affections concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Participent à l'expérimentation les titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de soins de chirurgie, au titre des articles L. 6122-1 et L. 6122-3 du code de la santé publique.

« Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13 du présent code, au paiement direct des honoraires par le malade

prévu à l'article L. 162-2 du même code, ainsi qu'aux règles relatives aux relations conventionnelles entre les médecins et les organismes d'assurance maladie fixées aux articles L. 162-5 à L. 162-5-17 dudit code.

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

« En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement avant le 30 septembre 2019. »

Amendement n° 620 présenté par M. Vercamer, M. Benoit, M. de Courson, M. Degallaix, M. Demilly, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer, Mme Sonia Lagarde, M. Jean-Christophe Lagarde, M. Reynier, M. Richard, M. Rochebloine, Mme Sage, M. Salles, M. Santini, M. Tuaiva, M. Philippe Vigier, M. Weiten et M. Zumkeller.

Après l'alinéa 6, insérer les cinq alinéas suivants :

« À titre expérimental, et pour une durée n'excédant pas quatre ans, le parcours de soins et la prise en charge des personnes en chirurgie ambulatoire est modifié. La liste des affections concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Participent à l'expérimentation, les titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de soins de chirurgie, au titre des articles L. 6122-1 et L. 6122-3 du code de la santé publique.

« Pendant la durée de l'expérimentation, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, au paiement direct des honoraires par le malade prévu à l'article L. 162-2 du même code, ainsi qu'aux règles relatives aux relations conventionnelles entre les médecins et les organismes d'assurance maladie fixées aux articles L. 162-5 à L. 162-5-17 dudit code.

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif, les modalités du suivi sanitaire des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

« Dans un délai de trois ans après le début de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport précisant l'opportunité de généraliser le dispositif. »

Amendements identiques :

Amendements n° 304 rectifié présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et Mme Besse et n° 449 présenté par Mme Laclais.

À l'alinéa 6, substituer à la seconde occurrence de la référence :

« de l'article L. 162-22-6 »

les références :

« des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 ».

Amendements identiques :

Amendement n° 325 présenté par Mme Michèle Delaunay.

I. – À l'alinéa 11, supprimer les mots :

« , eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge, ».

II. – En conséquence, compléter le même alinéa par les mots :

« , eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge. »

Amendement n° 326 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 11, substituer aux mots :

« du I de l'article L. 162-22-10 »

les mots :

« de l'article L. 162-22-6 ».

Amendement n° 176 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 15, après le mot :

« dotation »,

insérer le mot :

« complémentaire ».

Amendement n° 324 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 17, après les deux occurrences du mot :

« dotation »,

insérer le mot :

« complémentaire »

Amendement n° 323 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 20, après le mot :

« dotation »,

insérer le mot :

« complémentaire ».

Amendement n° 322 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 21, après le mot :

« dotation »,

insérer le mot :

« complémentaire ».

Amendement n° 321 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 22, après le mot :

« dotation »,

insérer le mot :

« complémentaire ».

Amendement n° 156 présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Après l'alinéa 23, insérer l'alinéa suivant :

« 9° *bis* Le premier alinéa de l'article L. 162-25 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu'elle porte sur des prestations d'hospitalisation à domicile, l'action se prescrit par un an à compter de la date à laquelle ces établis-

sements doivent transmettre, pour chaque séjour, les données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique » ; ».

Amendement n° 320 présenté par Mme Michèle Delaunay.

Rédiger ainsi l'alinéa 30 :

« B. — Après le mot : « appliquent », la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales est ainsi rédigée : « ni aux établissements de santé qui assurent le transport des corps de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques ni aux établissements de santé qui assurent le transport d'enfants décédés de cause médicalement inexplicquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, vers l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements. »

Amendement n° 157 rectifié présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« IV. — Le premier alinéa de l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de l'article 81 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, le sixième alinéa de l'article L. 6113-12 du code de la santé publique et le deuxième alinéa de l'article L. 6113-13 du même code sont complétés par une phrase ainsi rédigée : « Cette pénalité est versée à l'assurance maladie. »

« V. — La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

Après l'article 44

Amendement n° 936 présenté par le Gouvernement.

Après l'article 44, insérer l'article suivant :

La sous-section 4 de la section 5 du chapitre 2 du titre 6 du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-30-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-30-5. — I. — Par dérogation aux articles L. 6122-1 et L. 6122-2 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé peut, après avis conforme d'un comité national constitué à cet effet, autoriser un établissement de santé à pratiquer une activité de greffe exceptionnelle d'organes ou de tissus ou de greffe composite exceptionnelle de tissus vascularisés.

« La durée de cette autorisation ne peut être supérieure à cinq ans.

« En cas de manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins, ou en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes, il est fait application des dispositions de l'article L. 6122-13 du code de la santé publique.

« Les conditions et modalités d'autorisations ainsi que les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement du comité mentionné au premier alinéa sont définies par décret en Conseil d'État.

« II. — La prise en charge relevant d'une activité mentionnée au I est assurée par forfait qui inclut notamment la prise en charge des frais d'hospitalisation, des produits de

santé ou des prestations associés. Les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé.

« À cet effet, il peut être dérogé aux dispositions du chapitre 2 du titre 6 du livre I^{er} du présent code.

« Le périmètre, le montant par catégorie de greffe, la durée de prise en charge, les conditions particulières associées, ainsi que les modalités d'allocation du forfait sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Par dérogation aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14, ce forfait est intégralement pris en charge par les régimes obligatoires de l'assurance maladie. »

Amendement n° 417 présenté par M. Sebaoun, Mme Bouziane-Laroussi, M. Ferrand, M. Gille, Mme Huillier, Mme Laclais, Mme Le Houerou et M. Touraine.

Après l'article 44, insérer l'article suivant :

I. — L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique du transport médicalisé de toute personne décédée de cause médicalement inexplicquée au cours d'activités physiques ou sportive jusqu'à un établissement de santé en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques.

II. — Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, les caractéristiques de l'appel à projets national, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

Le contenu de chaque projet est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national et après avis des agences régionales de santé concernées.

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

Article 45

- ① I. — Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 162-22-8-2 est abrogé ;
- ③ 2° L'article L. 162-23-4 est ainsi modifié :
- ④ a) Au premier alinéa, avant les mots : « Chaque année », il est inséré un : « I » ;
- ⑤ b) Au 2°, après les mots : « catégories d'établissements », sont insérés les mots : « , notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical » ;
- ⑥ c) Après le dernier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « II. — Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'État. » ;

- 8 3° Après l'article L. 162–23–14, il est inséré un article L. 162–23–15 ainsi rédigé :
- 9 « *Art. L. 162–23–15.* – Par dérogation aux articles L. 162–22–6 et L. 162–23–1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111–3–1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. » ;
- 10 4° A l'article L. 174–1–1, après le 7°, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 11 « 8° Les activités de soins dispensés par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321–2 du code de la santé publique. »
- 12 II. – L'article L. 6111–3–1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 13 1° Au premier alinéa du II, après le mot : « médecine », sont insérés les mots : « ou de soins de suite et de réadaptation » ;
- 14 2° Au second alinéa du II, les mots : « n'exède pas un seuil défini » sont remplacés par les mots : « ou celui de leur activité de soins de suite et de réadaptation n'exède pas un seuil défini, qui peut être différencié pour chacune de ces activités, » ;
- 15 3° Au III, il est ajouté une phrase ainsi rédigé : « La liste distingue les établissements reconnus comme hôpitaux de proximité au titre de leur activité de médecine ou de soins de suite et de réadaptation. » ;
- 16 III. – L'article 78 de la loi n° 2015–1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :
- 17 1° Au A du III, après les mots : « code de la sécurité sociale », sont ajoutés les mots : « , à compter du 1^{er} mars 2018 » ;
- 18 2° Au premier alinéa du B du III, après les mots : « code de la sécurité sociale » sont ajoutés les mots : « , à compter du 1^{er} mars 2018 » et au deuxième alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;
- 19 3° Après le C du III, il est ajouté les dispositions suivantes :
- 20 « D. – A compter du 1^{er} mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162–23–1, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162–23–4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162–23–3 du même code, sont affectées d'un coefficient de majoration.
- 21 « Ce coefficient est réduit chaque année et doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.
- 22 « Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'État.
- 23 « E. – Par dérogation aux articles L. 162–23 à L. 162–23–13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162–22 du code de la sécurité sociale exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162–22–6 sont financées selon les modalités suivantes :
- 24 « 1° Du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3° ci-après ;
- 25 « 2° Du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, elles sont financées par deux montants cumulatifs :
- 26 « a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi.
- 27 « En application du précédent alinéa, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162–22–1 du code de la sécurité sociale des établissements mentionnés au *d* et *e* de l'article L. 162–22–6 du même code sont affectés d'un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au précédent alinéa ;
- 28 « b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162–23–2 du code de la sécurité sociale. Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- 29 « 3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162–23–2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1^{er} janvier 2017 sauf en ce qui concerne :
- 30 « a) Le financement complémentaire, mentionné au *a* du 2° de l'article L. 162–23–2, prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1^{er} mars 2018 ;
- 31 « b) Le financement complémentaire, mentionné au *b* du même article, prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1^{er} janvier 2018 ;
- 32 « 4° La prise en charge des actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définie à l'article L. 162–26, est applicable au 1^{er} janvier 2017 à hauteur d'une fraction dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- 33 « 5° Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162–23 est constitué :
- 34 « a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162–22, dans les conditions prévues au 1° et au 4° du E pour la période du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017 ;

- 35 « *b*) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4^o de l'article L. 162-22, dans les conditions prévues au 2^o et au 4^o du E pour la période du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2017 ;
- 36 « 6^o Du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué :
- 37 « *a*) Pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4^o de l'article L. 162-22 dans les conditions prévues au 2^o et au 4^o du présent E ;
- 38 « *b*) Pour la période du 1^{er} mars 2018 au 31 décembre 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4^o de l'article L. 162-22 telles que prévues par l'article L. 162-23.
- 39 « F. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, le montant forfaitaire prévu au *b* du 2^o du E n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2.
- 40 « Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4^o de l'article L. 162-22.
- 41 « Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.
- 42 « L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au *b* du 2^o du E et arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.
- 43 « L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13, 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.
- 44 « Les modalités d'application du F sont définies par décret en Conseil d'État.
- 45 « G. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2^o de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.
- 46 « Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du même code sont fixées par voie réglementaire.
- 47 « L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.
- 48 « Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie Française, ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- 49 4^o Au V, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;
- 50 5^o Après le V, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 51 « VI. – Du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2018, par dérogation au 8^o de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeurent financées selon les modalités antérieures à la présente loi. »

Amendements identiques :

Amendements n° 91 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat, n° 117 présenté par M. Tian, M. Hetzel et Mme Besse et n° 533 présenté par Mme Le Callennec.

Compléter l'alinéa 28 par les mots :

« , après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de soins de suite et de réadaptation ».

Amendement n° 158 présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Après l'alinéa 28, insérer l'alinéa suivant :

« Pour chaque établissement mentionné au *d* et *e* de l'article L. 162-22-6, ce montant est minoré afin de neutraliser une fraction du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par un décret en Conseil d'État. Cette fraction est identique à celle mentionnée à l'alinéa précédent. »

Amendement n° 159 rectifié présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Substituer à l'alinéa 32 les trois alinéas suivants :

« 4° Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définies à l'article L. 162-26, sont financés par deux montants cumulatifs :

« a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies au même article L. 162-26 dans sa version résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

« b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies à l'article L. 162-26 ; ».

Amendement n° 160 présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

I. – À l'alinéa 34, substituer aux mots :

« au 1° et au 4° du E »

les mots :

« aux 1°, 3° et 4° du présent E ».

II. – En conséquence, à l'alinéa 35, substituer aux mots :

« au 2° et au 4° du E »

les mots :

« aux 2°, au 3° et au 4° du présent E ».

III. – En conséquence, à l'alinéa 37, substituer aux mots :

« au 2° et au 4° du présent E »

les mots :

« aux 2°, 3° et 4° du présent E ».

Amendement n° 319 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 36, substituer aux mots :

« prévu à »

le mot :

« mentionné au I de ».

Amendements identiques :

Amendements n° 93 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat et n° 119 présenté par M. Tian, M. Hetzel et Mme Besse.

À la seconde phrase de l'alinéa 43, après le mot :

« observations »,

insérer les mots :

« selon la procédure prévue à l'article L. 133-4, ».

Amendement n° 318 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 48, substituer aux mots :

« ainsi qu' »

les mots :

« . Ces tarifs servent également ».

Amendement n° 317 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À la fin de l'alinéa 48, substituer aux mots :

« ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles »

les mots :

« en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ou de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code ».

Amendement n° 316 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À la fin de l'alinéa 51, substituer aux mots :

« présente loi »

les mots :

« loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017 ».

Amendements identiques :

Amendements n° 94 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat, n° 122 présenté par M. Tian, M. Hetzel et Mme Besse, n° 535 présenté par Mme Le Callennec et n° 622 présenté par M. Vercamer et M. Richard.

Après l'alinéa 51, insérer l'alinéa suivant :

« VII. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale remettent au Parlement, au plus tard le 1^{er} octobre 2017, une étude d'impact destinée à évaluer les premières conséquences financières de la mise en œuvre de la réforme sur les établissements de santé. Cette étude présente les résultats issus de l'hypothèse de déploiement progressif du nouveau modèle de financement arrêté sur les tarifs, fractions de tarifs et coefficients retenus pour la période du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, puis du 1^{er} mars au 31 décembre 2018. »

Après l'article 45

Amendements identiques :

Amendements n° 99 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat, n° 127 présenté par M. Tian, M. Hetzel et Mme Besse et n° 544 présenté par Mme Le Callennec.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 1432-5 du code de la santé publique, est inséré un article L. 1432-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1432-5-1. – Chaque année, les agences régionales de santé présentent un bilan complet au ministère de la santé sur la répartition financière des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et des fonds d'intervention régionaux ainsi que leur bilan comptable complet.

« Ces bilans sont présentés par le ministère devant le Parlement et sont accessibles sur le site internet des agences régionales de santé.

« Les modalités de présentation au Parlement seront précisées par décret. »

Amendement n° 101 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

L'article L. 1435-8 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Aucun financement ne peut être alloué au titre du fonds d'intervention régional aux établissements de santé mentionnés au 2° de l'article L. 6143-3. »

Amendement n° 631 présenté par M. Vercamer, M. Benoit, M. de Courson, M. Degallaix, M. Demilly, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer, Mme Sonia Lagarde, M. Jean-Christophe Lagarde, M. Reynier, M. Richard, M. Rochebloine, Mme Sage, M. Salles, M. Santini, M. Tuaiva, M. Philippe Vigier, M. Weiten et M. Zumkeller.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Au deuxième alinéa de l'article L. 1435-10 du code de la santé publique, après le mot : « année », sont insérés les mots : « , en tenant compte de la démographie régionale et des besoins de santé recensés sur le territoire, ».

Amendement n° 641 présenté par Mme Laclais.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 6113-11 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« , particulièrement l'hospitalisation à domicile. »

Amendement n° 644 présenté par Mme Laclais.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

I. – L'État peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, la mise en place d'une nouvelle grille de tarification des actes et prestations réalisés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, incluant notamment la coordination et la gestion de l'information médicale.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques de l'appel à projets national, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation. Le contenu de chaque projet est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national et après avis des agences régionales de santé concernées.

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

Amendement n° 693 rectifié présenté par Mme Laclais.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

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

Amendement n° 767 présenté par Mme Lemorton, Mme Pires Beaune, Mme Bouziane-Laroussi, Mme Marcel et M. Franqueville.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 162-1-7-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-7-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-7-3. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement thermal emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié, la prise en charge de l'acte ou de la prestation réalisée au sein de l'établissement peut être facturée par l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7-2 et dans la limite des tarifs fixés en application de cet article. »

Amendement n° 97 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, le seuil de l'établissement est calculé en fonction non pas de sa seule activité passée mais aussi de l'activité du territoire ».

Amendement n° 624 présenté par M. Vercamer, M. Benoit, M. de Courson, M. Degallaix, M. Demilly, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer, M. Jean-Christophe Lagarde, Mme Sonia Lagarde, M. Reynier, M. Richard, M. Rochebloine, Mme Sage, M. Salles, M. Santini, M. Tuaiva, M. Philippe Vigier, M. Weiten et M. Zumkeller.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

« Ces seuils sont calculés en prenant en compte l'activité de l'établissement et l'activité sur le territoire où il est implanté ».

Amendements identiques :

Amendements n° 103 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat et n° 548 présenté par Mme Le Callennec.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions d'application d'un plan triennal de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie déclinant ainsi une stratégie pluriannuelle des tarifs.

Ce rapport a pour but d'amener une sécurisation des établissements de santé sur leurs tarifs, notamment en ce qui concerne les bornes basses et les bornes hautes.

Amendement n° 96 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

À la première phrase du II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, la référence : « et c » est remplacée par les références : « , c et d ».

Amendement n° 930 présenté par le Gouvernement.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

L'article 138 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il peut être dérogé à la limite d'âge de soixante-douze ans mentionnée à l'alinéa précédent, pour conserver temporairement au sein de l'établissement des compétences et de l'expertise scientifiques de haut niveau, sous réserve de l'aptitude physique et mentale des praticiens et après avis du président de la commission médicale d'établissement, du chef de pôle et du chef de service concernés. Les praticiens concernés exercent leur activité à raison de deux demi-journées hebdomadaires maximum dans le cadre d'un contrat annuel renouvelable. »

Amendements identiques :

Amendements n° 188 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jacob, M. Abad, M. Albarello, Mme Ameline, M. Apparu, Mme Arribagé, M. Aubert, M. Audibert Troin, M. Balkany, M. Jean-Pierre Barbier, M. Bénisti, M. Berrios, M. Bonnot, M. Bouchet, Mme Brenier, M. Breton, M. Briand, M. Brochand, M. Bussereau, M. Carré, M. Carrez, M. Censi, M. Chartier, M. Chatel, M. Cherpion, M. Chevrollier, M. Chrétien, M. Christ, M. Cinieri, M. Ciotti, M. Cochet, M. Copé, M. Cornut-Gentille, M. Courtial, M. Couve, Mme Dalloz, M. Dassault, M. Daubresse, M. de Ganay, Mme de La Raudière, M. de La Verpillière, M. de Mazières, M. de Rocca Serra, M. Debré, M. Decool, M. Deflesselles, M. Degauchy, M. Delatte, M. Devedjian, M. Dhuicq, Mme Dion, M. Dive, M. Dord, M. Douillet, Mme Marianne Dubois, Mme Duby-Muller, M. Fasquelle, M. Fenech, M. Fillon, Mme Fort, M. Foulon, M. Francina, M. Fromion, M. Furst, M. Gandolfi-Scheit, M. Gaynard, Mme Genevard, M. Geoffroy, M. Gérard, M. Gest, M. Gibbes, M. Gilard, M. Ginesta, M. Ginesy, M. Giran, M. Goasguen, M. Gorges, M. Gosselin, M. Goujon, Mme Greff, Mme Grosskost, M. Grouard, Mme Guégot, M. Guibal, M. Guillet, M. Guilloteau, M. Heinrich, M. Herbillon, M. Herth, M. Houillon, M. Huet, M. Huyghe, M. Jacquat, M. Kert, Mme Kosciusko-Morizet, M. Kossowski, M. Labaune, Mme Lacroute, M. Laffineur, M. Lamblin, M. Lamour, M. Larrivé, M. Lazaro, M. Le Fur, M. Le Maire, M. Le Mèner, M. Le Ray, M. Leboeuf, M. Ledoux, M. Frédéric Lefebvre, M. Lellouche, M. Leonetti, M. Lequiller, M. Lett, Mme Levy, Mme Louwagie, M. Luca, M. Mancel, M. Marcangeli, M. Mariani, M. Mariton, M. Alain Marleix, M. Olivier Marleix, M. Marlin, M. Marsaud, M. Philippe Armand Martin, M. Martin-Lalande, M. Marty, M. Mathis, M. Menuel, M. Meslot, M. Meunier, M. Mignon, M. Morange, M. Moreau, M. Morel-A-L'Huissier, M. Moyne-Bressand, M. Myard, Mme Nachury, M. Nicolin, M. Ollier, M. Pélassard, Mme Pernod Beaudon, M. Perrut, M. Philippe, M. Poisson, M. Poniatowski, Mme Pons, M. Priou, M. Quentin, M. Reiss, M. Reitzer, M. Reynès, M. Riester, M. Robinet, Mme Rohfritsch, M. Saddier, M. Salen, M. Scellier, Mme Schmid, M. Schneider, M. Sermier, M. Siré, M. Solère, M. Sordi, M. Straumann, M. Sturni, M. Suguenot, Mme Tabarot, M. Tahuaitu, M. Tardy, M. Taugourdeau, M. Teissier, M. Terrot, M. Tétart, M. Thévenot, M. Vannson, Mme Vautrin, M. Verchère, M. Viala, M. Vialatte, M. Jean-Pierre Vigier, M. Vitel, M. Voisin, M. Warsmann, M. Wauquiez, M. Woerth et Mme Zimmermann et n° 623 présenté par M. Vercamer, M. Benoit, M. de Courson, M. Degallaix, M. Demilly, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer,

Mme Sonia Lagarde, M. Jean-Christophe Lagarde, M. Reynier, M. Richard, M. Rochebloine, M. Salles, M. Santini, M. Tuaiva, M. Philippe Vigier, M. Weiten et M. Zumkeller.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

I. – 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 publics civils de la fonction publique hospitalière et territoriale en congé de maladie, ainsi que les salariés 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.

II. – Le I s'applique aux agents publics civils et militaires de l'État.

Amendement n° 189 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jacob, M. Abad, M. Albarello, Mme Ameline, M. Apparu, Mme Arribagé, M. Aubert, M. Audibert Troin, M. Balkany, M. Jean-Pierre Barbier, M. Bénisti, M. Berrios, M. Bonnot, M. Bouchet, Mme Brenier, M. Breton, M. Briand, M. Brochand, M. Bussereau, M. Carré, M. Carrez, M. Censi, M. Chartier, M. Chatel, M. Cherpion, M. Chevrollier, M. Chrétien, M. Christ, M. Cinieri, M. Ciotti, M. Cochet, M. Copé, M. Cornut-Gentille, M. Costes, M. Courtial, M. Couve, Mme Dalloz, M. Dassault, M. Daubresse, M. de Ganay, Mme de La Raudière, M. de La Verpillière, M. de Mazières, M. de Rocca Serra, M. Debré, M. Decool, M. Deflesselles, M. Degauchy, M. Delatte, M. Devedjian, M. Dhuicq, Mme Dion, M. Dive, M. Dord, M. Douillet, Mme Marianne Dubois, Mme Duby-Muller, M. Fasquelle, M. Fenech, M. Fillon, Mme Fort, M. Foulon, M. Francina, M. Fromion, M. Furst, M. Gandolfi-Scheit, M. Gaynard, Mme Genevard, M. Geoffroy, M. Gérard, M. Gest, M. Gibbes, M. Gilard, M. Ginesta, M. Ginesy, M. Giran, M. Goasguen, M. Gorges, M. Gosselin, M. Goujon, Mme Grosskost, M. Grouard, Mme Guégot, M. Guibal, M. Guillet, M. Guilloteau, M. Heinrich, M. Herbillon, M. Herth, M. Houillon, M. Huet, M. Huyghe, M. Jacquat, M. Kert, Mme Kosciusko-Morizet, M. Kossowski, M. Labaune, Mme Lacroute, M. Laffineur, M. Lamblin, M. Lamour, M. Larrivé, M. Lazaro, M. Le Fur, M. Le Maire, M. Le Mèner, M. Le Ray, M. Leboeuf, M. Ledoux, M. Frédéric Lefebvre, M. Lellouche, M. Leonetti, M. Lequiller, M. Lett, Mme Levy, Mme Louwagie, M. Luca, M. Mancel, M. Marcangeli, M. Mariani, M. Mariton, M. Alain Marleix, M. Olivier Marleix, M. Marlin, M. Marsaud, M. Philippe Armand Martin, M. Martin-Lalande, M. Marty, M. Mathis, M. Menuel, M. Meslot, M. Meunier, M. Mignon, M. Morange, M. Moreau, M. Morel-A-L'Huissier, M. Moyne-Bressand, M. Myard, Mme Nachury, M. Nicolin, M. Ollier, M. Pélassard, Mme Pernod Beaudon, M. Perrut, M. Philippe, M. Poisson, M. Poniatowski, Mme Pons, M. Priou, M. Quentin, M. Reiss, M. Reitzer, M. Reynès, M. Riester, M. Robinet, Mme Rohfritsch, M. Saddier, M. Salen, M. Scellier, Mme Schmid, M. Schneider, M. Sermier, M. Siré, M. Solère, M. Sordi, M. Straumann, M. Sturni, M. Suguenot, Mme Tabarot, M. Tahuaitu, M. Tardy, M. Taugourdeau, M. Teissier, M. Terrot, M. Tétart, M. Thévenot, M. Vannson, Mme Vautrin, M. Verchère, M. Viala, M. Vialatte, M. Jean-Pierre Vigier, M. Vitel, M. Voisin, M. Warsmann, M. Wauquiez, M. Woerth et Mme Zimmermann.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Pour les années 2017 à 2020, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1^o du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, ce processus devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2020. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas. Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 septembre de chaque année jusqu'en 2020. Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2020.

Amendements identiques :

Amendements n° 98 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat et n° 625 présenté par M. Vercamer, M. Benoit, M. de Courson, M. Degallaix, M. Demilly, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer, M. Jean-Christophe Lagarde, Mme Sonia Lagarde, M. Reynier, M. Richard, M. Rochebloine, Mme Sage, M. Salles, M. Santini, M. Tuaiva, M. Philippe Vigier, M. Weiten et M. Zumkeller.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la possibilité d'avoir la même tarification pour tous les établissements de santé, sans tenir compte de leur statut juridique.

Amendement n° 100 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de mise en œuvre d'une mission d'intérêt général liée à l'application du principe de l'efficacité au sein des établissements de santé publics et privés.

Amendement n° 439 présenté par M. Cordery, M. Rouillard, Mme Le Houerou, Mme Bouziane-Laroussi, M. Allosery, Mme Martine Faure, Mme Le Loch, Mme Dagoma, Mme Huillier, Mme Gourjade, Mme Guittet, M. Premat, Mme Bruneau, M. Terrasse, M. Pellois, M. Villaumé, M. Dupré, M. Vlody, M. Molac, Mme Sandrine Doucet, Mme Alaux, M. Aylagas, M. Kalinowski, Mme Gaillard, M. Alexis Bachelay, Mme Le Dissez et M. Léonard.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} mars 2017, un rapport sur l'usage de l'enveloppement corporel humide dans le secteur sanitaire. Celui-ci met notamment en lumière le nombre d'établissements qui pratiquent cet enveloppement corporel humide, son coût pour la sécurité sociale et son efficacité dans la prise en charge des patients.

Sous-amendement n° 909 présenté par Mme Michèle Delaunay.

Substituer à la date :

« 1^{er} mars 2017 »

la date :

« 1^{er} juillet 2017 »

Amendement n° 527 présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud, M. Tardy et Mme Besse.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} décembre 2017, un rapport sur les réorganisations de l'offre de soins qui ont été engagées dans les secteurs sanitaire et médico-social, ainsi que sur les gains d'efficacité associés à ces évolutions, en particulier en matière de développement de la chirurgie ambulatoire.

Amendement n° 630 présenté par M. Vercamer, M. Benoit, M. de Courson, M. Degallaix, M. Demilly, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer, Mme Sonia Lagarde, M. Jean-Christophe Lagarde, M. Reynier, M. Richard, M. Rochebloine, Mme Sage, M. Salles, M. Santini, M. Tuaiva, M. Philippe Vigier et M. Weiten.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur l'expérimentation de la mise en œuvre d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie permettant une meilleure maîtrise des dépenses tout en fixant, par région, des objectifs de résorption des inégalités d'accès aux soins.

Amendement n° 764 présenté par M. Cordery.

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

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

Article 46

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1^o Le deuxième alinéa de l'article L. 313-1 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret. Ce même décret fixe également les conditions selon lesquelles l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 313-3 peut prolonger ce délai. » ;
- ④ 2^o A la première phrase de l'article L. 313-11, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12 » sont supprimés ;
- ⑤ 3^o Le B du IV *ter* de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :
- ⑥ a) A la dernière phrase du deuxième alinéa, après le mot : « montant », est inséré le mot : « prévisionnel » ;
- ⑦ b) A la fin du cinquième alinéa, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Dans l'attente de la signature du contrat, les autorités de tarification peuvent réviser les propositions d'affectation des résultats sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. » ;

- 8 c) Après le cinquième alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 9 « Sans préjudice des dispositions des articles L. 315–14 et L. 313–14–1, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;
- 10 4° L'article L. 313–12–2 est ainsi modifié :
- 11 a) A la fin du premier alinéa, il est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 12 b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 13 « Sans préjudice des dispositions des articles L. 315–14 et L. 313–14–1, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;
- 14 5° L'article L. 313–14–2 est ainsi modifié :
- 15 a) Les mots : « le reversement » sont remplacés par les mots : « la récupération » ;
- 16 b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 17 « Cette récupération vient en déduction du tarif de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit. » ;
- 18 6° Au dernier alinéa du VI de l'article L. 314–7, les mots : « de l'article L. 313–11 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 313–11, L. 313–11–1, L. 313–12 et L. 313–12–2 » ;
- 19 7° L'article L. 314–9 est ainsi modifié :
- 20 a) Au premier alinéa, les mots : « appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé » sont remplacés par les mots : « désigné par le président du conseil départemental et à un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente » ;
- 21 b) Au deuxième alinéa, les mots : « de l'agence régionale de santé territorialement compétente » sont supprimés et l'alinéa est complété par les mots : « territorialement compétente » ;
- 22 8° Au deuxième alinéa de l'article L. 313–14–1, au 1° de l'article L. 315–12, et au premier alinéa du I de l'article L. 315–15, les mots : « L. 313–11 et L. 313–12 » sont remplacés par les mots : « L. 313–11, L. 313–11–1, L. 313–12 et L. 313–12–2 » ;
- 23 9° Au cinquième alinéa de l'article L. 315–12, les mots : « ne relevant pas de l'article L. 314–7–1 » sont supprimés.
- 24 II. – Au VI de l'article 58 de la loi n° 2015–1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, les mots : « maintenu à son niveau fixé au titre de l'exercice précédent et revalorisé chaque année

par application d'un taux fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente ».

Amendement n° 685 présenté par Mme Huillier, Mme Bouziane-Laroussi, Mme Carrillon-Couvreur et Mme Le Houerou.

Supprimer les alinéas 2 et 3.

Amendement n° 725 présenté par le Gouvernement.

Après l'alinéa 4, insérer les trois alinéas suivants :

« 2° bis Le A du IV ter de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :

« a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « La personne morale qui exerce un contrôle exclusif, tel que défini au II de l'article L. 233–16 du code de commerce, peut conclure ce contrat pour le compte des sociétés contrôlées qui gèrent un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II.

« b) La première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « Lorsqu'une personne physique ou morale visée à l'alinéa précédent gère ou contrôle plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat plurianuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. » »

Amendements identiques :

Amendements n° 239 présenté par M. Cordery et n° 694 présenté par Mme Huillier, Mme Bouziane-Laroussi, Mme Carrillon-Couvreur et Mme Le Houerou.

Supprimer l'alinéa 6.

Amendement n° 704 présenté par Mme Huillier, Mme Bouziane-Laroussi, Mme Carrillon-Couvreur et Mme Le Houerou.

Supprimer l'alinéa 7.

Amendement n° 161 présenté par M. Cordery, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Médico-social), Mme Carrillon-Couvreur, Mme Laclais, M. Gauquelin, Mme Le Houerou, M. Gille, Mme Clergeau et M. Ferrand.

Substituer à l'alinéa 11 les quatre alinéas suivants :

« a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

« – Après la référence : « 2° », est insérée la référence : « , 3° » ;

« – Les mots : « , le cas échéant, » sont supprimés ;

« – Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ; ».

Amendement n° 515 rectifié présenté par M. Cordery.

Substituer à l'alinéa 18 les deux alinéas suivants :

« 6° La première phrase du dernier alinéa du VI de l'article L. 314–7 est ainsi rédigée :

« En application des articles L. 313–11, L. 313–11–1, L. 313–12 et L. 313–12–2, l'autorisation de ces frais de siège social est effectuée dans le cadre d'un contrat plurian-

nuel d'objectifs et de moyens lorsque le périmètre de ce contrat correspond à celui des établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire. »

Après l'article 46

Amendement n° 162 présenté par M. Cordery, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Médico-social).

Après l'article 46, insérer l'article suivant :

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

Amendement n° 560 présenté par Mme Le Callennec.

Après l'article 46, insérer l'article suivant :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation portant sur les moyens alloués aux centres d'action médico-sociaux précoces.

Amendement n° 776 présenté par Mme Massonneau, M. François-Michel Lambert, M. Alauzet, M. de Ruyg, M. Cavard, M. Molac, M. Liebgott, M. William Dumas et M. Delcourt.

Après l'article 46, insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement une étude relative à la pondération de la tarification des actes médicaux en fonction du handicap et de son impact sur les finances sociales dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi.

Article 47

① L'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Le premier alinéa du I est ainsi modifié :

③ a) Le chiffre : « quatre » est remplacé par le chiffre : « cinq » ;

④ b) Les mots : « dans des régions pilotes dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « dans l'ensemble des régions, dans la collectivité territoriale de Corse, dans l'ensemble des collectivités territoriales mentionnées à l'article 73 de la Constitution, ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Saint-Pierre-et-Miquelon et dans les îles Wallis et Futuna. » ;

⑤ 2° Au deuxième alinéa du I, les mots : « , d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales » sont remplacés par les mots : « en médecine de ville, en établissement de santé dans le cadre des consultations et actes externes visés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale et en structures médico-sociales » ;

⑥ 3° Le quatrième alinéa du I est supprimé ;

⑦ 4° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑧ « Les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les structures mentionnées aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, requérant, pour la prise en charge des patients qu'ils accueillent, des consultations dans le cadre d'une activité de télémédecine bénéficient d'un financement forfaitaire arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale sur la base de critères d'efficacité organisationnelle. Ce financement est imputé sur le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. » ;

⑨ 5° Au sixième alinéa du II, les mots : « L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacés par les mots : « L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 » ;

⑩ 6° Après le II, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑪ « II bis. – Les dispositifs médicaux ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges mentionné au I du présent article.

⑫ « Ces dispositions ne s'appliquent pas aux produits et prestations dont le fonctionnement et la finalité sont comparables à des produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient déjà inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. » ;

⑬ 7° Le IV est ainsi modifié :

⑭ a) Après le mot : « réalisée » sont ajoutés les mots : « ou validée » ;

⑮ b) La date : « 2016 » est remplacée par la date : « 2017 ».

Amendement n° 86 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat.
Supprimer l'alinéa 6.

Amendement n° 314 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À la première phrase de l'alinéa 8, substituer aux mots :

« sur la base »

les mots :

« en fonction de ».

Amendement n° 315 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À la première phrase de l'alinéa 8, substituer au mot :

« requérant »

les mots :

« lorsqu'ils requièrent ».

Amendement n° 163 présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

I. – À l’alinéa 11, substituer aux mots :

« dispositifs médicaux »

les mots :

« produits ou prestations ».

II. – En conséquence, à l’alinéa 12, substituer à la première occurrence du mot :

« et »

le mot :

« ou ».

Amendement n° 944 présenté par le Gouvernement.

Après l’alinéa 12, insérer les deux alinéas suivants :

« Le présent article ne fait pas obstacle à la possibilité pour les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations relevant du premier alinéa du présent II *bis* de déposer, avant la fin de l’expérimentation, auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé, une demande d’inscription de ces produits ou prestations sur la liste prévue à l’article L. 165-1 précité.

« Lorsque le dépôt de cette demande d’inscription intervient avant la fin de l’expérimentation, les produits ou prestations concernés continuent à bénéficier de la prise en charge financière qui était prévue au titre de l’expérimentation durant la période séparant, le cas échéant, la fin de cette expérimentation de la décision relative à l’inscription sur la liste. Cette prise en charge financière cesse de plein droit à compter de l’intervention de cette dernière décision, quels que soient son sens, sa forme ou ses motifs. ».

Après l’article 47

Amendement n° 237 présenté par M. Bapt et Mme Laclais.

Après l’article 47, insérer l’article suivant :

Après l’article L. 165-1-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-1-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-1-3.* – Dans le cadre de la mise en œuvre de certains traitements d’affections chroniques, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé, les prestataires mentionnés à l’article L. 5232-3 du code de la santé publique peuvent recueillir, avec l’accord du patient, les données issues d’un dispositif médical, inscrit sur la liste prévue à l’article L. 165-1 du présent code, qu’ils ont mis à la disposition du patient et qui est nécessaire à son traitement. Pour l’application du présent article, le recueil des données s’entend des seules données résultant de l’utilisation par le patient du dispositif médical concerné.

« Ces données peuvent, avec l’accord du patient, être télétransmises au médecin prescripteur, au prestataire et au service du contrôle médical mentionné à l’article L. 315-1. Au regard de ces données le prestataire peut conduire, en lien avec le prescripteur qui réévalue le cas échéant sa prescription, des actions ayant pour objet de favoriser une bonne

utilisation du dispositif médical inscrit, ainsi que ses prestations de services et d’adaptation associées, sur la liste mentionnée à l’article L. 165-1.

« Le recueil et la transmission des données personnelles de santé relevant du présent article sont effectués dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés.

« Les tarifs de responsabilité ou les prix respectivement mentionnés aux articles L. 165-2 et L. 165-3 du code de la sécurité sociale peuvent être modulés, sans préjudice des autres critères d’appréciation prévus par ces articles, en fonction de certaines données collectées, notamment celles relatives aux modalités d’utilisation du dispositif médical mis à disposition. Cette modulation du tarif de responsabilité ou du prix des produits et prestations mentionnés à l’article L. 165-1 ne peut avoir d’incidence sur la qualité de la prise en charge du patient par les prestataires. Une moindre utilisation du dispositif médical ne peut, en aucun cas, conduire à une augmentation de la participation de l’assuré mentionnée au I de l’article L. 160-13 aux frais afférents à ce dispositif et à ses prestations associées.

« Les modalités d’application du présent article sont définies par décret en Conseil d’État. »

Article 48

Au premier alinéa du I de l’article 70 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le chiffre : « cinq » est remplacé par le chiffre : « six ».

Amendement n° 164 rectifié présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Rédiger ainsi cet article :

« I. – L’article 70 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est ainsi modifié :

« 1° Au premier alinéa du I, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « sept » ;

« 2° Au premier alinéa du II les références : « L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-13 et L. 160-14 ».

« II. – L’article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

« 1° Au premier alinéa du I, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « six ». » ;

« 2° À la première phrase du premier alinéa du II les références : « L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-13 et L. 160-14 ».

Après l’article 48

Amendement n° 731 présenté par Mme Bulteau, Mme Michèle Delaunay, M. Bapt, M. Cordery, Mme Clergeau, Mme Le Houerou, Mme Huillier, Mme Laclais, M. Robiliard, Mme Lemorton, M. Issindou, M. Aylagas, M. Alexis Bachelay, M. Ballay, Mme Biémouret, Mme Bouziane-Laroussi, Mme Carlotti, Mme Carrillon-Couvreur, M. Ferrand, M. Gauquelin, M. Gille, M. Hutin, Mme Iborra, Mme Khirouni, Mme Lacuey, Mme Le Roy, M. Liebgott, Mme Louis-Carabin, M. Olive, Mme Orphé,

Mme Pane, M. Ribeaud, M. Sebaoun, M. Touraine, M. Vlody et les membres du groupe Socialiste, écologiste et républicain.

Après l'article 48, insérer l'article suivant :

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique des parcours de soins et de la prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques dans le cadre de projets pilotes.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques de l'appel à projets national, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation. La définition du parcours de soins prend notamment appui un référentiel établi par la Haute Autorité de santé.

Le contenu de chaque projet est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national et après avis des agences régionales de santé concernées.

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

Sous-amendement n° 918 présenté par Mme Michèle Delaunay.

Au début de l'alinéa 1, insérer les mots :

« À partir du 1^{er} janvier 2017 ».

Sous-amendement n° 917 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 4, substituer aux mots :

« établissements de santé »

le mot :

« acteurs ».

Amendement n° 41 présenté par Mme Bulteau, M. Carvalho, M. Viala, Mme Le Houerou, M. Grellier, M. Premat, M. Ballay, M. Decool, Mme Poletti, M. Lurton, M. Reiss, M. Vercamer, Mme Allain et Mme Clergeau.

Après l'article 48, insérer l'article suivant :

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique d'un panier de prise en charge des patients pour lesquels un diagnostic de fibromyalgie a été posé.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment la définition du panier de soins, les caractéristiques de l'appel à projets national, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation. Le contenu de chaque projet est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La définition du panier de prise en charge prend notamment appui un référentiel établi par la Haute autorité de santé. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des établissements de santé

retenus pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national et après avis des agences régionales de santé concernées.

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

CHAPITRE III

GARANTIR LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE

Article 49

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 221-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « 1° *bis* D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; »
- ⑤ b) Il est rétabli un 8° ainsi rédigé :
- ⑥ « 8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1 à L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° *bis* ; »
- ⑦ 2° Il est rétabli un article L. 221-1-1 ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art. L. 221-1-1.* – I. – Il est créé un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique.
- ⑨ « II. – Ce fonds enregistre en recettes :
- ⑩ « 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie incluse dans le champ des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, fixée chaque année, en fonction de cet objectif, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget et qui ne peut être inférieure au montant fixé l'année précédente majoré du taux d'évolution moyen des dépenses du fonds, nettes des recettes mentionnées au 2° à 5°, constatées au cours des cinq exercices précédents. Cette dotation est répartie entre les régimes selon les modalités définies à l'article L. 175-2 ;
- ⑪ « 2° La part des remises recouvrées par les organismes désignés en application de l'article L. 162-18 correspondant à l'usage de médicaments pris en charge au titre de leur inscription sur les listes mentionnée aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique ;
- ⑫ « 3° Les remises mentionnées à l'article L. 162-16-5-1 ;
- ⑬ « 4° Les contributions et remises dues en application de la contribution relative au taux "Lh" mentionnée à l'article L. 138-10 ;
- ⑭ « 5° Les contributions et remises dues en application de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C mentionnée à l'article L. 138-19-4.

- 15 « Pour les médicaments inscrits à la fois sur les listes mentionnées :
- 16 « a) Au premier alinéa de l'article L. 162-17 et
- 17 « b) A l'article L. 162-22-7 ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;
- 18 « La part des remises retenues pour l'application du 2° correspond au montant de ces remises calculé au prorata des dépenses de médicaments remboursées par l'assurance maladie au titre de leur inscription sur l'une des listes mentionnée au b, par rapport à ces mêmes dépenses au titre de leur inscription sur les listes mentionnées aux a et b.
- 19 « III. – Le fonds enregistre en dépenses le montant des frais pharmaceutiques relatifs aux médicaments couverts par l'assurance maladie au titre :
- 20 « 1° De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;
- 21 « 2° De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;
- 22 « 3° Du bénéfice d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;
- 23 « 4° De leur prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;
- 24 « 5° De leur prise en charge en application du quatrième alinéa de l'article L. 162-17-2-1 du présent code.
- 25 « IV. – Le solde du fonds est retracé dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le déficit du fonds ne peut être supérieur à 25 % du montant cumulé de la dotation reçue en application du III de l'article de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017 et du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs. L'excédent du fonds ne peut être supérieur à 25 % de la valeur absolue du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs.
- 26 « Le fonds ne peut présenter un résultat déficitaire s'il a été constaté au moins trois déficits au cours des cinq exercices précédents.
- 27 « Le montant de la dotation mentionnée au 1° du II est modifié, le cas échéant, pour assurer le respect des dispositions des deux alinéas précédents.
- 28 « V. – Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées, et établit une trajectoire budgétaire pluriannuelle permettant un équilibre des recettes et des dépenses du fonds à un horizon de cinq ans.
- 29 « Dans son avis mentionné au sixième alinéa de l'article L. 114-4-1, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie tient compte de la situation financière du fonds. » ;
- 30 3° Au 1° de l'article L. 133-4, après la référence : « L. 162-22-7 », sont insérés les mots : « et L. 162-22-7-3 » ;
- 31 4° A l'article L. 174-2-1 dans sa rédaction applicable au 1^{er} janvier 2017, les mots : « L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 162-22-7-3 » ;
- 32 5° A l'article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-7, » sont insérés les mots : « L. 162-22-7-3, » ;
- 33 6° Après l'article L. 162-22-7-2, il est inséré un article L. 162-22-7-3 ainsi rédigé :
- 34 « Art. L. 162-22-7-3. – Les médicaments mentionnés aux articles L. 5121-12 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2, administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. » ;
- 35 7° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :
- 36 a) Au neuvième alinéa, la référence : « IV » est supprimée et le mot : « article » est remplacé par la référence : « III » ;
- 37 b) Le dixième alinéa est précédé par un : « IV » et le mot : « par » est remplacé par les mots : « des impositions et remboursements suivants attribués, en ce qui concerne le 8°, dans les conditions fixées par le décret mentionné au 4° du IV de l'article L. 136-8, à la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général : ».
- 38 II. – Au premier alinéa du I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 ».
- 39 III. – En 2017, afin de constituer une dotation initiale au bénéficiaire du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique défini à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, il est identifié au sein des fonds propres de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une somme de 876 millions d'euros.
- 40 Pour les exercices 2018 à 2021, par dérogation au 1° du II du même article L. 221-1-1, la dotation de l'assurance maladie au fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique ne peut être inférieure à la dotation de l'exercice précédent, majorée de 5 %.

Amendement n° 165 présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

I. – À l'alinéa 14, supprimer les mots :

« et remises ».

II. – En conséquence, à la fin du même alinéa, substituer à la référence :

« L. 138-19-4 »

la référence :

« L. 138-19-1 ».

Amendement n° 626 présenté par M. Vercamer et M. Richard.

À l'alinéa 19, substituer aux mots :

« enregistre en dépenses le »

les mots :

« est exclusivement destiné à couvrir les dépenses liées au ».

Amendement n° 430 présenté par Mme Michèle Delaunay.

Substituer à l'alinéa 37 les deux alinéas suivants :

« b) Au début du dixième alinéa, est ajoutée la mention : « IV » et, après le mot : « constituées », la fin du même alinéa est ainsi rédigée : « des impositions et remboursements suivants attribués à la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général : » ;

« c) Le 8° est complété par les mots : « dans les conditions fixées par le décret mentionné au 4° du IV de l'article L. 136-8. »

Amendement n° 547 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 39, substituer aux mots :

« bénéficie du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique défini à »

les mots :

« bénéficie du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique institué par ».

Après l'article 49

Amendement n° 269 présenté par M. Luca, M. Marlin, M. Myard, Mme Brenier, M. Bouchet, M. Sturni, M. Mariani, M. Vitel, Mme Schmid, M. Lurton, M. de Mazières, M. Guibal et M. Salen.

Après l'article 49, insérer l'article suivant :

La délivrance de médicaments par les officines peut être effectuée à l'unité.

Amendement n° 134 présenté par M. Tian, M. Hetzel, M. Aboud et Mme Besse.

Après l'article 49, insérer l'article suivant :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de mise en œuvre d'un fonds de financement de l'innovation des établissements de santé.

Ce fonds permet une aide aux financements des projets innovants et efficaces des établissements de santé, visant à l'amélioration de la prise en charge des patients.

Article 50

① Le chapitre V du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 5125-23-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

③ « Art. L. 5125-23-2. – Dans les cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, il porte sur la prescription la mention expresse "en initiation de traitement". »

④ « Lors de l'initiation ou du renouvellement du traitement, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite. » ;

⑤ 2° Le septième alinéa de l'article L. 5125-23-3 est supprimé.

Amendement n° 166 présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

I. – Après l'alinéa 3, insérer l'alinéa suivant :

« Lors de l'initiation du traitement avec un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse « non substituable » portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite. »

II. – En conséquence, à l'alinéa 4, après le mot :

« traitement »,

insérer les mots :

« d'un médicament biologique ».

Amendement n° 494 présenté par M. Robiliard.

I. – Après l'alinéa 3, insérer l'alinéa suivant :

« 2° Le septième alinéa de l'article L. 5125-23-3 est ainsi rédigé :

II. – En conséquence, à l'alinéa 4, après le mot :

« traitement »,

insérer les mots :

« avec un médicament biologique ».

III. – En conséquence, au même alinéa, substituer aux mots :

« sous forme »

les mots :

« de manière ».

IV. – En conséquence, supprimer l'alinéa 5.

Amendement n° 167 présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Après l'alinéa 4, insérer l'alinéa suivant :

« Dans le cas où il initie un traitement avec un médicament biologique, le prescripteur informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques et, le cas échéant, de la possibilité de substitution. Le prescripteur met en œuvre la surveillance clinique nécessaire. »

Sous-amendements identiques :

Sous-amendement n° 926 présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer et M. Aboud.

À la fin de la première phrase de l'alinéa 2, substituer aux mots :

« de substitution »

les mots :

« d'interchangeabilité ».

Amendement n° 826 présenté par M. Tian, M. Hetzel, M. Aboud et Mme Boyer.

Après l'alinéa 4, insérer l'alinéa suivant :

« L'interchangeabilité d'un médicament biologique par un médicament biologique qui lui est similaire doit respecter les recommandations formulées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, c'est-à-dire recueillir l'accord du patient, mettre en place une surveillance clinique appropriée et assurer la traçabilité du produit, selon des modalités définies par un décret en Conseil d'État. »

Article 51

- ① I. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 162-16-5-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « *Art. L. 162-16-5-1.* – I. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. Le comité rend publiques ces déclarations.
- ④ « Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le Comité économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues, au titre de l'année civile écoulée.
- ⑤ « II. – Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.
- ⑥ « Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net :
- ⑦ « 1° Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :
- ⑧ « *a)* Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement et

jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 ;

- ⑨ « *b)* Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net.
- ⑩ « 2° Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux *a* et *b* du 1°.
- ⑪ « III. – Pour l'application du II, lorsque pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.
- ⑫ « Les dispositions du II sont également applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :
- ⑬ « 1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ou un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché ;
- ⑭ « 2° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.
- ⑮ « Dans les deux cas, les dispositions du premier alinéa s'appliquent pour la fixation du prix de référence, ou sa modification éventuelle.
- ⑯ « IV. – La prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus à ce même article. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. »
- ⑰ 2° Le III de l'article L. 162-16-5-2 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑱ « III. – A. – Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne :
- ⑲ « 1° Une décision relative à l'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article

L. 162–17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

- 20 « 2° L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ;
- 21 « 3° Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123–2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162–17 du présent code n'est déposée, pour l'indication considérée, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, ou le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes.
- 22 « B. – Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :
- 23 « 1° Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123–2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162–17 ou au premier alinéa de l'article L. 162–22–7 du présent code ;
- 24 « 2° Aucun accord sur le prix ou le tarif de responsabilité n'est trouvé par convention entre le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché et le Comité économique des produits de santé dans un délai défini par décret en Conseil d'État à compter de l'autorisation de mise sur le marché, pour l'indication considérée, et le Comité économique des produits de santé n'a pas, dans ce même délai, fixé, par décision, un prix ou un tarif de responsabilité prenant en compte l'indication considérée ;
- 25 « 3° Les prises en charge cumulées au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121–12 du code de la santé publique et du I du présent article ont excédé un délai fixé par décret en Conseil d'État ;
- 26 « 4° Les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121–12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés.
- 27 « Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162–22–7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123–2 du code de la santé publique.
- 28 « Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les conditions de délai prévues ci-dessus, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités précisées à l'article L. 162–17–4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 29 3° L'article L. 162–16–5–2 est complété deux alinéas ainsi rédigés :

- 30 « IV. – Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi des patients traités prévus au V de l'article L. 5121–12 du code de la santé publique, pour chaque indication considérée, jusqu'à la fin de la prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée au même article ou au titre de l'article L. 162–16–5–2 du présent code.
- 31 « V – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- 32 4° Après l'article L. 162–16–5–2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162–16–5–3 ainsi rédigé :
- 33 « *Art. L. 162–16–5–3.* – La prescription d'une spécialité faisant l'objet de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121–12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162–16–5–2 du présent code, pour au moins l'une de ses indications, doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou au titre des dispositions de l'article L. 162–16–5–2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret.
- 34 « Le non-respect de ces obligations, ainsi que celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées à l'article L. 5121–12 du code de la santé publique, peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133–4. » ;
- 35 6° L'article L. 162–18 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :
- 36 « Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121–12 du code de la santé publique, ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162–16–5–2 du présent code, n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.
- 37 « Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, et relevant de cet article, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162–16–4, L. 162–16–5, ou L. 162–16–6.
- 38 « Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application des dispositions de l'alinéa précédent.
- 39 « A défaut de convention prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence. »

40 II. – Au deuxième alinéa de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, après les mots : « dans un délai déterminé », sont insérés les mots : « , d'un an au maximum ».

41 III. – Tant que le décret relatif aux conditions de transmission de l'indication mentionnée à l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale n'est pas entré en vigueur, la répartition des volumes de vente selon les indications, nécessaires à l'application au L. 162-16-5-1 du même code, est calculée au prorata des estimations des populations cibles respectives réalisées par le Comité économique des produits de santé.

Amendement n° 807 présenté par Mme Michèle Delaunay.

Avant l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« I A. – À la seconde phrase du second alinéa de l'article L. 138-11 du code de la sécurité sociale, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « second alinéa du I ».

Amendement n° 421 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 4, supprimer les mots :

« ou reçues ».

Amendement n° 947 présenté par le Gouvernement.

I. – Après l'alinéa 4, insérer les trois alinéas suivants :

« I *bis*. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe un coût maximal de traitement par patient et par an, dans la limite de dix-mille euros, applicable à chaque médicament bénéficiant d'une ou plusieurs autorisations temporaires d'utilisation prévues à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce coût maximal de traitement correspond à un plafond au titre de la mise à disposition d'un produit, au-delà duquel des remises sont dues par le laboratoire titulaire des droits d'exploitation du médicament, pour les indications faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation ou prises en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. La valeur de ce coût maximal de traitement est calculée, chaque année, et pour chaque patient, au *prorata temporis* de la durée de prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2 pour l'année considérée. La durée minimale retenue pour ce calcul est de quatre mois.

« Si, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et de celles issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, au plus tard le 31 mars de l'année suivant celle au titre de laquelle le calcul est effectué et pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2, le montant total pris en charge à ce titre excède celui qui résulterait de l'application du coût maximal de traitement mentionné au premier alinéa du présent I *bis* à la prise en charge de chaque patient, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires

facturé aux établissements de santé et le montant qui aurait résulté de l'application dudit coût maximal de traitement à la prise en charge de chaque patient.

« Par dérogation aux deux alinéas précédents, les médicaments dont le chiffre d'affaires total, depuis leur première commercialisation au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros, ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées à l'alinéa précédent. »

II. – En conséquence, à l'alinéa 5, après la seconde occurrence du mot :

« remboursement »

insérer les mots :

« , et minoré des remises mentionnées au I *bis* au titre de cette même période, ».

III. – En conséquence, à l'alinéa 6, après le mot :

« net »

insérer les mots :

« de référence ».

IV. – En conséquence, procéder à la même insertion à l'alinéa 8.

V. – En conséquence, compléter le même alinéa par la phrase suivante :

« . Ce chiffre d'affaires est minoré des remises mentionnées au I *bis* au titre de cette même période ; ».

VI. – En conséquence, à l'alinéa 9, après le mot :

« net »

insérer les mots :

« de référence ».

VII. – En conséquence, après l'alinéa 15, insérer l'alinéa suivant :

« III *bis*. – Lorsqu'un médicament, ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du I *bis*, est inscrit au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé, son laboratoire exploitant peut bénéficier, par convention avec le Comité, d'une restitution de tout ou partie de la remise versée en application du I *bis*. Le montant de cette restitution ne peut excéder le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues, au cours des douze mois précédant l'inscription au remboursement, au prix ou tarif net de référence au titre de l'année suivant la fixation de ce prix ou tarif, minorée

du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction des remises prévues aux I *bis*, II et III au titre de l'indication considérée. »

VIII. – En conséquence, substituer à l'alinéa 17 les trois alinéas suivants :

« 2° L'article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :

« *a*) Au premier alinéa, le mot : « son » est remplacé par les mots : « sa première » ;

« *b*) Au troisième alinéa, les mots : « l'autorisation » sont remplacés par deux fois par les mots : « sa première autorisation » ;

« *c*) Le III est remplacé par les dispositions suivantes : ».

IX. – En conséquence, supprimer les alinéas 24 et 25.

X. – En conséquence, au début de l'alinéa 28, insérer la référence :

« C. - ».

XI. – En conséquence, au même alinéa, substituer aux mots :

« conditions de délai prévues ci-dessus »

les mots :

« différentes conditions de délai relevant du présent III ».

XII. – En conséquence, à la fin de l'alinéa 40, substituer aux mots :

« d'un an au maximum »

les mots :

« dont la valeur maximale est fixée par décret ».

XIII. – En conséquence, après l'alinéa 41, insérer les deux alinéas suivants :

« IV. – Les dispositions des I *bis* et III *bis* de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale et la condition de délai maximal mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 5121-12 modifié du code de la santé publique sont applicables aux autorisations délivrées au titre dudit article L. 5121-12 à compter du 1^{er} janvier 2017.

« Les dispositions des II et III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux chiffres d'affaires réalisés à compter du 1^{er} janvier 2016. »

Amendement n° 419 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l'alinéa 13, substituer aux mots :

« mis en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ou un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché »

les mots :

« mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ».

Amendement n° 432 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À la seconde phrase de l'alinéa 37, substituer aux mots :

« qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, et relevant de cet article, »

les mots :

« mentionnées au premier alinéa du présent article, qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, »

Article 52

① I. – L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

③ *a*) Au début du premier alinéa, il est inséré le chiffre : « I. - » ;

④ *b*) Dans la deuxième phrase, le mot : « apportée » est supprimé et après les mots : « prévus ou constatés », sont insérés les mots : « , des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés » ;

⑤ *c*) La dernière phrase est supprimée ;

⑥ 2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

⑦ « II. – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, pour au moins l'un des motifs suivants :

⑧ « 1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments comparables sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou de la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité ;

⑨ « 2° Le prix ou le tarif des médicaments comparables, et les remises applicables à la spécialité concernée et aux médicaments comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 162-18 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

⑩ « 3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments comparables par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;

⑪ « 4° Le prix ou le tarif et les remises applicables aux médicaments utilisés concomitamment ou séquentiellement avec la spécialité concernée ;

⑫ « 5° L'existence de prix ou de tarifs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, inférieurs dans d'autres pays européens ;

⑬ « 6° Un niveau de service médical rendu inférieur à celui des médicaments comparables, ou un niveau de service médical rendu faible ou modéré lorsque le médicament ne dispose pas de comparateur.

⑭ « Les médicaments comparables sont des médicaments soit appartenant à la même classe pharmaco-thérapeutique, soit ayant la même visée thérapeutique, soit présentant un mécanisme d'action similaire, ou soit traitant des pathologies similaires ou comparables en termes notamment de gravité. » ;

- 15 3° Avant les mots : « Un décret en Conseil d'État », il est inséré le chiffre : « III. – » ;
- 16 4° Après le III, il est ajouté un IV ainsi rédigé :
- 17 « IV. – L'accord-cadre mentionné à l'article L. 162-17-4 peut préciser les modalités de mise en œuvre des conventions mentionnées au I et au II. » ;
- 18 5° Avant les mots : « Sont constatées et poursuivies », il est inséré le chiffre : « V. – ».
- 19 II. – L'article L. 162-16-5 du même code est ainsi modifié :
- 20 1° Les deux premiers alinéas du I sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :
- 21 « I. – Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du Comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision.
- 22 « Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues par le II de ce même article. » ;
- 23 2° Au troisième alinéa du I, les mots : « le prix de vente déclaré ou » sont supprimés ;
- 24 3° Le quatrième alinéa du I est supprimé ;
- 25 4° Au II, les mots : « au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, » sont supprimés et le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « premier ».
- 26 III. – L'article L. 162-16-6 du même code est ainsi modifié :
- 27 1° La dernière phrase du premier alinéa du I est supprimé ;
- 28 2° Après le premier alinéa du I, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :
- 29 « Ce tarif est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues par le II de ce même article. » ;
- 30 3° Le troisième alinéa du I est supprimé.
- 31 IV. – Au 1° de l'article L. 162-17-4, les mots : « ou le prix de vente déclaré » sont supprimés.
- 32 V. – L'article L. 162-38 est ainsi modifié :
- 33 1° A la première phrase du premier alinéa, les mots : « ou entre le comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations », et les mots : « , ou ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, » sont supprimés ;
- 34 2° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Le comité institué par l'article L. 162-17-3 peut fixer, pour ce qui concerne les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1, le prix de cession maximal auquel peut être vendu le produit ou la prestation au distributeur en détail. »
- 35 VI. – L'article L. 165-2 est ainsi modifié :
- 36 1° Avant le premier alinéa, il est inséré le chiffre : « I. – » ;
- 37 2° Au deuxième alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « conditions prévues à l'article L. 165-3-3 » ;
- 38 3° Au troisième alinéa, les mots : « du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci » sont remplacés par les mots : « de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu » ; les mots : « et des prix » sont supprimés ; et après les mots : « prévus ou constatés » sont insérés les mots : « , des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés » ;
- 39 4° Après le troisième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :
- 40 « II. – Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, pour au moins l'un des motifs suivants :
- 41 « 1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;
- 42 « 2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicable au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- 43 « 3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers

assimilés de toute nature consentis y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;

- 44 « 4° Les tarifs, les prix et les remises applicables aux produits et prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec le produit ou la prestation concernée ;
- 45 « 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs dans d'autres pays européens, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur ;
- 46 « 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;
- 47 « 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;
- 48 « 8° Les conditions prévisibles et réelles d'utilisation des produits ou prestations.
- 49 « Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits ou prestations comparables.
- 50 « Les produits ou prestations comparables sont des produits ou prestations, ou une catégorie de produits ou prestations, ayant la même visée thérapeutique, présentant un mécanisme d'action similaire ou traitant des pathologies similaires ou comparables en termes notamment de gravité. » ;
- 51 3° Avant le dernier alinéa, il est inséré le chiffre : « III. – » ;
- 52 4° Après le dernier alinéa, il est ajouté un IV ainsi rédigé :
- 53 « IV. – L'accord-cadre mentionné à l'article L. 165-4-1 peut préciser les modalités de mise en œuvre des conventions mentionnées au I et au II. »
- 54 VII. – L'article L. 165-3 est ainsi modifié :
- 55 1° A la première phrase du premier alinéa, les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 162-38 » sont supprimés ;
- 56 2° Au second alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions visées à l'article L. 165-3-3 » ;
- 57 3° Après le second alinéa, il est ajouté un nouvel alinéa ainsi rédigé :
- 58 « Les prix mentionnés au premier alinéa sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues par le II de ce même article. »
- 59 VIII. – Après l'article L. 165-3-2, il est inséré un article L. 165-3-3 ainsi rédigé :

- 60 « Art. L. 165-3-3. – I. – Les fabricants ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces fabricants sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et le cas échéant les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :
- 61 « 1° Les fabricants ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'un avis de projet de fixer les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix ;
- 62 « 2° Chaque fabricant ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.
- 63 « Pour chaque fabricant ou organisation, et pour chaque inscription à la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du fabricant ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondant, et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque l'inscription de produits et prestations à cette liste est réalisée conjointement pour plusieurs produits, le comité économique des produits de santé peut appliquer un taux de pondération, compris entre 0 et 1, à chaque produit ; la somme des taux employés est égale à 1.
- 64 « Un fabricant ne peut pas participer à la négociation à la fois en son nom propre et au titre d'une organisation.
- 65 « II. – Les distributeurs ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces distributeurs sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et le cas échéant les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :
- 66 « 1° Les distributeurs ou organisations ont fait connaître au comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'une information relative à la fixation de ces tarifs de responsabilité et, le cas échéant, de ces prix ;
- 67 « 2° Chaque distributeur ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.
- 68 « Pour chaque distributeur ou organisation, et pour chaque inscription à la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du distributeur ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondant, et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- 69 « Un distributeur ne peut pas participer à la négociation à la fois en son nom propre et au titre d'une organisation.
- 70 « III. – La convention mentionnée au I est valablement conclue si elle est signée par des fabricants ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant d'au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du I pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.
- 71 « La convention mentionnée au II est valablement conclue si elle est signée par des distributeurs ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant d'au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du II pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.
- 72 « Dès lors que l'une des conventions mentionnées aux deux alinéas précédents est valablement conclue, le prix ou le tarif fixé par convention s'applique à l'ensemble des acteurs concernés, y compris à ceux qui n'ont pas signé de convention.
- 73 « IV. – Pour l'application des I, II et III, les produits et prestations concernés peuvent regrouper plusieurs produits et prestations comparables, au sens de l'article L. 165-2.
- 74 « Les références temporelles sur lesquelles les contributions sont effectuées sont précisées par le Comité économique des produits de santé.
- 75 « V. – Lorsqu'il apparaît qu'un fabricant, un distributeur ou une organisation regroupant certains fabricants ou distributeurs a déclaré sciemment, pour l'application du présent article, des volumes de vente ou un chiffre d'affaires ou une part du montant remboursé manifestement erronés, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant, le distributeur ou l'organisation a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant, du distributeur ou de l'organisation.
- 76 « Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs regroupés au sein de l'organisation, au titre du dernier exercice clos pour la ou les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées considérées. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.
- 77 « 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.
- 78 « Lorsqu'une procédure de sanction est engagée par le Comité économique des produits de santé conformément au premier alinéa du présent V, l'invalidation de la convention conclue sur la base des éléments de chiffre d'affaires en cause n'intervient qu'à l'issue d'un délai de six mois suivant l'engagement de cette procédure. Il en est de même, le cas échéant, de la décision du Comité fixant le tarif ou le prix de la description en l'absence d'accord conventionnel.
- 79 « VI. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »
- 80 IX. – A la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 165-4, les mots : « , la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés.
- 81 X. – L'article L. 165-5-1 devient l'article L. 165-5-2 et il est inséré, après l'article L. 165-5, un nouvel article L. 165-5-1 ainsi rédigé :
- 82 « *Art. L. 165-5-1.* – A une date et dans des conditions fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} janvier 2019, l'inscription par description générique des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est subordonnée à la détention d'un code permettant une identification individuelle de chacun de ces produits et prestations, et de son fabricant ou distributeur. Ces codes identifiants sont collectés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et rendus publics sur son site internet.
- 83 « Le décret mentionné au premier alinéa précise notamment les obligations respectives des fabricants ou distributeurs et de la Caisse nationale pour l'élaboration de ces codes identifiants dans les délais requis. Ce code est exigé par la caisse locale d'assurance maladie compétente en vue de la prise en charge ou du remboursement du produit ou de la prestation. »
- 84 XI. – Le prix de cession des spécialités pharmaceutiques fixé sur le fondement de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction applicable avant l'entrée en vigueur de la présente loi reste valable jusqu'à leur modification par une nouvelle convention ou, à défaut, une nouvelle décision du Comité économique des produits de santé.

Amendement n° 908 présenté par le Gouvernement.

I. – Rédiger ainsi l'alinéa 4 :

« *b)* À la deuxième phrase, le mot : « apportée » est supprimé. »

II. – En conséquence, après l'alinéa 11, insérer l'alinéa suivant :

« *4° bis* Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l'assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ; ».

Amendement n° 795 présenté par Mme Michèle Delaunay.

I. – À l'alinéa 7, après le mot :

« convention »,
insérer les mots :

« établie dans le cadre de l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4 ».

II. – En conséquence, supprimer les alinéas 16 et 17.

Amendement n° 708 présenté par Mme Michèle Delaunay.

I. – À l’alinéa 7, substituer aux mots :

« pour au moins l’un des motifs »

les mots :

« au regard d’au moins l’un des critères ».

II. – En conséquence, procéder à la même substitution à l’alinéa 40.

Amendement n° 786 présenté par Mme Michèle Delaunay.

I. – À l’alinéa 8, substituer au mot :

« comparables »

les mots :

« à même visée thérapeutique ».

II. – En conséquence, aux alinéas 10 et 13, procéder à la même substitution.

III. – En conséquence, supprimer l’alinéa 14.

Amendement n° 788 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À l’alinéa 8, substituer aux mots :

« de la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité »

les mots :

« la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité, notamment en cas de commercialisation d’un premier médicament générique ou d’un premier médicament biologique similaire. »

Amendement n° 907 présenté par le Gouvernement.

I. – Rédiger ainsi l’alinéa 9 :

« 2° Le prix net ou le tarif net, au sens du quatrième alinéa de l’article L. 162–18, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ; ».

II. – En conséquence, substituer à l’alinéa 11 l’alinéa suivant :

« 4° Le coût net, au sens de l’article L. 162–18, du traitement médicamenteux pour l’assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d’autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ; ».

III. – En conséquence, après l’alinéa 31, insérer les cinq alinéas suivants :

« IV *bis*. – L’article L. 162–18 est ainsi modifié :

« 1° Après la première phrase du quatrième alinéa, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu’il traite des remises, le comité respecte l’ensemble des obligations relatives au secret en matière commerciale et industrielle. »

« 2° Le quatrième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les prix nets ou tarifs nets s’entendent déduction faite de ces remises. »

« 3° Cet article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les coûts nets s’entendent déduction faite de ces remises. »

Amendement n° 638 présenté par Mme Laclais.

Substituer aux alinéas 40 à 50 les neuf alinéas suivants :

« II. – Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être modulé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, pour au moins l’un des motifs suivants :

« 1° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à l’article L. 165–4 au bénéfice de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés ;

« 2° Selon des modalités précisées dans l’accord-cadre, le prix d’achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis y compris les rémunérations de services prévues à l’article L. 441–7 du code de commerce ;

« 3° L’existence de coûts de traitement inférieurs dans d’autres pays européens, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur ;

« 4° Les écarts des volumes de vente constatés des produits ou prestations avec ceux prévus ;

« 5° Les écarts des montants constatés des produits ou prestations remboursés par l’assurance maladie obligatoire avec ceux prévus ;

« 6° Les écarts entre les conditions réelles d’utilisation des produits ou prestations et celles prévisibles.

« Les tarifs d’une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L’application d’un taux de baisse uniforme est possible lorsqu’au moins deux des critères précédents sont considérés pour l’ensemble de la catégorie de produits ou prestations comparables, dont un des critères mentionnés au 4°, au 5° et au 6° du présent II.

« En tout état de cause la baisse tient compte de l’évolution des charges, des revenus et du volume d’activité des entreprises concernées. »

Amendement n° 592 présenté par Mme Laclais.

Supprimer l’alinéa 41.

Amendement n° 932 présenté par le Gouvernement.

À la fin de l’alinéa 45, substituer aux mots :

« dans d’autres pays européens, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur »

les mots :

« , déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d’autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret. »

Amendement n° 931 présenté par le Gouvernement.

Supprimer l’alinéa 50.

Amendement n° 933 présenté par le Gouvernement.

À la première phrase de l’alinéa 82, substituer à la date :

« 1^{er} janvier 2019 »

la date :

« 1^{er} janvier 2020 ».

Après l'article 52

Amendement n° 762 présenté par le Gouvernement.

Après l'article 52, insérer l'article suivant :

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

1° Après l'article L. 162-1-8, sont insérés deux articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-1-9.* – Une commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale est créée auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette commission, présidée par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, est composée de représentants des médecins spécialisés en radiodiagnostic et en imagerie médicale, des médecins spécialistes en médecine nucléaire, et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à ses travaux.

« Cette commission rend un avis motivé sur les propositions présentées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, prévues à l'article L. 162-1-9-1.

« La composition et les règles de fonctionnement de la commission sont fixées par arrêté.

« *Art. L. 162-1-9-1.* – I. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet à la commission prévue à l'article L. 162-1-9, au moins une fois tous les trois ans avant le 1^{er} mars de l'année :

« 1° Des éléments relatifs à l'évolution constatée sur la période concernée des charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et utilisés dans le cadre d'actes et de prestations délivrés par des professionnels de santé libéraux ;

« 2° S'il y a lieu, une analyse de l'évolution de l'organisation et des modalités de fonctionnement des différentes structures utilisant ces équipements ;

« 3° Des propositions d'évolution pluriannuelle des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements ;

« 4° Des propositions d'évolution de la classification de ces équipements ;

« 5° Un bilan de l'impact financier des propositions mentionnées aux 3° et 4°.

« Les propositions mentionnées aux 3° et 4° sont également transmises aux organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et des médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« L'avis de la commission est rendu avant l'expiration d'un délai de trente jours suivant la transmission des propositions mentionnées aux 3° et 4°. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé rendu. L'avis est transmis par le directeur général de l'Union aux organisations nationales représentatives de médecins généralistes et spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« La convention mentionnée à l'article L. 162-5 définit l'évolution des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements matériels lourds d'imagerie, ainsi que la classification associée. À défaut d'accord sur l'évolution des rémunérations et de la classification à l'expiration d'un délai de soixante jours suivant la

transmission mentionnée au septième alinéa, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à leur détermination.

« Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue à l'alinéa précédent, la décision déterminant les rémunérations et la classification est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard dans un délai de trente jours.

« Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours.

« En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à la fin du délai visé au dixième alinéa, le directeur général de l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs. » ;

2° L'article L. 162-5 est complété par un 25° ainsi rédigé :

« 25° S'agissant des médecins spécialisés en radiodiagnostic et en imagerie médicale et des médecins spécialistes en médecine nucléaire, les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale ainsi que la classification associée, dans le respect des dispositions des articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1. ».

II. – Par dérogation à la procédure prévue à l'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai d'un mois à compter de la publication de la présente loi, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la fixation des rémunérations et de la classification mentionnées à l'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale. Cette décision est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours.

Sous-amendement n°946 présenté par Mme Laclais et M. Bapt.

I. - À la seconde phrase de l'alinéa 3, substituer aux mots :
« spécialisés en radiodiagnostic et en imagerie médicale, des médecins spécialistes en médecine nucléaire, »

les mots :

« libéraux et hospitaliers spécialistes en radiodiagnostic et en imagerie médicale ou spécialistes en médecine nucléaire, de représentants des fédérations hospitalières, ».

II. - Compléter l'alinéa 7 par les mots :

« ou hospitaliers ».

III. - À l'alinéa 9, substituer aux mots :

« des rémunérations liées »

les mots :

« du financement lié ».

IV. - En conséquence, procéder à la même substitution à la première phrase de l'alinéa 14.

V. - En conséquence, à l'alinéa 15, substituer aux mots :

« les rémunérations »

les mots :

« le financement ».

VI. - En conséquence, à l'alinéa 19, substituer aux mots :

« les rémunérations liées »

les mots :

« le financement lié ».

VII. - En conséquence, à la première phrase de l'alinéa 20, substituer aux mots :

« des rémunérations »

les mots :

« du financement ».

VIII. - Supprimer la seconde phrase de l'alinéa 14.

Sous-amendements identiques :

Sous-amendements n°938 présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer et M. Aboud et n°948 présenté par Mme Laclais.

À la deuxième phrase de l'alinéa 3, après le mot :

« nucléaire, »,

insérer les mots :

« de représentants des fédérations hospitalières représentatives, ».

Amendement n°333 présenté par M. Lurton, M. Door, Mme Marianne Dubois, M. Straumann, M. Fenech, Mme Poletti, M. Reiss et Mme Zimmermann.

Après l'article 52, insérer l'article suivant :

I. - Après l'article L. 165-1-2 du code de la sécurité sociale, est inséré un article L. 165-1-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 165-1-3. - Pour la première délivrance, les verres correcteurs et les lentilles de contact oculaire correctrices dont la prescription médicale date de moins d'un an peuvent être remboursés par l'assurance maladie et dans les conditions prévues à l'article L. 165-1. »

II. - Au premier alinéa de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique, après le mot : « correcteurs », sont insérés les mots : « et de lentilles de contact oculaire correctrices ».

Amendement n°212 présenté par M. Lurton, M. Door, Mme Marianne Dubois, M. Straumann, M. Mariani, M. Fenech, Mme Le Callennec, Mme Poletti, M. Reiss, Mme Zimmermann et M. Le Mèner.

Après l'article 52, insérer l'article suivant :

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement, un rapport sur le suivi exhaustif et précis des dépenses d'affectations de longues durées, de leurs évolutions et de leurs déterminants afin de mieux anticiper et maîtriser les prises en charge.

Article 53

① I. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 44,4 millions d'euros pour l'année 2017.

② II. - En 2017, il est prélevé au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une somme de 70 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2015, du fonds pour l'emploi hospitalier créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

③ Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

④ III. - Il est institué, au titre de l'année 2017, au bénéfice du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une contribution de 150 millions d'euros à la charge de l'organisme mentionné au II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005. Cette contribution est versée avant le 31 décembre 2017.

⑤ Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

⑥ IV. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 107 millions d'euros pour l'année 2017.

⑦ V. - Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en

direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3^o de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 129,6 millions d'euros pour l'année 2017.

Amendement n° 669 présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer et M. Aboud.

Supprimer les alinéas 2 et 3.

Amendement n° 628 présenté par M. Vercamer, M. de Courson, M. Degallaix, M. Demilly, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer, M. Jean-Christophe Lagarde, Mme Sonia Lagarde, M. Reynier, M. Richard, M. Rochebloine, Mme Sage, M. Salles, M. Santini, M. Tuaiva, M. Philippe Vigier, M. Weiten et M. Zumkeller.

Supprimer les alinéas 4 et 5.

Article 54

- ① Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :
- ② 1^o Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 207,1 milliards d'euros ;
- ③ 2^o Pour le régime général de la sécurité sociale, à 205,9 milliards d'euros.

Article 55

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

(en milliards d'euros)	
Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	86,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	79,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge	1,7
Total	190,7

Amendements identiques :

Amendements n° 190 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jacob, M. Abad, M. Aboud, M. Accoyer, M. Albarello, Mme Ameline, M. Apparu, Mme Arribagé, M. Aubert, M. Audibert Troin, M. Balkany, M. Jean-Pierre Barbier, M. Bénisti, M. Berrios, M. Bonnot, M. Bouchet, Mme Boyer, Mme Brenier, M. Breton, M. Briand, M. Brochand, M. Bussereau, M. Carré, M. Carrez, M. Censi, M. Chartier, M. Chatel, M. Cherpion, M. Chevrollet, M. Chrétien, M. Christ, M. Cinieri, M. Ciotti, M. Cochet, M. Copé, M. Cornut-Gentille, M. Costes, M. Courtial, M. Couve, Mme Dalloz, M. Dassault, M. Daubresse, M. de Ganay, Mme de La Raudière, M. de La Verpillière, M. de Mazières, M. de Rocca Serra, M. Debré, M. Decool, M. Deflesselles, M. Degauchy, M. Delatte, M. Devedjian, M. Dhucq, Mme Dion, M. Dive, M. Dord, M. Douillet, Mme Marianne Dubois, Mme Duby-Muller, M. Fasquelle, M. Fenech, M. Fillon, Mme Fort, M. Foulon, M. Francina, M. Fromion, M. Furst, M. Gandolfi-Scheit, M. Gaynard, Mme Genevard, M. Geoffroy, M. Gérard, M. Gest, M. Gibbes, M. Gilard, M. Ginesta, M. Ginesy, M. Giran, M. Goasguen, M. Gorges, M. Gosselin, M. Goujon, Mme Greff, Mme Grosskost, M. Grouard, M. Guaino, Mme Guégot, M. Guibal, M. Guillet, M. Guilloteau, M. Heinrich, M. Herbillon, M. Herth, M. Hetzel, M. Houillon, M. Huet, M. Huyghe, M. Jacquat, M. Kert, Mme Kosciusko-Morizet, M. Kossowski, M. Labaune, Mme Lacroute, M. Laffineur, M. Lamblin, M. Lamour, M. Larrivé, M. Lazaro, Mme Le Callennec, M. Le Fur, M. Le Maire, M. Le Mèner, M. Le Ray, M. Leboeuf, M. Ledoux, M. Frédéric Lefebvre, M. Lellouche,

M. Leonetti, M. Lequiller, M. Lett, Mme Levy, Mme Louwagie, M. Luca, M. Mancel, M. Marcangeli, M. Mariani, M. Mariton, M. Alain Marleix, M. Olivier Marleix, M. Marlin, M. Marsaud, M. Philippe Armand Martin, M. Martin-Lalande, M. Marty, M. Mathis, M. Manuel, M. Meslot, M. Meunier, M. Mignon, M. Morange, M. Moreau, M. Morel-A-L'Huissier, M. Moyné-Bressand, M. Myard, Mme Nachury, M. Nicolin, M. Ollier, M. Pélassard, Mme Pernod Beaudon, M. Perrut, M. Philippe, M. Poisson, M. Poniatowski, Mme Pons, M. Priou, M. Quentin, M. Reiss, M. Reitzer, M. Reynès, M. Riester, M. Robinet, Mme Rohfritsch, M. Saddier, M. Salen, M. Scellier, Mme Schmid, M. Schneider, M. Sermier, M. Siré, M. Solère, M. Sordi, M. Straumann, M. Sturni, M. Suguenot, Mme Tabarot, M. Tahuaitu, M. Tardy, M. Taugourdeau, M. Teissier, M. Terrot, M. Tétart, M. Thévenot, M. Vannson, Mme Vautrin, M. Verchère, M. Viala, M. Vialatte, M. Jean-Pierre Vigier, M. Vitel, M. Voisin, M. Warsmann, M. Wauquiez, M. Woerth et Mme Zimmermann, n°211 présenté par M. Tian et Mme Besse et n°629 présenté par M. Vercamer, M. Benoit, M. de Courson, M. Degallaix, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer, M. Jean-Christophe Lagarde, Mme Sonia Lagarde, M. Reynier, M. Richard, M. Rochebloine, M. Salles, M. Santini, M. Tuaiva, M. Philippe Vigier, M. Weiten et M. Zumkeller.

Supprimer cet article.

Amendement n° 168 présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

À la fin de la troisième ligne de la première colonne du tableau de l'alinéa 2, supprimer les mots :

« tarifés à l'activité ».

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 56

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

(en milliards d'euros)	
	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,6

TITRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

CHAPITRE I^{ER}

GESTION

Article 57

- ① I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « la Caisse des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ».
- ② II. – Au premier alinéa de l'article L. 815-8 du même code, les mots : « la Caisse des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ».
- ③ III. – Les modalités du transfert du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées de la Caisse des dépôts et consignations à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sont déterminées par convention entre ces deux organismes.
- ④ IV. – Les dispositions du I et du II sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2018.

Amendements identiques :

Amendements n° 170 présenté par Mme Le Houerou, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance vieillesse), Mme Sandrine Doucet, Mme Lacuey, M. Emmanuelli, M. Goua, M. Cordery, Mme Michèle Delaunay, Mme Bouziane-Laroussi, M. Premat, Mme Rabin, M. Marsac, M. Ferrand, M. Gille, M. Rogemont, Mme Zanetti, M. Aylagas, M. Plisson, Mme Fabre, M. Jalton, Mme Martine Faure, M. Joron, M. Mennucci, Mme Alaux, Mme Got, Mme Iborra, Mme Marcel, M. Vercamer, M. Richard, M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Bénisti, M. Aboud et M. Jacquat, n° 632 présenté par M. Vercamer, M. Degallaix, M. Demilly, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer, M. Jean-Christophe Lagarde, Mme Sonia Lagarde, M. Reynier, M. Richard,

M. Rochebloine, M. Salles, M. Santini, M. Tuaiva, M. Philippe Vigier, M. Weiten et M. Zumkeller, n° 721 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Bénisti et M. Jacquat et n° 779 présenté par Mme Sandrine Doucet, Mme Lacuey, M. Emmanuelli, M. Goua, M. Cordery, Mme Michèle Delaunay, Mme Bouziane-Laroussi, M. Premat, Mme Rabin, M. Marsac, M. Ferrand, M. Gille, M. Rogemont, Mme Zanetti, M. Aylagas, M. Plisson, Mme Fabre, M. Jalton, Mme Martine Faure, M. Joron, M. Mennucci, Mme Alaux, Mme Got, Mme Iborra, Mme Marcel, Mme Martinel, Mme Bruneau, M. Demarthe, M. Pouzol, M. Grellier, M. Pellois, M. Villaumé, M. Destans, M. Vlody, Mme Untermaier, M. Germain, M. Blazy et M. Yves Daniel.

Supprimer cet article.

Amendement n° 238 rectifié présenté par Mme Le Houerou.

Rédiger ainsi l'alinéa 4 :

« IV. – Le présent article entre en vigueur selon des modalités et à une date fixées par décret en Conseil d'État et, au plus tard, le 1^{er} janvier 2020. »

Après l'article 57

Amendement n° 750 présenté par le Gouvernement.

Après l'article 57, insérer l'article suivant :

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

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-9, les mots : « admis à encaisser des cotisations ou à servir des prestations au titre des régimes obligatoires de

base » sont remplacés par les mots : « chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » ;

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-10, après la première occurrence du mot : « sociale », sont insérés les mots : « ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » ;

3° À la première phrase de l'article L. 114-10-1, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » ;

4° Le début du premier alinéa de l'article L. 114-10-2 est ainsi rédigé :

« Les organismes mentionnés à l'article L. 114-10-1 sont tenus... (*le reste sans changement*) » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 114-11, les mots : « chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 114-10-1 » ;

6° L'article L. 114-12 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » ;

b) Au même alinéa, les mots : « et l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail » sont remplacés par les mots : « , Pôle emploi et les administrations de l'État » ;

c) À la fin du 2°, les mots : « en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes » sont supprimés ;

d) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les informations ainsi obtenues ont la même valeur que les données détenues en propre ».

7° Au premier alinéa de l'article L. 114-12-1, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » et les mots : « aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire, ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail » sont remplacés par les mots : « ainsi qu'à Pôle emploi » ;

8° Au premier alinéa de l'article L. 114-22, les mots : « du régime d'assurance chômage » sont remplacés par les mots : « , du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code ainsi que Pôle emploi ».

II. – Au premier alinéa de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, après la dernière occurrence du mot : « sociale », sont insérés les mots : « , au service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du même code ».

.....

Article 60

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

② 1° L'article L. 114-16 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

③ « Lorsqu'une personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des

produits ou dispositifs médicaux, susceptibles de donner lieu à un remboursement de l'assurance maladie, a été sanctionnée ou condamnée, par décision devenue définitive, à une interdiction temporaire ou définitive d'exercer sa profession par une juridiction pénale ou une instance ordinaire, le directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie en est avisé sans délai.

④ « Cette information est communiquée par le ministère public près la juridiction pénale ayant prononcé la condamnation définitive et par le conseil de l'ordre dont la chambre disciplinaire a prononcé la sanction définitive. » ;

⑤ 2° L'article L. 323-6 est ainsi modifié :

⑥ a) Au sixième alinéa, après le mot : « correspondantes » sont insérés les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1 » ;

⑦ b) Au septième alinéa, la référence à l'article L. 162-1-14 est remplacée par la référence à l'article L. 114-17-1 ;

⑧ c) Le dernier alinéa est supprimé ;

⑨ 3° Après l'article L. 323-6, il est inséré un article L. 323-6-1 ainsi rédigé :

⑩ « *Art. L. 323-6-1.* – L'employeur subrogé dans les droits de son salarié en arrêt de travail informe par tout moyen l'organisme local d'assurance maladie assurant le service de l'indemnité journalière de la reprise anticipée du travail par ce salarié.

⑪ « En cas de manquement par l'employeur à cette obligation et si celui-ci a occasionné le versement indu d'indemnités journalières, il peut être prononcé à son encontre une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 114-17-1.

⑫ « L'organisme d'assurance maladie procède à la récupération des indemnités journalières auprès de l'employeur dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1. »

⑬ II. – Les dispositions du 1° du I du présent article entrent en vigueur au titre des condamnations ou sanctions prononcées à compter du 1^{er} janvier 2017.

⑭ Les dispositions du 3° du I du présent article entrent en vigueur au titre des reprises d'activité des salariés intervenant à compter du 1^{er} janvier 2017.

Après l'article 60

Amendement n° 525 rectifié présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud, M. Tardy et Mme Besse.

Après l'article 60, insérer l'article suivant :

I. – L'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Avant le 31 décembre 2018, les règles applicables aux organisations spéciales de sécurité sociale mentionnées au présent article sont progressivement alignées sur les règles applicables à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. ».

II. – Les modalités d'application du I sont définies par décret en Conseil d'État.

Amendement n° 601 présenté par M. Vercamer, M. Benoit, M. Degallaix, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer, Mme Sonia Lagarde, M. Jean-Christophe Lagarde, M. Reynier, M. Richard, M. Rochebloine, Mme Sage, M. Salles, M. Santini, M. Tuaiva, M. Philippe Vigier et M. Zumkeller.

Après l'article 60, insérer l'article suivant :

L'article L.711-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Avant le 31 décembre 2022, les règles applicables aux organisations spéciales de sécurité sociale mentionnées au présent article sont progressivement alignées sur les règles applicables à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ».

Amendement n° 607 rectifié présenté par M. Vercamer, M. Benoit, M. de Courson, M. Degallaix, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer, Mme Sonia Lagarde, M. Jean-Christophe Lagarde, M. Reynier, M. Richard, M. Rochebloine, Mme Sage, M. Salles, M. Santini, M. Tuaiva, M. Philippe Vigier et M. Zumkeller.

Après l'article 60, insérer l'article suivant :

I. – Le dernier alinéa de l'article L.711-1 du code de sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « À partir du 1^{er} janvier 2019, les nouveaux personnels de ces branches d'activités ou de ces entreprises sont soumis aux seules règles de l'organisation générale de la sécurité sociale. »

II. – Les modalités d'application du I sont définies par un décret en Conseil d'État.

Annexes

DÉPÔT DE PROJETS DE LOI

M. le Président de l'Assemblée nationale a reçu, le 28 octobre 2016, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, adopté par le Sénat après engagement de la procédure accélérée, ratifiant l'ordonnance n° 2016-966 du 15 juillet 2016 portant simplification de procédures mises en œuvre par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et comportant diverses dispositions relatives aux produits de santé.

Ce projet de loi, n° 4178, est renvoyé à la commission des affaires sociales, en application de l'article 83 du règlement.

M. le Président de l'Assemblée nationale a reçu, le 28 octobre 2016, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, modifié par le Sénat, ratifiant l'ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique et modifiant l'article 166 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Ce projet de loi, n° 4179, est renvoyé à la commission des affaires sociales, en application de l'article 83 du règlement.

DÉPÔT D'UNE PROPOSITION DE LOI ORGANIQUE

M. le Président de l'Assemblée nationale a reçu, le 28 octobre 2016, de M. Luc Belot, une proposition de loi organique généralisant la consultation publique en ligne, par l'internet, sur les textes de loi avant leur examen par le Parlement.

Cette proposition de loi organique, n° 4177, est renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, en application de l'article 83 du règlement.

DÉPÔT DE RAPPORTS EN APPLICATION D'UNE LOI

M. le Président de l'Assemblée nationale a reçu, le 28 octobre 2016, de M. le Premier ministre, en application de l'article 53 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication, le contrat d'objectifs et de moyens entre l'État et la société nationale de programme en charge de l'audiovisuel extérieur de la France pour la période 2016-2020.

M. le Président de l'Assemblée nationale a reçu, le 28 octobre 2016, de M. le Premier ministre, en application de l'article 53 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de la communication, le contrat d'objectifs et de moyens d'ARTE France pour la période 2017-2021.

TEXTES SOUMIS EN APPLICATION DE L'ARTICLE 88-4 DE LA CONSTITUTION

Par lettre du vendredi 28 octobre 2016, M. le Premier ministre a transmis, en application de l'article 88-4 de la Constitution, à M. le Président de l'Assemblée nationale, les textes suivants :

12897/16. – Projet de décision du Conseil portant nomination des membres titulaires et des membres suppléants, pour la France, l'Italie et Malte, du conseil de direction de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail.

12962/16. – Décision du Conseil modifiant la décision 1999/70/CE concernant les commissaires aux comptes extérieurs des banques centrales nationales en ce qui concerne le commissaire aux comptes extérieur de la Banca d'Italia.

13000/16 LIMITE. – Décisions Prüm - Projet de décision d'exécution du Conseil concernant l'échange automatisé de données relatives à l'immatriculation des véhicules à Malte, à Chypre et en Estonie, et remplaçant les décisions 2014/731/EU, 2014/743/EU et 2014/744/EU du Conseil.

13005/16 LIMITE. – Décisions Prüm - Projet de décision d'exécution du Conseil concernant l'échange automatisé de données relatives aux données dactyloscopiques en Lettonie, et remplaçant la décision 2014/911/UE du Conseil.

13007/16 LIMITE. – Décisions Prüm - Projet de décision d'exécution du Conseil concernant l'échange automatisé de données relatives aux données ADN en Slovaquie, au Portugal, en Lettonie, en Lituanie, en République tchèque, en Estonie, en Hongrie, à Chypre, en Pologne, en Suède, à Malte et en Belgique, et remplaçant les décisions 2010/689/UE, 2011/472/UE, 2011/715/UE, 2011/887/UE, 2012/58/UE, 2012/299/UE, 2012/445/UE, 2012/673/UE, 2013/3/UE, 2013/148/UE, 2013/152/UE et 2014/410/UE du Conseil.

13461/16. – Décision du Conseil portant nomination de trois membres et de deux suppléants du Comité des régions, proposés par la République de Pologne.

13462/16. – Projet de décision du Conseil portant nomination de trois membres et de deux suppléants du Comité des régions, proposés par la République de Pologne - Adoption.

COM(2016) 658 final. – Proposition de décision du Conseil relative à la conclusion, au nom de l'Union européenne, d'un accord entre l'Union européenne et le Royaume de Norvège établissant des règles complémentaires relatives à l'instrument de soutien financier dans le domaine des frontières extérieures et des visas, dans le cadre du Fonds pour la sécurité intérieure, pour la période 2014-2020.

COM(2016) 659 final. – Proposition de décision du Conseil relative à la signature, au nom de l'Union européenne, et à l'application provisoire d'un accord entre l'Union européenne et le Royaume de Norvège établissant des règles complémentaires relatives à l'instrument de soutien financier dans le domaine des frontières extérieures et des visas, dans le cadre du Fonds pour la sécurité intérieure, pour la période 2014-2020.

COM(2016) 681 final. – Proposition de décision du Parlement européen et du Conseil relative à la mobilisation du Fonds de solidarité de l'Union européenne pour venir en aide à l'Allemagne.

D046976/01. – Règlement (UE) de la Commission modifiant le règlement (CE) n° 1185/2009 du Parlement européen et du Conseil relatif aux statistiques sur les pesticides en ce qui concerne la liste des substances actives.

ORGANISMES EXTRAPARLEMENTAIRES

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'INSTITUT FRANÇAIS

(1 poste à pourvoir : 1 titulaire)

M. le Président de l'Assemblée nationale a désigné, le 28 octobre 2016, Mme Valérie Corre.

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA « FONDATION DU PATRIMOINE »

(1 poste à pourvoir : 1 titulaire)

M. le Président de l'Assemblée nationale a désigné, le 28 octobre 2016, M. Christian Kert.