Le présent document est établi à titre provisoire. Seule la « petite loi », publiée ultérieurement, a valeur de texte authentique.

TEXTE ADOPTÉ n° **36**

—

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

28 novembre 2022

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2023

En application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, est considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, en nouvelle lecture, le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1re lecture : **274**, **339**, **336, 371** et T.A. **25**.
Commission mixte paritaire : **481**.
Nouvelle lecture : **480** et **500**.

Sénat : 1re lecture : **96**, **99**, **98** et T.A. **18** (2022-2023).
Commission mixte paritaire : **126** et **127** (2022-2023).

.....

Article liminaire

(Pour coordination)

① Les prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2022 et 2023 s'établissent comme suit, au sens de la comptabilité nationale :

②

(En points de produit intérieur brut)

	2022	**2023**
Recettes.....	27,0 %	26,9 %
Dépenses.....	26,6 %	26,1 %
Solde.....	0,4 %	0,8 %

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021

Articles 1er et 2

(Conformes)

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2022

Article 3

① Au titre de l'année 2022, sont rectifiés :

② 1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

③

(En milliards d'euros)

	Recettes	**Dépenses**	**Solde**
Maladie	221,0	242,9	-21,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,2	14,2	2,0
Vieillesse	258,9	261,9	-3,0
Famille	53,5	50,9	2,6
Autonomie	35,0	35,4	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	569,6	590,3	-20,7
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	571,8	590,7	-18,9

;

④ 2° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

⑤

(En milliards d'euros)

	Recettes	**Dépenses**	**Solde**
Fonds de solidarité vieillesse	19,8	18,0	1,8

;

⑥ 3° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;

⑦ 4° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;

⑧ 5° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 18,6 milliards d'euros.

Article 4

① Au titre de l'année 2022, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

②

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	107,2
Dépenses relatives aux établissements de santé	98,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,6
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,8
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	6,3
Autres prises en charge	6,8
Total	**247,0**

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023

TITRE I^ER

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

Article 5

(Conforme)

Article 6

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

② A. – L'article L. 133-4-5 est ainsi modifié :

③ 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

④ *a)* Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;

⑤ *b)* À la première phrase, les mots : « n’a pas rempli » sont remplacés par le mot : « méconnaît » ;

⑥ 2° Après la référence : « L. 133-4-2 », la fin de la deuxième phrase du deuxième alinéa est supprimée ;

⑦ 3° Après le même deuxième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

⑧ « II. – L’annulation des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions est plafonnée à hauteur du montant total des sommes mentionnées aux articles L. 8222-2 et L. 8222-3 du code du travail dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l’article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime.

⑨ « Lorsqu’il n’a été procédé à aucune annulation contre le donneur d’ordre dans les cinq ans qui précèdent le constat du manquement, le plafond mentionné au premier alinéa du présent II est réduit à 15 000 € pour une personne physique et à 75 000 € pour une personne morale, sauf si le plafond prévu au même premier alinéa est inférieur à ces montants. » ;

⑩ 4° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;

⑪ B. – L’article L. 133-5-3 est ainsi modifié :

⑫ 1° À la première phrase du premier alinéa du I, les mots : « à un organisme désigné par décret » sont remplacés par les mots : « à celui des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l’article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime dont il relève, » et les mots : « , ainsi que, le cas échéant, » sont remplacés par les mots : « . Les personnes soumises à l’obligation mentionnée au présent alinéa sont tenues, le cas échéant, de procéder à » ;

⑬ 2° Le II *bis* est ainsi modifié :

⑭ *a)* Le premier alinéa est ainsi rédigé :

⑮ « II *bis*. – Tout organisme qui verse, à un titre autre qu’employeur, des sommes imposables ou soumises à cotisations ou contributions sociales ou qui verse des prestations sociales figurant sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget adresse mensuellement aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 ou, s’il en relève, L. 752-1 du présent code ainsi qu’à l’administration fiscale une déclaration sociale nominative comportant, pour chacune des personnes attributaires de ces sommes et prestations et après information de ces personnes, les informations

relatives à ces versements. Cette déclaration est effectuée par voie électronique, selon des modalités fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. » ;

⑯ *b)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑰ « Les employeurs qui versent des sommes ou prestations mentionnées au premier alinéa du présent II *bis* uniquement à leurs salariés ou assimilés ou à leurs anciens salariés ou assimilés déclarent ces versements au moyen de la déclaration mentionnée au I. » ;

⑱ 3° Au II *ter*, les mots : « les informations, déterminées par décret » sont remplacés par les mots : « en vue d'en faciliter les démarches, les informations dont les catégories sont définies par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget » ;

⑲ 4° Le III est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑳ « Ce décret détermine les modalités particulières selon lesquelles sont remplies les obligations prévues aux I et II *bis* au titre des rémunérations dues à l'occasion des périodes de congés des salariés relevant des caisses mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail. Il prévoit, le cas échéant, les modalités des échanges d'informations entre ces caisses et les employeurs de ces salariés permettant la transmission, par une déclaration unique, de l'ensemble des données dont la déclaration est obligatoire en application du présent article. » ;

㉑ C. – L'article L. 133-5-3-1 est ainsi modifié :

㉒ 1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

㉓ *a)* À la seconde phrase, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « de sécurité sociale » ;

㉔ *b)* Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Elle tient compte des demandes de correction signalées par les autres organismes ou administrations destinataires des données. » ;

㉕ 2° Au dernier alinéa, après le mot : « organisation », sont insérés les mots : « permettant la prise en compte des demandes de correction de l'ensemble des organismes et administrations mentionnées au même deuxième alinéa et » ;

㉖ D. – Au 3° de l'article L. 213-1-1, les mots : « d'assurance vieillesse dues au titre des » sont remplacés par les mots : « et contributions sociales

dont le recouvrement n'était pas assuré au 1er janvier 2020 par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et qui sont dues au titre de l'emploi de salariés relevant de » et, après les mots : « de cotisations », sont insérés les mots : « d'assurance vieillesse » ;

㉗ E. – L'article L. 243-7-4 est ainsi rétabli :

㉘ « *Art. L. 243-7-4*. – Dans le cadre de leurs missions, les agents chargés du contrôle peuvent utiliser les documents et informations obtenus lors du contrôle de toute personne appartenant au même groupe que la personne qu'ils contrôlent. Pour l'application du présent article, un groupe est entendu comme l'ensemble des personnes entre lesquelles existe un lien de détention ou de contrôle au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce.

㉙ « L'agent chargé du contrôle est tenu d'informer la personne contrôlée de la teneur et de l'origine des documents ou informations, obtenus dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article, sur lesquels il se fonde. Sur sa demande et après que cette faculté lui a été précisée, il communique une copie des documents à la personne contrôlée.

㉚ « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions et garanties applicables à cette utilisation de documents ou d'informations ainsi que le délai d'information de la personne contrôlée. » ;

㉛ F. – Le II de l'article L. 243-7-7 est ainsi modifié :

㉜ 1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

㉝ « Les donneurs d'ordres peuvent également bénéficier, selon les mêmes modalités, d'une réduction des majorations mises à leur charge en application du 1° de l'article L. 8222-2 du code du travail. » ;

㉞ 2° Au début du dernier alinéa, les mots : « Cette réduction » sont remplacés par les mots : « La réduction des majorations » ;

㉟ G. – Le I de l'article L. 243-13 est ainsi modifié :

㊱ 1° Au premier alinéa, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « vingt » ;

㊲ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « l'employeur contrôlé » sont remplacés par les mots : « la personne contrôlée » ;

㊳ 3° Après les mots : « lorsqu'est », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « établie au cours de cette période l'une des situations suivantes : » ;

39 4° Le 4° est remplacé par des 4° et 5° ainsi rédigés :

40 « 4° Un constat de comptabilité insuffisante ou de documentation soit inexploitable, soit transmise ou remise plus de quinze jours après la réception de la demande faite par l'agent chargé du contrôle ;

41 « 5° Le report, à la demande de la personne contrôlée, d'une visite de l'agent chargé du contrôle. »

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

43 1° L'article L. 724-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

44 « La durée de la période contradictoire peut être prolongée sur demande du cotisant reçue par l'organisme avant l'expiration du délai initial, à l'exclusion des situations où est mise en œuvre la procédure prévue à l'article L. 725-25 du présent code ou en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail. » ;

45 2° À l'article L. 722-24, après la référence : « L. 722-1 », sont insérés les mots : « ou de l'article L. 722-20 » ;

46 3° L'article L. 722-24-1 devient l'article L. 722-24-2 ;

47 4° L'article L. 722-24-1 est ainsi rétabli :

48 « *Art. L. 722-24-1*. – Lorsqu'une entreprise de travail temporaire établie à l'étranger met à la disposition d'une entreprise exerçant une activité mentionnée aux articles L. 722-1 ou L. 722-20 des salariés, liés par des contrats de travail temporaire, entrant dans le champ d'application des mêmes articles L. 722-1 ou L. 722-20, dont elle demande le maintien à la législation de sécurité sociale d'un autre État et que les conditions de ce maintien ne sont pas remplies, ces salariés relèvent ou, le cas échéant, continuent de relever du régime applicable aux salariés agricoles. » ;

49 5° L'article L. 725-3 est complété par six alinéas ainsi rédigés :

50 « La caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent.

51 « Par dérogation au onzième alinéa du présent article, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes :

⑫ « – pour les versements, cotisations et contributions mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *e* du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale ;

⑬ « – pour les cotisations mentionnées aux *a* et *b* du présent article.

⑭ « Le taux mentionné au douzième alinéa est fixé, par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget.

⑮ « Sans préjudice des dispositions particulières prévoyant d'autres règles d'affectation, le produit des majorations de retard et des pénalités dues par les redevables dans les conditions prévues aux douzième à quatorzième alinéas n'est pas reversé aux attributaires. » ;

⑯ 6° Après le premier alinéa de l'article L. 725-3-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑰ « L'article L. 243-7-4 du code de la sécurité sociale est applicable aux contrôles effectués en application de l'article L. 724-7 du présent code. » ;

⑱ 7° Au II de l'article L. 725-12, les mots : « à l'avant-dernier » sont remplacés par les mots : « au quatrième » ;

⑲ 8° L'article L. 725-12-1 est ainsi modifié :

⑳ *a)* Après le mot : « agricole », sont insérés les mots : « et aux personnes redevables de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du présent code » ;

㉑ *b)* Sont ajoutés les mots : « ou pour celui de l'entrepreneur individuel défini à la section 3 du chapitre VI du titre II du livre V du même code ».

㉒ III à VI. – *(Non modifiés)*

Article 6 *bis* A

(Supprimé)

Article 6 *bis*

I. – Le I de l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 6° est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « , ainsi que le recouvrement des cotisations et contributions sociales des salariés expatriés qui relèvent du champ d'application des accords mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code. Les organismes de recouvrement sont également subrogés dans les droits et obligations des organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 pour le recouvrement de cotisations et contributions réalisé par ces derniers en application d'une convention à la date du transfert. » ;

2° Le 8° est ainsi rédigé :

« 8° La vérification de l'exhaustivité, de la conformité et de la cohérence des informations déclarées par les employeurs ainsi que la correction, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-3-1 du présent code, des erreurs ou anomalies susceptibles d'affecter les montants des cotisations, versements et contributions mentionnés au présent I ainsi que le contrôle des mêmes montants, sauf lorsque celui-ci est confié par la loi à un autre organisme. Dans des conditions prévues par décret, une convention conclue par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 avec les organismes pour le compte desquels ces cotisations et contributions sont recouvrées peut prévoir les modalités de contribution de ces organismes à ces opérations de vérification ; »

3° *(Supprimé)*

II. – À la première phrase du 7° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, après la référence : « XII », sont insérés les mots : « , à l'exception de celle prévue au *c* du 4°, ».

III. – A. – Par dérogation aux 2° et 3° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, les 6°, 13°, 14° et 15° ainsi que les *b* et *d* du 16° du II du même article 18, en tant qu'ils concernent les cotisations et contributions dues aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 du code de la sécurité sociale, sont applicables au recouvrement des cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1er janvier 2024. Ces organismes demeurent, après cette date, pleinement compétents pour enregistrer les droits à la retraite complémentaire acquis par leurs assurés et pour leur verser les prestations.

B. – Par dérogation au *c* du 4° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 précitée, le 6° du II du même article 18 est applicable au titre des périodes d'activité courant à compter du 1er janvier 2025 en tant

qu’il concerne les cotisations d’assurance vieillesse des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, les cotisations d’assurance vieillesse des agents non titulaires de la fonction publique, les cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique et les contributions mentionnées à 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.

Article 6 *ter*

(Supprimé)

Article 7

① I. – À la fin du 4° du III de l’article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, l’année : « 2023 » est remplacée par l’année : « 2026 ».

② II. – *(Non modifié)*

Articles 7 *bis* A et 7 *bis* B

(Supprimés)

.....

Article 7 *sexies* A

(Supprimé)

Article 7 *sexies*

① I. – Sous réserve que leur revenu professionnel non salarié annuel soit inférieur à un montant fixé par décret, les médecins remplissant les conditions prévues aux quatre derniers alinéas de l’article L. 643-6 du code de la sécurité sociale sont exonérés, au titre de leur activité professionnelle en qualité de médecin, des cotisations d’assurance vieillesse mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 645-2 et L. 645-2-1 du même code dues au titre de l’année 2023.

② II. – *(Supprimé)*

Article 7 *septies*

(Conforme)

Articles 7 *octies* et 7 *nonies*

(Supprimés)

Article 8

I. – Le chapitre IV du titre I[er] du livre III du code des impositions sur les biens et services est ainsi modifié :

A. – La section 1 est ainsi modifiée :

1° À l'article L. 314-2, après la référence : « L. 314-4, », sont insérés les mots : « inhalés après avoir été chauffés au sens de l'article L. 314-4-1, » ;

2° Au 2° de l'article L. 314-3, après le mot : « fumées, », sont insérés les mots : « inhalées après avoir été chauffées, » ;

3° Après l'article L. 314-4, il est inséré un article L. 314-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 314-4-1.* – Un produit est susceptible d'être inhalé après avoir été chauffé lorsqu'il répond aux conditions cumulatives suivantes :

« 1° Il est coupé et fractionné ;

« 1° *bis* Il est conditionné pour la vente au détail ;

« 2° Il est spécialement préparé pour être chauffé au moyen d'un dispositif dédié afin de produire une émission susceptible d'être inhalée par le consommateur final. » ;

B. – La section 3 est ainsi modifiée :

1° A Après l'article L. 314-15, sont insérés des articles L. 314-15-1 et L. 314-15-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 314-15-1.* – La catégorie fiscale des tabacs à chauffer commercialisés en bâtonnets comprend les produits qui répondent aux conditions cumulatives suivantes :

« 1° Ils sont susceptibles d'être inhalés après avoir été chauffés par le consommateur final au sens de l'article L. 314-4-1, sans être susceptibles d'être fumés par ce dernier au sens de l'article L. 314-4 ;

« 2° Ils ne sont pas spécialement préparés pour être utilisés au moyen de pipes à eau ;

« 3° Ils sont commercialisés sous la forme de bâtonnets d'une longueur qui n'excède pas 45 millimètres, filtre inclus, et d'un diamètre qui n'excède pas 7 millimètres, dans lesquels le poids des substances mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 314-3 n'excède pas 265 milligrammes.

« *Art. L. 314-15-2.* – La catégorie fiscale des autres tabacs à chauffer comprend les produits qui répondent aux conditions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 314-15-1 sans répondre à celle prévue au 3° du même article L. 314-15-1. » ;

1° B L'article L. 314-16 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 314-16.* – La catégorie fiscale des autres tabacs à fumer ou à inhaler après avoir été chauffés comprend les produits susceptibles d'être fumés ou inhalés après avoir été chauffés, au sens, respectivement, des articles L. 314-4 et L. 314-4-1, autres que ceux relevant de l'une des catégories fiscales définies aux articles L. 314-13 à L. 314-15-2. » ;

1° *(Supprimé)*

2° L'article L. 314-19 est ainsi modifié :

a) (Supprimé)

b) Au 2°, les mots : « à fumer » sont remplacés par les mots : « à chauffer, des autres tabacs à fumer ou à inhaler après avoir été chauffés » ;

c) Il est ajouté un 3° ainsi rédigé :

« 3° Pour les produits relevant des catégories fiscales des tabacs à chauffer commercialisés en bâtonnets, du millier de bâtonnets répondant aux critères mentionnés au 3° de l'article L. 314-15-1. » ;

3° *(Supprimé)*

4° L'article L. 314-24 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « en 2022 » sont remplacés par les mots : « pour la période courant du 1er mars 2023 au 31 décembre 2023 » ;

b) Le tableau du deuxième alinéa est ainsi rédigé :

«

Catégorie fiscale	**Paramètres de l'accise**	**Montant applicable du 1er mars 2023 au 31 décembre 2023**
Cigares et cigarillos	Taux *(en %)*	36,3
	Tarif *(en €/ 1 000 unités)*	52,2
	Minimum de perception *(en €/ 1 000 unités)*	288
Cigarettes	Taux *(en %)*	55
	Tarif *(en €/ 1 000 unités)*	68,1
	Minimum de perception *(en €/ 1 000 unités)*	360,6
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	Taux *(en %)*	49,1
	Tarif *(en €/ 1 000 grammes)*	91,7
	Minimum de perception *(en €/ 1 000 grammes)*	335,3
Tabacs à chauffer commercialisés en bâtonnets	Taux *(en %)*	51,4
	Tarif *(en €/ 1 000 unités)*	19,3
	Minimum de perception *(en €/ 1 000 unités)*	232
Autres tabacs à chauffer	Taux *(en %)*	51,4
	Tarif *(en €/ 1 000 grammes)*	72,7
	Minimum de perception *(en €/ 1 000 grammes)*	875,5
Autres tabacs à fumer ou à inhaler après avoir été chauffés	Taux *(en %)*	51,4
	Tarif *(en €/ 1 000 grammes)*	33,6
	Minimum de perception *(en €/ 1 000 grammes)*	145,1
Tabacs à priser	Taux *(en %)*	58,1
Tabacs à mâcher	Taux *(en %)*	40,7

» ;

c) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Ces tarifs et minima de perception sont indexés sur l'inflation dans les conditions prévues au chapitre II du titre III du livre Ier. Toutefois, par dérogation à l'article L. 132-2, l'inflation est déterminée à partir de la prévision de l'indice mentionné au même article L. 132-2 retenue pour l'année précédant

celle de la révision dans le rapport économique, social et financier joint au projet de loi de finances pour l'année de la révision. Cette prévision est ajustée, le cas échéant, de l'écart entre l'inflation constatée et la prévision au titre de la deuxième année précédant celle de la révision. Le pourcentage d'évolution est arrondi au dixième. » ;

d) Après la seconde occurrence du mot : « ni », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « , pour le minimum de perception, excéder 3 %. Les tarifs et minima de perception révisés sont arrondis au dixième d'euro par unité de taxation. La révision ultérieure est réalisée à partir du tarif non arrondi. » ;

e) Sont ajoutés cinq alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation aux troisième et quatrième alinéas du présent article, les tarifs, taux et minima de perception des catégories fiscales concernées sont définis comme suit :

« 1° Pour les tabacs relevant de la catégorie prévue à l'article L. 314-15, du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2025 :

« ;

Catégorie fiscale	**Paramètres de l'accise**	**Montant applicable au 1er janvier 2024**	**Montant applicable au 1er janvier 2025**
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	Taux *(en %)*	49,1	49,1
	Tarif *(en €/ 1 000 grammes)*	99,7	104,2
	Minimum de perception (*en €/ 1 000 grammes)*	345,4	355,8

« 2° Pour les tabacs relevant des catégories prévues aux articles L. 314-15-1 et L. 314-15-2, du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2026 :

«

Catégorie fiscale		Paramètres de l'accise	Montant applicable au 1er janvier 2024	Montant applicable au 1er janvier 2025	Montant applicable au 1er janvier 2026
Tabacs à chauffer commercialisés en bâtonnets	Commercialisés en bâtonnets définis à l'article L. 314-20	Taux *(en %)*	51,4	51,4	51,4
		Tarif *(en €/ 1 000 unités)*	30,2	41,1	50,9
		Minimum de perception *(en €/ 1 000 unités)*	268	303,8	336
Autres tabacs à chauffer	Commercialisés sous un format autre que le bâtonnet défini à l'article L. 314-20	Taux *(en %)*	51,4	51,4	51,4
		Tarif *(en €/ 1 000 grammes)*	113,9	155,2	192,3
		Minimum de perception *(en €/ 1 000 grammes)*	1 011,3	1 146,4	1 267,9

» ;

5° L'article L. 314-25 est ainsi modifié :

a) Le tableau du deuxième alinéa est ainsi rédigé :

«

Catégorie fiscale	Paramètres de l'accise	Montant applicable du 1er mars 2023 au 31 décembre 2023	Montant en 2024	Montant en 2025
Cigares et cigarillos	Taux *(en %)*	30,2	32,2	34,3
	Tarif *(en €/ 1 000 unités)*	48,4	51,1	53,7
Cigarettes	Taux *(en %)*	51,6	52,7	53,9
	Tarif *(en €/ 1 000 unités)*	56,5	62,2	67,9
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	Taux *(en %)*	41	43,7	46,4
	Tarif *(en €/ 1 000 grammes)*	74	84,7	95,4
Autres tabacs à fumer ou à inhaler	Taux *(en %)*	45,4	47,4	49,4
	Tarif *(en €/ 1 000 grammes)*	24	28,2	32,2
Tabacs à chauffer commercialisés en bâtonnets	Taux *(en %)*	45,3	47,4	49,4
	Tarif *(en €/ 1 000 unités)*	19,3	30,2	41,1
Autres tabacs à chauffer	Taux *(en %)*	45,3	47,4	49,4
	Tarif *(en €/1 000 grammes)*	72,8	114	155
Tabacs à priser	Taux *(en %)*	49,3	52,3	55,4
Tabacs à mâcher	Taux *(en %)*	34,9	36,9	39,0

» ;

b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'article L. 314-24, le minimum de perception est nul. » ;

C. – Le second alinéa de l'article L. 314-29 est supprimé.

II. – Le tableau du second alinéa du II de l'article 575 E *bis* du code général des impôts est ainsi modifié :

1° La deuxième colonne est supprimée ;

2° Au début de la première ligne de la troisième colonne, la date : « 1er janvier 2023 » est remplacée par la date : « 1er mars 2023 » ;

3° Après la cinquième ligne, sont insérées deux lignes ainsi rédigées :

«

Tabacs à chauffer commercialisés en bâtonnets	85 %	90 %	95 %
Autres tabacs à chauffer	85 %	90 %	95 %

 »

III. – A. – Les I et II entrent en vigueur le 1er mars 2023, à l'exception des *d* et *e* du 4° du B du I, qui entrent en vigueur le 1er janvier 2024.

Le *c* du 4° du B du I s'applique à compter du 1er janvier 2024 à l'ensemble des catégories de tabacs, à l'exception :

1° De la catégorie prévue à l'article L. 314-15 du code des impositions sur les biens et services, à laquelle il s'applique à compter du 1er janvier 2026 ;

2° Des catégories prévues aux articles L. 314-15-1 et L. 314-15-2 du même code, auxquelles il s'applique à compter du 1er janvier 2027.

B. – Par dérogation aux articles L. 132-2, L. 314-24 et L. 314-25 du code des impositions sur les biens et services, les tarifs et taux d'accise sur les tabacs applicables du 1er janvier 2023 au 28 février 2023 inclus sont ceux en vigueur au titre de l'année 2022. Par dérogation au II de l'article 575 E *bis* du code général des impôts, le pourcentage appliqué en Corse pour déterminer le prix minimal de vente au détail pendant cette même période est celui en vigueur au 31 décembre 2022.

Articles 8 *bis*, 8 *ter* et 8 *quater*

(Supprimés)

Article 8 *quinquies*

① Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un bilan de la mise

en œuvre de la taxe applicable aux sodas dans ses modalités en vigueur depuis le 1er juillet 2018.

② Ce rapport évalue l'effet de la taxe sur l'offre en boissons sucrées et édulcorées mais aussi sur la demande et les niveaux de consommation des ménages.

Articles 8 *sexies*, 8 *septies*, 8 *octies* et 8 *nonies*

(Supprimés)

Article 9

① I. – *(Non modifié)*

⑤ II. – Le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6311-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6311-4.* – L'article L. 6314-2 est applicable aux médecins assurant la régulation des appels du service d'accès aux soins prévu à l'article L. 6311-3 réalisée dans le cadre d'un exercice libéral. »

Article 9 *bis*

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

② 1° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

③ *a)* Au I, après la référence : « L. 162-18-1 », est insérée la référence : « , L. 162-18-2 » ;

④ *b)* Le II est ainsi modifié :

⑤ – le 2° est complété par les mots : « ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 » ;

⑥ – il est ajouté un 6° ainsi rédigé :

⑦ « 6° Ceux acquis par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique. » ;

⑧ *c) (Supprimé)*

⑮ 2° Au premier alinéa de l'article L. 138-11, après la référence : « L. 162-18-1 », est insérée la référence : « , L. 162-18-2 » ;

⑯ 3° Le troisième alinéa de l'article L. 138-12 est ainsi rédigé :

⑰ « La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 70 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 30 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires par rapport à l'année précédente. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte de la scission ou de la fusion d'une entreprise ou d'un groupe. » ;

⑱ 4° L'article L. 138-15 est ainsi rédigé :

⑲ « *Art. L. 138-15*. – I. – Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dont elles relèvent la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé afin que celui-ci signale, le cas échéant, les rectifications des données à opérer.

⑳ « Avant le 15 juillet, le Comité économique des produits de santé communique à l'organisme mentionné au premier alinéa du présent I les éventuelles différences identifiées avec les données dont il dispose au titre des missions mentionnées à l'article L. 162-17-3. Dans ce même délai, le comité communique à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour chaque entreprise redevable, le montant des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1.

㉑ « L'organisme mentionné au premier alinéa du présent I informe sans délai les entreprises redevables concernées des différences signalées par le comité. Les entreprises concernées disposent alors d'un délai de quinze jours pour rectifier, le cas échéant, la déclaration qu'elles ont transmise.

㉒ « II. – Au plus tard le 1er octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due, les organismes chargés du recouvrement de

la contribution notifient à chaque entreprise le montant de la contribution dont elle est redevable.

㉓ « III. – La contribution est intégralement versée par chaque entreprise redevable au plus tard le 1er novembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.

㉔ « IV. – Lorsque l'entreprise redevable méconnaît la date de déclaration mentionnée au premier alinéa du I ou le délai de rectification mentionné au dernier alinéa du même I, l'organisme chargé du recouvrement de la contribution met à sa charge une majoration forfaitaire pour déclaration tardive.

㉕ « Cette majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du dernier chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par l'entreprise, ~~minoré des remises mentionnées à l'article L. 138-11,~~ par période de quinze jours de retard, sans pouvoir être inférieure à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros.

㉖ « Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. » ;

㉗ 5° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, après la référence : « L. 245-6 », sont insérés les mots : « ainsi que les majorations afférentes » et, après le mot : « contrôlées, », sont insérés les mots : « sous réserve des dispositions spécifiques prévues aux mêmes articles, ».

㉘ II. – Pour l'année 2023, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 24,6 milliards d'euros.

㉙ III à VII. – *(Non modifiés)*

㉛ VIII à X. – *(Supprimés)*

Article 9 *ter* A

(Supprimé)

Article 9 *ter*

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1er juillet 2023, un rapport relatif à l'état et aux perspectives de la régulation économique du secteur pharmaceutique en France, en particulier s'agissant du mécanisme de clause de sauvegarde prévu à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 10

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

1° À la fin du 1° du II de l'article L. 131-7, les mots : « et aux articles L. 613-1 et L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « , à l'article L. 613-1 et à l'article L. 621-3, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence en faveur du pouvoir d'achat » ;

2° L'article L. 223-1 est ainsi modifié :

a) Le 6° est ainsi rédigé :

« 6° D'assurer le remboursement :

« *a)* D'une fraction de 60 % du montant des indemnités ou allocations versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-6 et L. 333-1 à L. 333-3, aux I et IV de l'article L. 623-1 et à l'article L. 623-4 du présent code ainsi qu'aux articles L. 732-10, L. 732-11, L. 732-12 et L. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime ;

« *b)* De la totalité du montant des indemnités ou allocations versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-7, lorsque l'indemnité prévue au même article L. 331-7 n'est pas directement prise en charge par l'employeur, L. 331-8 et L. 331-9, aux II à III *bis* de l'article L. 623-1 du présent code ainsi qu'aux articles L. 732-10-1, lorsque les allocations et indemnités prévues au même article L. 732-10-1 ne sont pas directement prises en charge par l'employeur, L. 732-12-1 et L. 732-12-3 du code rural et de la pêche maritime ;

« *c)* Du montant des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations, calculé dans les mêmes proportions et fixé par arrêté ministériel ; »

b) Le 7° est ainsi modifié :

– les mots : « du deuxième alinéa du II de l'article 21 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires » sont

remplacés par les mots : « de l'article L. 622-2 du code général de la fonction publique » ;

– les mots : « aux ouvriers sous statut de l'État, aux magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la même loi » sont supprimés ;

3° Après le mot : « familiales », la fin du 2° du IV de l'article L. 241-2 est ainsi rédigée : « , à hauteur des montants fixés au 6° de l'article L. 223-1 ; »

4° L'article L. 330-1 est ainsi modifié :

a) Le 2° est complété par les mots : « pour le compte en partie de la Caisse nationale des allocations familiales et contre remboursement dans les conditions prévues à l'article L. 223-1 » ;

b) Au 3°, les mots : « à l'article L. 331-8 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 331-8 et L. 331-9 ».

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

1° Le 6° de l'article L. 731-2 est ainsi rétabli :

« 6° Une dotation de la Caisse nationale des allocations familiales versée en application du 6° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale ; »

2° Le I de l'article L. 741-9 est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Par une dotation de la Caisse nationale des allocations familiales versée en application du 6° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale. »

II *bis* et II *ter*. – *(Supprimés)*

III. – Le 1° du I du présent article s'applique aux réductions mentionnées à l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale applicables aux cotisations dues à compter des périodes mentionnées au III de l'article 3 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

Les 2° à 4° du I et le II du présent article s'appliquent aux prestations dues à compter du 1er janvier 2023.

Article 11

(Pour coordination)

Est approuvé le montant de 6,6 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 4 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Article 11 *bis*

① I, I *bis*, II et III. – *(Non modifiés)*

IV *(nouveau)*. – Le I s'applique aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1er octobre 2022.

V *(nouveau)*. – Le II s'applique, à compter du 17 août 2022, au titre des périodes postérieures au 1er janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 2025.

Article 12

(Pour coordination)

① Pour l'année 2023, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

②

(En milliards d'euros)

	Recettes	**Dépenses**	**Solde**
Maladie	231,2	238,3	-7,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,0	14,8	2,2
Vieillesse	269,7	273,3	-3,6
Famille	56,7	55,3	1,3
Autonomie	36,2	37,4	-1,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	593,2	601,6	-8,4
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	594,8	601,9	-7,1

.....

Article 15

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2023 à 2026), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023

TITRE IER

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE IER

Renforcer les actions de prévention en santé

.....

Article 16 *bis*

(Conforme)

Article 17

① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Au deuxième alinéa de l'article L. 1411-6, le mot : « périodiques » est supprimé ;

③ 2° Après l'article L. 1411-6-1, il est inséré un article L. 1411-6-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1411-6-2.* – Tous les adultes de dix-huit ans ou plus bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale, qui comportent notamment des

rendez-vous de prévention proposés aux assurés à certains âges. Ces rendez-vous de prévention peuvent donner lieu à des consultations de prévention et à des séances d'information, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention. Ces rendez-vous de prévention doivent aussi être le lieu de repérage des violences sexistes et sexuelles et des risques liés à la situation de proche aidant.

« Ils ont notamment pour objectifs, en fonction des besoins, de promouvoir l'activité physique et sportive et une alimentation favorable à la santé, de prévenir les cancers, les addictions et l'infertilité et de promouvoir la santé mentale et la santé sexuelle. Ils sont adaptés aux besoins de chaque individu et prennent notamment en compte les besoins de santé des femmes et la détection des premières fragilités liées à l'âge en vue de prévenir la perte d'autonomie. Les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel et lorsque l'assuré est dans l'impossibilité de se rendre à un rendez-vous physiquement, la télémédecine peut être utilisée pour faciliter l'accès à ces rendez-vous de prévention sont définies par voie réglementaire. » ;

⑥ 3° L'article L. 1411-7 est ainsi modifié :

⑦ *a)* À la fin du 1°, les mots : « à l'article L. 1411-6 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » ;

⑧ *b)* Il est ajouté un 6° ainsi rédigé :

⑨ « 6° Le nombre et la périodicité des rendez-vous de prévention, consultations et séances mentionnés à l'article L. 1411-6-2. » ;

⑩ 4° L'article L. 1411-8 est ainsi modifié :

⑪ *a)* Le premier alinéa est ainsi modifié :

⑫ – la première phrase est complétée par les mots : « et aux rendez-vous de prévention, consultations et séances mentionnés à l'article L. 1411-6-2 » ;

⑬ – la seconde phrase est complétée par les mots : « , rendez-vous de prévention, consultations et séances » ;

⑭ *b)* Au troisième alinéa, le mot : « périodiques » est supprimé et les mots : « à l'article L. 1411-6 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 ».

⑮ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑯ 1° Au 5° de l'article L. 160-8, les mots : « à l'article L. 1411-6 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » ;

⑰ 2° L'article L. 160-14 est ainsi modifié :

⑱ *a)* Au 16°, après le mot : « mineurs », sont insérés les mots : « , aux consultations de prévention des maladies chroniques destinées aux personnes de quarante à quarante-cinq ans » ;

⑲ *b)* Après le mot : « prévention », la fin du 24° est ainsi rédigée : « des cancers et des addictions, pour les assurés dont l'âge est compris entre vingt et vingt-cinq ans inclus ; »

⑳ 3° et 4° *(Supprimés)*

.....

Article 19

① I. – L'article L. 5134-1 du code de la santé publique est complété par un IV ainsi rédigé :

② « IV. – Le remboursement ou la prise en charge par les organismes de sécurité sociale des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, dispensés en officine, accompagnés d'une information écrite, concise et aisément compréhensible mentionnant obligatoirement la consultation prévue aux articles L. 162-8-1 et L. 162-4-5 du code de la sécurité sociale et sa prise en charge sans avance de frais, et inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du même code n'est pas subordonné à leur prescription. »

③ II et III. – *(Non modifiés)*

Article 20

① I et II. – *(Non modifiés)*

② III. – *(Supprimé)*

Article 20 *bis*

(Supprimé)

CHAPITRE II

Renforcer l’accès aux soins

.....

Article 21 *bis*

(Supprimé)

Article 22

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

② 1° L’article L. 162-14-1 est ainsi modifié :

③ *a)* Le I est complété par des 8° et 9° ainsi rédigés :

④ « 8° Le cas échéant, les conditions à remplir par les professionnels de santé pour être conventionnés, relatives à leur formation, à leur expérience et aux zones d’exercice définies par l’agence régionale de santé en application de l’article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

⑤ « 9° Le cas échéant, les conditions de participation à la couverture des besoins de santé dans les zones d’exercice définies par l’agence régionale de santé en application du même article L. 1434-4. » ;

⑥ *b) (Supprimé)*

⑦ 1° *bis (Supprimé)*

⑧ 2° Le II de l’article L. 162-14-1-2 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« La validité des accords interprofessionnels relatifs aux maisons de santé mentionnées à l’article L. 6323-3 du code de la santé publique est subordonnée à leur signature par au moins trois organisations représentatives des professions qui exercent dans les maisons de santé, représentant ensemble au moins 50 % des effectifs concernés.

« Lorsqu’un accord porte sur les maisons de santé, les organisations représentant ces structures et reconnues représentatives au niveau national sont associées en qualité d’observateurs aux négociations conduites en vue de conclure, de compléter ou de modifier un accord conventionnel

interprofessionnel au sens du II de l'article L. 162-14-1 du présent code. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret. » ;

⑨ 3° Le troisième alinéa de l'article L. 162-14-3 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce délai n'est pas applicable lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire a refusé de participer à la négociation. » ;

⑩ 4° L'article L. 162-15 est ainsi modifié :

⑪ *aa) (Supprimé)*

⑫ *a)* Les quatrième et cinquième alinéas sont ainsi rédigés :

⑬ « Une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national, au sens de l'article L. 162-33, réunissant la majorité des suffrages exprimés, dans chacun des collèges, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins peuvent former opposition à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1 du présent chapitre.

⑭ « Une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national, au sens de l'article L. 162-33, réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique peuvent former opposition à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu aux sections 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. » ;

⑮ *b)* Au sixième alinéa, les mots : « fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée » sont remplacés par les mots : « ne peut être formée que » ;

⑯ *c)* Après le même sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑰ « L'opposition prévue aux quatrième à sixième alinéas du présent article ne peut être formée que par une organisation qui n'a pas signé la convention, l'accord ou l'avenant concerné. L'opposition fait obstacle à sa mise en œuvre. » ;

⑱ 5° L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :

⑲ *a)* Après le mot : « réalisation », la fin de la première phrase du 7° *bis* est ainsi rédigée : « ~~de bilans de médication ou~~ d'entretiens d'accompagnement d'un assuré. » ;

⑳ *b)* Le 8° est ainsi modifié :

㉑ – la première phrase est ainsi rédigée : « Les rémunérations, autres que celles des marges prévues au même article L. 162-38, versées par l'assurance maladie en fonction de l'activité du pharmacien, évaluée au regard d'indicateurs et d'objectifs fixés conventionnellement. » ;

㉒ – à la deuxième phrase, le mot : « engagements » est remplacé par le mot : « derniers » et les mots : « atteints de pathologies chroniques » sont supprimés ;

㉓ *c)* À la seconde phrase du 15°, les mots : « , bilan de médication ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique » sont remplacés par les mots : « ou d'un premier entretien d'accompagnement » ;

㉔ *d)* À la fin de la première phrase du 16°, les mots : « de diagnostic rapide » sont supprimés ;

㉕ *e)* Après le même 16°, sont insérés des 17° à 19° ainsi rédigés :

㉖ « 17° Les modes de rémunération et les montants afférents dus au pharmacien qui participe au programme de dépistage organisé du cancer colorectal ;

㉗ « 18° La rémunération, dans la limite d'un plafond fixé conventionnellement, due au pharmacien qui dispense des médicaments au domicile d'un patient dans le cadre de l'un des programmes de retour à domicile mis en place par l'assurance maladie ;

㉘ « 19° La rémunération, dans la limite d'un plafond fixé conventionnellement, lorsque le pharmacien délivre des médicaments à l'unité dans les conditions mentionnées à l'article L. 5123-8 du code de la santé publique ou dans le cadre du régime applicable aux médicaments classés comme stupéfiants mentionnés à l'article L. 5132-7 du même code. » ;

㉙ *f)* Le vingt et unième alinéa est supprimé ;

㉚ *f* bis*)* et *f* ter*) (Supprimés)*

㉜ *g)* À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « et aux 13° à 16° » sont remplacés par les mots : « , au 11° et aux 13° à 19° » ;

㉝ 6° L’article L. 162-16-7 est ainsi modifié :

㉞ *a)* Les deux premiers alinéas sont supprimés ;

㉟ *b)* À la seconde phrase du dernier alinéa, les mots : « cas pour lesquels » sont remplacés par les mots : « situations médicales pour lesquelles » ;

㊱ 7° Au 4° de l’article L. 161-36-4 et au septième alinéa de l’article L. 861-3, les mots : « au dernier alinéa de » sont remplacés par le mot : « à ».

㊲ II. – Le délai d’entrée en vigueur mentionné au I de l’article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale n’est pas applicable aux mesures conventionnelles résultant des négociations avec les organisations représentatives des médecins conclues en 2023 et relatives au recrutement de personnels salariés ayant vocation à assister les médecins dans leur pratique quotidienne, à la participation à la réalisation et à la régulation des soins non programmés ainsi qu’à l’installation et à l’exercice en zones à faible densité médicale.

Article 22 *bis*

① I. – *(Non modifié)*

② II. – Un décret détermine les modalités de mise en œuvre de l’expérimentation mentionnée au I du présent article. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à cette expérimentation, dans la limite de six régions.

③ III. – Au plus tard trois mois après le terme de l’expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d’évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d’une généralisation.

Article 23

I. – L’article L. 632-2 du code de l’éducation est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du II est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. – La dernière année du diplôme d’études spécialisées de médecine générale est effectuée en stage, sous un régime d’autonomie supervisée par un ou plusieurs praticiens, maîtres de stage, des universités agréés, dans des lieux agréés en pratique ambulatoire dans lesquels exercent un ou plusieurs médecins généralistes et en priorité dans les zones mentionnées au 1° de l’article L. 1434-4 du code de la santé publique. Ces stages peuvent

permettre la découverte d'une communauté professionnelle territoriale de santé mentionnée à l'article L. 1434-12 du même code. Le cas échéant, la rémunération des étudiants peut faire l'objet d'aménagements spécifiques tenant compte des conditions d'exercice de stage, lesquels sont déterminés par décret.

« À titre exceptionnel et par dérogation au premier alinéa du présent II, un stage peut être réalisé en milieu hospitalier ou extrahospitalier au cours de la dernière année du diplôme d'études spécialisées de médecine générale. Les conditions et les modalités de réalisation de ce stage sont déterminées par voie réglementaire. » ;

2° Au 3° du III, après le mot : « médecine », sont insérés les mots : « , qui, pour la spécialité de médecine générale, est d'une durée de quatre années, ».

I *bis*. – *(Supprimé)*

II. – La durée du troisième cycle des études de médecine pour la spécialité de médecine générale mentionnée au 2° du I s'applique aux étudiants qui commencent ce troisième cycle à la rentrée de l'année universitaire 2023.

Article 24

① I A. – Après le 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Un guichet unique départemental d'accompagnement à l'installation des professionnels de santé, auquel sont associées les instances territorialement compétentes des ordres professionnels concernés. »

② I et II. – *(Non modifiés)*

Article 24 *bis*

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1110-4-1 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 1110-4-1*. – Les usagers du système de santé bénéficient de la permanence des soins dans les conditions prévues au présent code.

« Les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 ainsi que les médecins, les chirurgiens-

dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État sont responsables collectivement de la permanence des soins mentionnée aux articles L. 6111-1-3 et L. 6314-1. » ;

2° À la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 1435-5, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « , l'ordre des chirurgiens-dentistes, l'ordre des sages-femmes, l'ordre des infirmiers » ;

3° À l'article L. 6111-1-3, après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 » ;

4° L'article L. 6314-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État mentionnés à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-12 et L. 162-32-1 du même code ont vocation à concourir à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre chirurgien-dentiste, sage-femme ou infirmier ayant conservé une pratique de sa profession a vocation à y concourir, selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. Les mesures d'application du présent alinéa, notamment les modalités de rémunération des professionnels de santé concernés, sont fixées par décret. »

Article 24 *ter*

I. – Pour une durée de trois ans et à titre expérimental, l'État peut autoriser les infirmiers en pratique avancée à prendre en charge directement les patients dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique. Un compte rendu des soins réalisés par l'infirmier en pratique avancée est adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé.

II. – Un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé, détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à cette expérimentation, dans la limite de trois régions. Si l'avis prévu à la première phrase du présent II n'a pas été transmis au Gouvernement dans un délai de trois mois à compter de la notification du projet de décret à la Haute Autorité de santé, cet avis est réputé avoir été rendu.

III. – Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.

Article 24 *quater*

(Conforme)

Article 25

① I. – Le chapitre V du titre I^er^ du livre I^er^ de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rétabli :

② *« CHAPITRE V*

③ ***« Mise à disposition temporaire de professionnels de santé auprès des établissements de santé***

④ « *Art. L. 6115-1*. – Les établissements de santé et les laboratoires de biologie médicale ne peuvent avoir recours, dans le cadre des contrats de mise à disposition qu'ils concluent avec des entreprises de travail temporaire établies en France ou à l'étranger, à des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens ou des sages-femmes ou des professionnels de santé relevant du livre III de la quatrième partie qu'à la condition que ceux-ci aient exercé leur activité dans un cadre autre qu'un contrat de mission conclu avec une de ces entreprises de travail temporaire pendant une durée minimale appréciée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

⑤ « Il appartient aux entreprises de travail temporaire mentionnées au premier alinéa de vérifier le respect de la condition fixée au même premier alinéa et d'en attester auprès des établissements de santé et des laboratoires de biologie médicale au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'État.

⑥ « Ce décret prévoit les sanctions applicables en cas de manquement constaté à l'interdiction prévue au présent article.

⑦ « *Art. L. 6115-2. – (Supprimé)* »

⑩ I *bis* et II. – *(Non modifiés)*

Article 25 *bis* A

① Le premier alinéa de l'article L. 6161-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° À la première phrase, après le mot : « gestionnaires », sont insérés les mots : « ou de tout organisme, société ou groupe disposant d'un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion dans l'établissement ou d'un pouvoir de contrôle de celui-ci au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, ainsi que ceux des structures satellites qui entretiennent des liens juridiques et financiers avec ces établissements, notamment les sociétés civiles immobilières, » ;

③ 2° À la deuxième phrase, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « , aux juridictions financières et aux services d'inspection et de contrôle définis par décret, dans le cadre de leurs contrôles, » ;

④ 3° La dernière phrase est complétée par les mots : « , aux juridictions financières et aux services d'inspection et de contrôle définis par décret, dans le cadre d'un contrôle de gestion et des comptes qu'ils peuvent exercer sur ces établissements ».

Article 25 *bis* B

① Jusqu'au 31 décembre 2022, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier, par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, d'une garantie de financement pour faire face à l'épidémie de covid-19. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par chaque établissement, notamment au titre de ses activités. Pendant la période concernée, lorsque les recettes issues de leurs activités sont inférieures au niveau de cette garantie, les établissements bénéficient du versement d'un complément de recettes leur permettant d'atteindre ce niveau.

② Les dispositions de droit commun relatives à la tarification des établissements de santé s'appliquent sous réserve, le cas échéant, de l'adaptation des modalités de leur versement et des dispositions du premier alinéa du présent article.

③ Les modalités de détermination du périmètre et du niveau de la garantie ainsi que les modalités de son versement et de la répartition entre les régimes des sommes versées aux établissements de santé par les régimes obligatoires

d’assurance maladie sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Entre le 1er janvier 2023 et le 31 décembre 2023, par dérogation aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, les établissements de santé mentionnés à l’article L. 6111-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier, à titre transitoire, d’un mécanisme de soutien de leurs recettes versées par les régimes obligatoires d’assurance maladie, déterminé en tenant notamment compte du volume d’activité et des recettes perçues antérieurement par l’établissement. Les modalités de détermination du niveau de ce soutien ainsi que les modalités de son versement et de la répartition entre les régimes des sommes versées aux établissements de santé par les régimes obligatoires d’assurance maladie sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 25 *bis*

I. – Au dernier alinéa de l’article L. 6133-7 du code de la santé publique, les mots : « dont la seule autorisation d’activité de soins dont il est titulaire est une autorisation d’activité biologique d’assistance médicale à la procréation » sont remplacés par les mots : « autorisé à pratiquer les seules activités de soins dont la liste est fixée par décret en Conseil d’État ».

II. – L’article 3 de l’ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d’activités de soins et des équipements matériels lourds est ainsi modifié :

1° Le IV est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« En l’absence de publication au 1er juin 2023, pour une activité de soins ou un équipement matériel lourd, des décrets mentionnés au présent IV, la durée des autorisations de l’activité de soins ou de l’équipement matériel lourd concernés demeure fixée conformément à l’article L. 6122-8 du code de la santé publique et les titulaires sollicitent, le cas échéant, le renouvellement de l’autorisation concernée conformément à l’article L. 6122-10 du même code.

« En l’absence de publication au 1er juin 2023, pour une activité de soins ou un équipement matériel lourd, des décrets mentionnés au présent IV, les titulaires d’une autorisation qui auraient dû déposer une demande de renouvellement d’autorisation entre la publication de la présente ordonnance et le 1er juin 2023 sollicitent le renouvellement de celle-ci dans un délai de six mois à compter de la publication du schéma régional de santé postérieure

au 1er juin 2023. Ils peuvent poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande. À défaut de dépôt d'une telle demande, l'autorisation prend fin au lendemain de cette date ou à sa date d'échéance initiale. » ;

2° Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 6122-9 du code de la santé publique, les nouvelles demandes d'autorisation mentionnées au IV du présent article peuvent être accordées sans avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire en fonction de critères d'offre, de qualité ou de sécurité des soins définis par décret en Conseil d'État. »

III. – Le I entre en vigueur à la date de la publication du décret en Conseil d'État mentionné au même I, et au plus tard le 1er juin 2023.

.....

Article 25 *quinquies*

Au A et à la fin du dernier alinéa du B du IV ainsi qu'à la fin du dernier alinéa du V de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, la date : « 31 décembre 2022 » est remplacée par la date : « 30 avril 2023 ».

CHAPITRE III

Accompagner les professionnels de santé et rénover le parcours de soins

Article 26

① I. – L'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Après le septième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

③ « II. – Afin de disposer des coûts sur les charges du secteur de l'imagerie médicale, une étude nationale de coût des charges du secteur peut être réalisée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie tous les trois ans. La commission prévue à l'article L. 162-1-9 est consultée sur la méthodologie et le calendrier en amont du recueil. Elle rend un avis sur les résultats obtenus.

« Cette étude nationale de coût comprend notamment le recueil, auprès d'un échantillon représentatif de personnes physiques ou morales, des informations ou documents nécessaires à l'établissement des études et propositions mentionnées aux 1° à 3° du I du présent article.

④ « Ce recueil est réalisé de manière à garantir l'absence de divulgation d'informations protégées par le secret mentionné à l'article L. 151-1 du code de commerce.

⑤ « L'échantillon représentatif est constitué tous les trois ans par appel à candidatures, complété le cas échéant par des désignations afin de garantir la fiabilité et la représentativité des données. ~~La commission prévue à l'article L. 162-1-9 du présent code est consultée sur la méthodologie et le calendrier en amont du recueil. Elle rend un avis sur les résultats obtenus.~~

⑥ « Lorsqu'une personne physique ou morale incluse dans l'échantillon refuse de transmettre les informations demandées, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, après que la personne concernée a été mise en mesure de présenter ses observations, lui infliger une pénalité financière inférieure ou égale à 1 % du montant des remboursements liés à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds qu'elle exploite et versés par l'assurance maladie pendant les douze mois précédant le refus de transmission.

⑦ « La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 114-17-1 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

⑧ « Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

⑨ 2° Le huitième alinéa est ainsi modifié :

⑩ *a)* Au début, est ajoutée la mention : « III. – » ;

⑪ *b)* La première phrase est ainsi rédigée : « La commission mentionnée au I rend un avis sur les propositions mentionnées aux 3° et 4° du même I dans un délai de trente jours à compter de leur transmission. » ;

⑫ 3° Le neuvième alinéa est ainsi modifié :

⑬ *a) (Supprimé)*

⑭ *b)* La seconde phrase est supprimée ;

4° Les trois derniers alinéas sont supprimés.

⑰ II. – *(Non modifié)*

III *(nouveau)*. – Par dérogation à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, dans un délai de quatre mois à compter de la promulgation de la présente loi, arrêter les frais couverts par les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale mentionnées au 26° du même article L. 162-5 et lesdites rémunérations. Les dispositions ainsi arrêtées prennent effet à une date fixée par l'arrêté susmentionné, et au plus tard le 1er juillet 2023.

Article 26 *bis*

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

« III *bis*. – Chaque année, le Gouvernement définit la liste des prestations et des actes dont la hiérarchisation et les tarifs doivent être révisés au cours de l'année suivante, selon des modalités précisées par décret. Cette liste est établie notamment en fonction des priorités de santé publique et des écarts entre les tarifs et les coûts engagés. Ces travaux font l'objet d'un rapport d'activité remis au Parlement l'année suivante. Ce rapport est rendu public. »

Article 27

① I et II. – *(Non modifiés)*

⑭ III. – Par dérogation aux articles L. 162-14 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, à défaut d'accord signé avant le 1er février 2023 entre les parties à la convention mentionnée à l'article L. 162-14 du même code prévoyant des baisses des tarifs des actes de biologie médicale non liés à la gestion de la crise sanitaire de nature à générer une économie dès 2023 à hauteur d'au moins 250 millions d'euros, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent ces baisses de tarifs par arrêté.

⑮ IV. – *(Supprimé)*

Article 27 *bis*

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

1° L'article L. 161-37 est ainsi modifié :

a) Après le vingt-neuvième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, la commission spécialisée de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 162-1-25 du présent code est chargée de procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits de santé, des actes et des prestations à visée diagnostique, pronostique ou prédictive et du service qu'ils rendent. » ;

b) Au trentième alinéa, les mots : « , L. 165-1 et L. 161-37 du présent code » sont remplacés par les mots : « et L. 165-1 et L. 162-1-25 du présent code ainsi qu'au présent article » ;

2° L'article L. 161-41 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « et L. 161-37 » sont remplacés par les mots : « , L. 161-37 et L. 162-1-25 » ;

b) Au dernier alinéa, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « autres que ceux mentionnés à l'article L. 162-1-25 » ;

3° Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} est ainsi modifié :

a) Le II de l'article L. 162-1-7 est ainsi modifié :

– les deux dernières phrases du premier alinéa sont supprimées ;

– après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour les actes à visée thérapeutique, à la demande du collège, l'avis de la Haute Autorité de santé peut être préparé par la commission spécialisée mentionnée à l'article L. 165-1.

« Pour les actes à visée diagnostique, pronostique ou prédictive, l'avis est rendu par la commission mentionnée à l'article L. 162-1-25.

« L'avis est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans un délai de six mois à compter du dépôt de la demande, renouvelable une fois pour les évaluations complexes. » ;

b) Après l'article L. 162-1-23, il est inséré un article L. 162-1-25 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-25*. – Une commission spécialisée de la Haute Autorité de santé, distincte des commissions mentionnées à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, aux articles L. 165-1 et L. 161-37 du présent code et à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, est chargée de procéder, en vue de leur remboursement ou de leur prise en charge par l'assurance maladie :

« 1° À l'évaluation du service attendu et de l'amélioration du service attendu des actes à visée diagnostique, pronostique ou prédictive, dans les conditions fixées à l'article L. 162-1-7 du présent code ;

« 2° À l'évaluation périodique du service attendu et de l'amélioration du service attendu des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain, quel qu'en soit le degré de transformation, et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées, lorsque ces produits et prestations sont à visée diagnostique, pronostique ou prédictive, dans les conditions fixées à l'article L. 165-1 ;

« 3° À l'évaluation périodique du service médical rendu et de l'amélioration du service médical rendu des médicaments à visée diagnostique, pronostique ou prédictive, dans les conditions fixées à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique. » ;

c) À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-17, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « lorsque ses usages sont thérapeutiques ou par la commission prévue à l'article L. 162-1-25 du présent code lorsque ses usages sont diagnostiques, pronostiques ou prédictifs » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 165-1 est ainsi modifié :

a) La première phrase est complétée par les mots : « lorsque leurs usages sont thérapeutiques ou mentionnée à l'article L. 162-1-25 lorsque leurs usages sont diagnostiques, pronostiques ou prédictifs » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 5123-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au début, sont ajoutés les mots : « Pour les médicaments à visée thérapeutique, » ;

2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Pour les médicaments à visée diagnostique, pronostique ou prédictive, cette liste est proposée par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 162-1-25 du code de la sécurité sociale.

Article 28

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

② 1° Après le 20° de l'article L. 161-37, il est inséré un 22° ainsi rédigé :

③ « 22° Établir un référentiel de bonnes pratiques professionnelles relatives à la qualité et à l'accessibilité de la téléconsultation, applicable aux sociétés de téléconsultation mentionnées au I de l'article L. 162-1-7, et proposer des méthodes d'évaluation de ces sociétés. » ;

④ 2° À la première phrase du I de l'article L. 162-1-7, après le mot : « médico-social », sont insérés les mots : « ou dans une société de téléconsultation définie à l'article L. 4081-1 du code de la santé publique et, après l'année : « 2005, », sont insérés les mots : « dans le cadre » ;

⑤ 3° et 4° *(Supprimés)*

⑩ II. – *(Non modifié)*

㉜ II *bis*. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

㉝ 1° A Le I de l'article L. 1111-3-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

㉞ « S'agissant des sociétés de téléconsultation mentionnées au titre VIII du livre préliminaire de la quatrième partie du présent code, l'information est délivrée par affichage sur les sites internet de communication au public. Elle est également transmise au patient en amont de la téléconsultation. » ;

㉟ 1° L'article L. 1470-5 est ainsi modifié :

㊱ *a)* Au premier alinéa, les mots : « et de sécurité » sont remplacés par les mots : « , de sécurité et d'éthique » ;

㊲ *b)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

㊳ « Le groupement d'intérêt public mentionné au même article L. 1111-24 assure le suivi et la revue régulière de ces référentiels. » ;

㊴ 2° L'article L. 1470-6 est ainsi modifié :

㊵ *a)* Le premier alinéa est ainsi rédigé :

㊶ « I. – La conformité d'un système d'information ou d'un service ou outil numérique en santé aux référentiels mentionnés à l'article L. 1470-5 est attestée par la délivrance d'un certificat de conformité par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24, par un des organismes de certification accrédités par l'instance française d'accréditation ou par l'instance nationale d'accréditation d'un autre État membre de l'Union européenne mentionnée à l'article 137 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, selon des modalités fixées par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. L'arrêté mentionné à l'article L. 1470-5 du présent code précise si une procédure de délivrance d'un certificat de conformité est associée à ce référentiel. Dans ce cas, l'arrêté mentionne les organismes qui délivrent le certificat ainsi que, le cas échéant, les situations dans lesquelles ce certificat de conformité est obligatoire. » ;

㊷ *b)* Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;

㊸ *c)* À la fin du même deuxième alinéa, les mots : « prévus au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 1470-5 » ;

㊹ *d)* Au troisième alinéa, les mots : « premier alinéa » sont remplacés par la référence : « I » ;

㊺ *e)* Après le même troisième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

㊻ « La liste des services numériques disposant de certificats de conformité aux référentiels mentionnés à l'article L. 1470-5 est mise à la disposition du public par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24.

㊼ « Les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale peuvent prévoir que certains soins délivrés et prescrits par les professionnels et les établissements de santé et réalisés au moyen de services numériques en santé ne disposant pas d'un certificat de conformité mentionné au I du présent article ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Dans ce cas, il peut être fait application de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale. » ;

㊽ *f)* Il est ajouté un III ainsi rédigé :

㊾ « III. – Lorsqu'un éditeur de services numériques en santé, un professionnel personne physique ou une personne morale mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 1470-1, autre qu'un professionnel de santé relevant des professions faisant l'objet d'une convention mentionnée aux articles L. 162-14-1 ou L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, ne se conforme pas aux référentiels mentionnés à l'article L. 1470-5 du présent code ou ne dispose pas du certificat de conformité aux référentiels mentionné à l'article L. 1470-6 lorsque celui-ci est requis, et en l'absence de réponse dans le délai fixé par l'injonction ou si cette réponse est insuffisante, le ministre chargé de la santé, sur proposition du groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24, peut prononcer, après que l'intéressé a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur :

㊿ « 1° À 1 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'éditeur au titre du dernier exercice clos pour l'année précédente, dans la limite d'un million d'euros ;

51 « 2° À 1 000 euros pour les personnes physiques et à 10 000 euros pour les personnes morales.

52 « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté. Le ministre chargé de la santé peut assortir cette amende d'une astreinte journalière lorsque l'éditeur ne s'est pas conformé, à l'issue du délai fixé par une mise en demeure, aux prescriptions qui lui ont été adressées. Le montant de l'astreinte ne peut excéder 1 000 euros par jour.

53 « Les professionnels et les services de santé relevant de l'une des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale qui utilisent des services numériques en santé ne disposant pas du certificat de conformité mentionné au I du présent article, lorsque celui-ci est requis, encourent les sanctions prévues par la convention.

54 « Le produit des sanctions financières prévues au présent III est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. »

55 III. – *(Non modifié)*

CHAPITRE IV

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

.....

Article 30

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

② 1° Le III de l'article L. 162-16-5-2 est complété par un C ainsi rédigé :

③ « C. – Le 15 février de chaque année, l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de la spécialité informe le Comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités vendues, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente. » ;

④ 2° Après l'article L. 162-16-5-4, il est inséré un article L. 162-16-5-4-1 ainsi rédigé :

⑤ « *Art. L. 162-16-5-4-1.* – Pour l'application des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 et L. 162-16-5-4 du présent code et de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, en cas d'acquisition des spécialités pharmaceutiques concernées par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique, le chiffre d'affaires facturé aux établissements sur une période donnée correspond au montant obtenu par la multiplication du prix auquel l'agence a acheté la spécialité par le nombre d'unités de la spécialité administrées ou dispensées par les établissements pendant la période concernée. » ;

⑥ 3° L'article L. 162-16-6 est complété par un V ainsi rédigé :

⑦ « V. – A. – Lorsque le prix demandé par l'entreprise titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité, l'entreprise assurant son importation parallèle ou l'entreprise assurant sa distribution parallèle au titre de l'inscription sur l'une des listes, mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, de traitement par des médicaments de thérapie innovante définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil du 13 novembre 2007 concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004 est supérieur à un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, le coût de ce traitement est fixé

par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé selon les modalités prévues au I du présent article.

⑧ « B. – Le médicament mentionné au A du présent V est remboursé aux établissements de santé mentionnés au I dans les conditions prévues au III, sous réserve des adaptations suivantes :

⑨ « 1° Le tarif de responsabilité est fixé, selon les modalités prévues au I, de manière à ce que le montant correspondant au nombre d'unités de médicaments multiplié par leur tarif de responsabilité soit inférieur à un forfait de thérapie innovante fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

⑩ « 2° Le prix limite de vente mentionné au même I est égal au tarif de responsabilité.

⑪ « C. – Lorsque le montant du coût de traitement mentionné au A du présent V est supérieur au montant correspondant au nombre d'unités de médicaments multiplié par leur tarif de responsabilité, un ou plusieurs versements successifs sont réalisés annuellement pour le compte de l'assurance maladie, selon des modalités définies par décret, à l'entreprise assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle du médicament.

⑫ « Le nombre, les montants, les conditions et les échéances de ces versements sont fixés par la convention et, le cas échéant, par la décision mentionnées au I et tiennent compte des données d'efficacité du médicament concerné, notamment celles mentionnées spécifiquement à cet effet dans l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

⑬ « En cas d'échec du traitement pour un patient, notamment en cas de décès, ou en cas d'administration concomitante ou séquentielle d'un autre traitement à même visée thérapeutique, les versements cessent. Le montant du coût de traitement, déduction faite des remises conventionnelles versées, le cas échéant, en application de l'article L. 162-18 du présent code, ne peut alors être supérieur au coût net des traitements à même visée thérapeutique, au sens du même article L. 162-18, sur la période considérée.

⑭ « L'entreprise titulaire des droits d'exploitation, l'entreprise assurant l'importation parallèle ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical.

⑮ « Lorsque le montant du coût du traitement mentionné au A du présent V est supérieur au montant correspondant au nombre d'unités de médicaments multiplié par leur tarif de responsabilité, la prise en charge du médicament par l'assurance maladie s'effectue, d'une part, par le remboursement de l'établissement de santé sur la base du tarif de responsabilité pour chaque unité de médicament selon les modalités prévues au B et, d'autre part, le cas échéant, par un ou plusieurs versements à l'entreprise assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle du médicament selon les modalités prévues au présent C. » ;

⑯ 4° *(Supprimé)*

⑰ 5° À l'article L. 162-17-2, la référence : « L. 618 » est remplacée par la référence : « L. 5123-2 » ;

⑱ 6° *(Supprimé)*

⑲ 7° L'article L. 162-18 est ainsi modifié :

⑳ *a)* Les trois premiers alinéas du II sont supprimés ;

㉑ *b)* Le deuxième alinéa du IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation à la deuxième phrase du présent alinéa, lorsqu'il s'agit d'un médicament de thérapie innovante mentionné au A du V de l'article L. 162-16-6, ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui auraient été dues au titre du traitement pendant la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et le cas échéant de l'article L. 162-16-5-2, de la somme du tarif de responsabilité mentionné au B du V de l'article L. 162-16-6 et des versements successifs mentionnés au C du même V qui auraient été réalisés au cours de cette même période en application de la convention ou le cas échéant de la décision, sans préjudice des versements prévus par cette convention ou cette décision qui devraient avoir lieu, le cas échéant, au delà de ladite période. » ;

㉒ 8° Après l'article L. 162-18-1, sont insérés des articles L. 162-18-2 et L. 162-18-3 ainsi rédigés :

㉓ « *Art. L. 162-18-2.* – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique est, à la demande expresse de l'entreprise assurant son exploitation, son importation parallèle ou sa distribution parallèle, inscrite sur l'une des listes prévues aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 162-23-6 pour un périmètre d'indications thérapeutiques plus restreint que celui dans lequel cette spécialité pharmaceutique présente un service médical rendu suffisant, l'entreprise

verse des remises sur le chiffre d'affaires hors taxes, au titre de cette spécialité et de la période considérée. Ces remises sont dues jusqu'à ce que cette entreprise demande la prise en charge de cette spécialité pour l'ensemble des indications concernées.

㉔ « Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises en appliquant au chiffre d'affaires défini au premier alinéa du présent article un taux, défini selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de la taille respective de chacune des populations cibles des indications pour lesquelles l'inscription n'a pas été demandée et de celles pour lesquelles la spécialité est inscrite, évaluées à cette fin par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ou, à défaut, selon un barème progressif, par tranche de chiffre d'affaires, défini par ce même arrêté.

㉕ « L'entreprise concernée reverse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

㉖ « L'entreprise concernée informe le Comité économique des produits de santé, au plus tard le 15 février de chaque année, du chiffre d'affaires réalisé l'année civile précédente en France pour cette spécialité.

㉗ « *Art. L. 162-18-3.* – Lorsqu'une entreprise méconnaît la date d'échéance d'une déclaration ou d'une information prévue au I de l'article L. 162-16-5-1-1, au C du III de l'article L. 162-16-5-2, au I de l'article L. 162-18-1 ou au dernier alinéa de l'article L. 162-18-2 du présent code ou au 2° du IV de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ou par une convention signée en application du I de l'article L. 162-18 du présent code, les remises dues par cette entreprise, en application des mêmes articles, au titre des spécialités et de la période pour lesquelles la déclaration ou l'information fait défaut sont majorées de 2 % par semaine de retard.

㉘ « Un décret détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires, correspondant aux spécialités et à la période pour lesquelles la déclaration ou l'information fait défaut, ne soit pas soumise à un reversement. » ;

㉙ 9° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 162-16-6, ».

㉚ II et III. – *(Non modifiés)*

㉛ III *bis*. – Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1er juillet 2023, un rapport évaluant l'intérêt, la faisabilité et les potentielles limites d'un dispositif de référencement périodique en vue d'en proposer une disposition dans un prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ce rapport doit, notamment à la lumière des dispositifs existant à l'étranger et de leur bilan, mettre en avant l'impact qu'une telle mesure pourrait avoir sur les pénuries et ruptures de médicaments et sur les éventuels effets sur les prix attendus. Ce rapport se concentre également sur le levier qu'un tel dispositif pourrait représenter pour favoriser le retour de la production de médicaments sur le territoire national.

㉜ IV. – *(Non modifié)*

Article 30 *bis* A

(Conforme)

Article 30 *bis* B

(Supprimé)

.....

Article 31

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

② 1° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, les mots : « et 2° de l'article L. 160-8 et aux 2°, 3° et 8° » sont remplacés par les mots : « , 2° et 8° de l'article L. 160-8 et aux 2° et 3° » ;

③ 1° *bis* À la première phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 161-38, les mots : « prévu à l'article L. 165-5 » sont remplacés par les mots : « correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste » ;

④ 2° Le premier alinéa du VII de l'article L. 162-16 est ainsi modifié :

⑤ *a)* Après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « et dispositifs médicaux » ;

⑥ *b)* Après le mot : « application », sont insérés les mots : « du premier alinéa » ;

⑦ *c)* Les mots : « d'une seule boîte par ligne d'ordonnance » sont remplacés par les mots : « d'un mois » ;

⑧ 2° *bis* À la première phrase du 2° du II de l'article L. 162-16-4-3, le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « troisième » ;

⑨ 3° Le premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2 est ainsi modifié :

⑩ *a)* À la première phrase, les mots : « peut être subordonnée » sont remplacés par les mots : « ainsi que la prise en charge au titre de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 d'actes dont la pratique fait l'objet d'un encadrement spécifique en application de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique peuvent être subordonnées » et, après le mot : « lesquelles », sont insérés les mots : « l'acte, » ;

⑪ *b)* À la seconde phrase, après le mot : « précise », sont insérés les mots : « les actes, » ;

⑫ 4° La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-38 est supprimée ;

⑬ 5° L'article L. 162-56 est ainsi modifié :

⑭ *a)* Au premier alinéa, les mots : « lorsqu'ils existent » sont remplacés par les mots : « le cas échéant » ;

⑮ *b)* À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « peuvent transmettre » sont remplacés par les mots : « et l'exploitant du dispositif médical numérique de télésurveillance transmettent » et les mots : « l'accord » sont remplacés par les mots : « le consentement » ;

⑯ 6° Le premier alinéa de l'article L. 165-1 est ainsi modifié :

⑰ *a)* Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'avis porte de manière distincte sur le produit et, s'il y a lieu, sur la prestation de service et d'adaptation associée. » ;

⑱ *b)* À la deuxième phrase, après le mot : « produit », sont insérés les mots : « ou de la prestation » et sont ajoutés les mots : « du produit concerné » ;

⑲ *c)* Après la même deuxième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'inscription d'une prestation de service et d'adaptation associée à un produit se fait de manière distincte de l'inscription de ce produit. » ;

⑳ 7° L'article L. 165-1-1-1 est ainsi modifié :

㉑ *a)* Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

㉒ *b)* Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;

㉓ *c)* Sont ajoutés six alinéas ainsi rédigés :

㉔ « L'exploitant est également tenu de déclarer auprès des mêmes ministres le prix auquel il a acheté le produit auprès de son fournisseur, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur.

㉕ « III. – Lorsque la déclaration de prix d'achat mentionnée au second alinéa du II n'a pas été effectuée dans les délais et formes précisés par voie réglementaire ou lorsqu'elle se révèle manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'exploitant concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de l'exploitant.

㉖ « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné. Il ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes réalisées en France par l'exploitant au titre du dernier exercice clos.

㉗ « 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 deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

㉘ « Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les exploitants et les fournisseurs en application du second alinéa du II du présent article. Ces éléments de contrôle sont transmis aux ministres compétents.

㉙ « Les modalités d'application du présent III sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

㉚ 8° L'article L. 165-1-2 est abrogé ;

㉛ 9° L'article L. 165-1-5 est ainsi modifié :

㉜ *a)* Après la troisième phrase du I, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Cet avis décrit, le cas échéant, les actes associés à l'utilisation du produit faisant l'objet de la demande. » ;

㉝ *b)* Le II *bis* est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

㉞ « La prise en charge transitoire est subordonnée au respect, par l'exploitant, d'un protocole de recueil des données défini par la commission mentionnée au I du présent article et annexé à l'arrêté mentionné au même I.

㉟ « Les données à recueillir portent sur l'efficacité, les événements indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du produit.

㊱ « L'exploitant assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical. » ;

㊲ *c)* Il est ajouté un VI ainsi rédigé :

㊳ « VI. – Lorsque l'utilisation d'un produit bénéficiant de la prise en charge transitoire pour une indication donnée au titre du I du présent article est liée à un acte qui n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, par dérogation au même article L. 162-1-7, procéder à l'inscription transitoire de cet acte sur la liste.

㊴ « L'inscription transitoire prévue au premier alinéa du présent VI est prononcée par un arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé, pour toute la période de prise en charge au titre du I et, le cas échéant, du III, ainsi que durant la période de continuité de traitement prévue à l'article L. 165-1-6. Cet arrêté prévoit le montant de la compensation financière versée pour la réalisation de cet acte.

㊵ « Lorsque le produit ayant fait l'objet de la prise en charge transitoire est inscrit au remboursement au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1, l'inscription transitoire de l'acte associé est prolongée jusqu'à l'inscription de cet acte dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7.

㊶ « Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent VI, notamment les situations et les conditions dans lesquelles les ministres compétents peuvent suspendre l'inscription transitoire de l'acte concerné ou y mettre fin. » ;

42 10° L’article L. 165-2 est ainsi modifié :

43 *a)* Le I est ainsi modifié :

44 – le premier alinéa est ainsi rédigé :

45 « I. – Les tarifs de responsabilité de chacun des produits mentionnés à l’article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre l’exploitant du produit concerné et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues au I de l’article L. 165-4-1 ou, à défaut, par décision du comité. » ;

46 – au deuxième alinéa, après la première occurrence du mot : « ou », il est inséré le mot : « des » ;

47 – il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

48 « Ce tarif comprend les marges prévues, le cas échéant, par la décision mentionnée à l’article L. 165-3-4 ainsi que les taxes en vigueur. » ;

49 *b)* Le II est ainsi modifié :

50 – au 1°, le mot : « associée » est supprimé ;

51 – aux 2° et 3°, après la première occurrence du mot : « et », il est inséré le mot : « des » ;

52 11° L’article L. 165-3 est ainsi modifié :

53 *a)* Le premier alinéa est ainsi modifié :

54 – à la première phrase, après le mot : « et », il est inséré le mot : « des » ;

55 – le début de la seconde phrase est ainsi rédigé : « Lorsque le produit est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre l’exploitant du produit concerné et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues au I de l’article L. 165-4-1 ou, à défaut,… *(le reste sans changement)*. » ;

56 *b)* Au deuxième alinéa, après la première occurrence du mot : « ou », il est inséré le mot : « les » ;

57 *c)* Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

58 « Les prix comprennent les marges prévues, le cas échéant, par la décision mentionnée à l’article L. 165-3-4 ainsi que les taxes en vigueur.

⑲ « L’accord mentionné au II de l’article L. 165-4-1 peut, le cas échéant, préciser le cadre applicable aux conventions mentionnées au premier alinéa du présent article. » ;

⑳ 12° Après l’article L. 165-3-3, il est inséré un article L. 165-3-4 ainsi rédigé :

㉑ « *Art. L. 165-3-4*. – I. – Les ministres chargés de l’économie, de la santé et de la sécurité sociale fixent les marges de distribution des produits inscrits sur la liste mentionnée à l’article L. 165-1, en tenant compte de l’évolution des charges, des revenus et du volume d’activité des praticiens ou des entreprises concernés.

㉒ « II. – Les remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l’article L. 441-3 du code de commerce, consentis par tout fournisseur de distributeurs au détail en produits inscrits sur la liste mentionnée à l’article L. 165-1 du présent code ne peuvent excéder, par année civile et par ligne de produits, pour chaque distributeur au détail, un pourcentage du prix exploitant hors taxes de ces produits. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l’économie et du budget, dans la limite de 50 % du prix exploitant hors taxes.

㉓ « Pour l’application du plafond fixé au premier alinéa du présent II, il n’est pas tenu compte du montant de la marge prévue au I que le fournisseur rétrocède le cas échéant au distributeur au détail.

㉔ « II *bis*. – *(Supprimé)*

㉕ « III. – Le titre V du livre IV du code de commerce est applicable aux infractions à ces décisions. » ;

㉖ 13° L’article L. 165-4 est complété par un VI ainsi rédigé :

㉗ « VI. – Le cadre des conventions mentionnées au présent article peut être, le cas échéant, précisé par l’accord mentionné au II de l’article L. 165-4-1. » ;

㉘ 14° L’article L. 165-4-1 est ainsi modifié :

㉙ *a)* Au début, il est ajouté un I ainsi rédigé :

㉚ « I. – En application des orientations qu’il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut

conclure des conventions, relatives à un ou plusieurs produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1, avec les entreprises qui les exploitent ou les distribuent ou, en cas d'inscription générique, avec les organisations regroupant ces entreprises mentionnées aux I et II de l'article L. 165-3-3. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-9 et, selon une procédure établie par la Haute Autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Dans le cas d'une convention conclue avec des organisations, les signataires s'engagent à promouvoir le recours à la procédure de certification auprès des entreprises qu'ils représentent ou regroupent.

⑦① « Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque signataire, notamment :

⑦② « 1° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 165-1-5 et L. 165-4 ;

⑦③ « 2° Les modalités de participation des signataires à la mise en œuvre des orientations ministérielles précitées ;

⑦④ « 3° Les conditions et les modalités de mise en œuvre par les fabricants ou les distributeurs d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription des produits et des prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

⑦⑤ « 4° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés au 3° du présent I.

⑦⑥ « Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de produits et prestations n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité peut demander aux signataires concernés de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses stipulations. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces produits et prestations par décision prise en application des articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4. Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4.

(77) « Les modalités d'application du présent I, notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

(78) *b)* Le I devient un II et est ainsi modifié :

(79) – au premier alinéa, après le mot : « mentionnées », sont insérés les mots : « au I du présent article ainsi qu' » ;

(80) – au deuxième alinéa, les mots : « de l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « du I du présent article » ;

(81) *c)* Le II devient un III et est ainsi modifié :

(82) – au premier alinéa, les mots : « du 2° du I » sont remplacés par les mots : « des 3° du I et 2° du II » ;

(83) – au dernier alinéa, la référence : « II » est remplacée par la référence : « III » ;

(84) *d)* Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

(85) « IV. – Sans préjudice des pénalités susceptibles d'être infligées, en application du III, à l'exploitant ou au distributeur au détail, lorsque la convention signée avec un exploitant ou un distributeur au détail prévoit la réalisation d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste prévue à l'article L. 165-1, l'absence de transmission des résultats de ces études dans les délais impartis par la convention fait obstacle à la poursuite de la prise en charge du produit ou de la prestation, sauf versement de remises par l'exploitant ou le distributeur au détail, à partir de la date à laquelle les résultats des études auraient dû être communiqués et tant que l'exploitant ou le distributeur au détail ne les a pas transmis.

(86) « Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises dues en appliquant au montant remboursé par l'assurance maladie pour le produit ou la prestation sur la période considérée un taux, selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objet des études à réaliser.

(87) « L'entreprise concernée verse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;

88 15° Après le même article L. 165-4-1, il est inséré un article L. 165-4-2 ainsi rédigé :

89 « *Art. L. 165-4-2*. – Lorsqu'un dispositif médical est, à la demande expresse de l'exploitant, inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 pour un périmètre d'indications plus restreint que celui dans lequel ce dispositif présente un service attendu suffisant, l'exploitant verse des remises. Ces remises sont dues jusqu'à l'inscription du dispositif pour l'ensemble des indications concernées.

90 « Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises dues en appliquant au montant remboursé par l'assurance maladie sur la période en cause un taux, selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction des tailles respectives des populations cibles des indications pour lesquelles l'inscription présente un service attendu suffisant et de celles pour lesquelles le dispositif est inscrit ou, à défaut, selon un barème progressif par tranche de montant remboursé défini par le même arrêté. À cette fin, l'avis rendu par la commission mentionnée à l'article L. 165-1 sur la demande d'inscription de l'exploitant comporte une évaluation des tailles respectives des populations cibles en cause pour chaque dispositif concerné.

91 « L'exploitant concerné verse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;

92 16° L'article L. 165-5 est abrogé ;

93 17° Après l'article L. 165-5-1, il est inséré un article L. 165-5-1-1 ainsi rédigé :

94 « *Art. L. 165-5-1-1*. – I. – Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut à tout moment procéder, le cas échéant en associant des caisses primaires d'assurance maladie, ou faire procéder sous son autorité, par des organismes compétents désignés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles l'inscription sur la liste des produits et des prestations mentionnée à l'article L. 165-1 est subordonnée.

95 « Les organismes locaux d'assurance maladie signalent à la Caisse nationale de l'assurance maladie tout manquement au respect de ces spécifications techniques dont ils ont connaissance.

⑯ « II. – Lorsqu'il constate qu'une spécification technique n'est pas respectée, après avoir mis l'exploitant du produit concerné en mesure de présenter ses observations, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie en informe sans délai les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres informent la caisse de toute mesure prise à la suite de cette transmission.

⑰ « III. – Lorsque le manquement constaté a entraîné un remboursement indu par l'assurance maladie, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie met l'exploitant en demeure de rembourser la somme correspondant au montant remboursé à tort.

⑱ « En cas de non-exécution de la mise en demeure dans le délai imparti par celle-ci, la caisse est subrogée dans les droits des organismes lésés et son directeur général assure la récupération des sommes en cause en exerçant, le cas échéant, les pouvoirs conférés aux organismes locaux par la première phrase du dernier alinéa du III de l'article L. 133-4.

⑲ « IV. – Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut prononcer à l'encontre de l'exploitant, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière, dans la limite de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'exploitant au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré.

⑳ « La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 114-17-1 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

㉑ « V. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article. » ;

㉒ 18° L'article L. 165-7 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

㉓ « Les produits qui bénéficient de la prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-5 et dont l'utilisation a lieu 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, sur la base du montant de la facture et dans la limite de la compensation mentionnée au II de l'article L. 165-1-5. »

㉔ II à V. – *(Non modifiés)*

Article 31 *bis* A

(Conforme)

.....

CHAPITRE V

Renforcer la politique de soutien à l'autonomie

Article 32

① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

② 1° Le IV *ter* de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :

③ *a)* La seconde phrase du premier alinéa du A est ainsi rédigée : « Ces mêmes autorités peuvent décider de conclure ce contrat avec la personne morale qui contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, la personne qui gère l'établissement, pour le compte de la personne gestionnaire. ~~Aucune convention ne peut être signée sans vérification que le cocontractant est en règle à l'égard de ses obligations fiscales et sociales.~~ » ;

④ *b)* Après la première phrase de l'avant-dernier alinéa du B, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « À l'occasion du renouvellement du contrat, il peut être tenu compte, pour fixer la tarification de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation~~, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État~~. Au vu des résultats, le montant de ces reports ou de ces réserves peut être plafonné, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;

⑤ 2° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est complété par deux phrases ainsi rédigées : « À l'occasion du renouvellement du contrat, il peut être tenu compte, pour fixer la tarification de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation~~, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État~~. Au vu des résultats, le montant de ces reports ou de ces réserves peut être plafonné, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;

⑥ 3° L'article L. 313-13 est ainsi modifié :

⑦ *a)* Après le premier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑧ « Cette même autorité ainsi que, pour le compte de l'État, les services ou les établissements publics désignés par voie réglementaire contrôlent également l'application des dispositions du présent code par toute personne morale qui exerce un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur une personne mentionnée au premier alinéa du présent I. » ;

⑨ *a* bis*)* Au début du second alinéa du même I, les mots : « Ces dispositions sont notamment applicables » sont remplacés par les mots : « Le présent I est notamment applicable » ;

⑩ *b)* Le second alinéa du VI est ainsi modifié :

⑪ – après le mot : « accueil », sont insérés les mots : « ainsi que les personnes morales gestionnaires de ces établissements, services et lieux de vie et d'accueil, pour leurs activités consacrées à cette gestion, » ;

⑫ – sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « et de l'inspection générale des finances. Les personnes morales qui exercent, directement ou indirectement, le contrôle exclusif ou conjoint des personnes morales gestionnaires des établissements, services et lieux de vie et d'accueil ainsi que les autres personnes morales qu'elles contrôlent et qui concourent à la gestion de ces établissements, services et lieux de vie et d'accueil ou leur fournissent des biens et services sont également soumises au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances, pour leurs activités consacrées à cette gestion. » ;

⑬ 4° Après l'article L. 313-13-1, sont insérés des articles L. 313-13-2 et L. 313-13-3 ainsi rédigés :

⑭ « *Art. L. 313-13-2*. – Lorsqu'il n'est pas satisfait à sa demande de communication de l'un des documents, notamment de nature comptable ou financière, mentionnés à l'article L. 1421-3 du code de la santé publique, l'autorité chargée du contrôle peut enjoindre à la personne morale concernée d'y procéder dans un délai qu'elle fixe. Faute de transmission du document dans ce délai, cette même autorité peut prononcer, à l'encontre de la personne contrôlée, l'astreinte mentionnée aux II et IV de l'article L. 313-14 du présent code.

⑮ « *Art. L. 313-13-3*. – Les règles de comptabilité analytique permettant de retracer l'utilisation des dotations publiques par un établissement ou un service médico-social et, le cas échéant, par son organisme gestionnaire et la

personne morale sous le contrôle de laquelle il est placé, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sont fixées par décret. » ;

⑯ 5° Au premier alinéa du IV de l'article L. 313-14, la seconde occurrence du mot : « et » est remplacée par les mots : « ou, lorsque l'établissement ou le service concerné relève de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Elles » ;

⑰ 6° L'article L. 313-14-2 est ainsi modifié :

⑱ *a)* Au début du premier alinéa, les mots : « Pour les établissements et services relevant d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, » sont supprimés ;

⑲ *b)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑳ « Une sanction financière peut en outre être prononcée dans les conditions définies aux III et IV de l'article L. 313-14. » ;

㉑ 7° Après le même article L. 313-14-2, il est inséré un article L. 313-14-3 ainsi rédigé :

㉒ « *Art. L. 313-14-3.* – Lorsqu'un contrôle administratif réalisé sur le fondement de l'article L. 313-13 du présent code sur un établissement ou un service médico-social géré au sein d'un groupe de personnes morales placées, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sous le contrôle d'une même personne morale ou un contrôle administratif sur un autre organisme du même groupe établit que toute autre personne morale ou physique, qu'elle soit membre de ce groupe ou non, a bénéficié, de manière injustifiée, de sommes versées au titre de l'article L. 314-3-1 du présent code à un établissement ou un service médico-social géré au sein de ce groupe, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut en demander le reversement à l'entité qui exerce le contrôle sur cet établissement ou ce service.

㉓ « Lorsqu'un tel contrôle établit qu'une partie des sommes perçues sans justification ont été versées, en application du présent titre, par un département ou une métropole, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut, à la demande de ce département ou de cette métropole, demander, pour le compte de celui-ci ou de celle-ci, le reversement de ces sommes à la personne morale ou physique qui en a indûment bénéficié. Une convention conclue entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le département ou la métropole fixe les modalités de cette intervention, notamment les conditions de répartition des sommes recouvrées. »

㉔ I *bis*. – Le code des juridictions financières est ainsi modifié :

㉕ 1° L'article L. 111-7 est ainsi modifié :

㉖ *a)* Les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », le mot : « mentionnées » est remplacé par le mot : « mentionnés » et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;

㉗ *b)* Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés. Elle peut également contrôler les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et les services mentionnés à la première phrase du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. » ;

㉘ 2° Au *a* de l'article L. 134-1, après le mot : « maternité, », sont insérés les mots : « l'autonomie, » ;

㉙ 3° L'article L. 211-7 est ainsi modifié :

㉚ *a)* Les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », le mot : « mentionnées » est remplacé par le mot : « mentionnés » et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;

㉛ *b)* Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés. Elle peut également contrôler ~~selon une périodicité régulière~~ les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et les services mentionnés à la première phrase du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. » ;

㉜ 4° L'article L. 252-9-1 est ainsi modifié :

㉝ *a)* Les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », le mot : « mentionnées » est remplacé par le mot : « mentionnés » et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;

㉞ *b)* Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés. Elle peut également contrôler ~~selon une périodicité régulière~~ les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et les services mentionnés à la première phrase du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. » ;

㉟ 5° L'article L. 262-10 est ainsi modifié :

㊱ *a)* Le premier alinéa est ainsi modifié :

㊲ – les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », les mots : « mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et » sont supprimés et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;

㊳ – sont ajoutés les mots : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés » ;

㊴ *b)* Le second alinéa est ainsi rédigé :

㊵ « Elle peut également contrôler ~~selon une périodicité régulière~~ les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et les services mentionnés au premier alinéa du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. » ;

㊶ 6° L'article L. 272-8 est ainsi modifié :

㊷ *a)* Les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », les mots : « mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et » sont supprimés et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;

㊸ *b)* Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes

ou suppléments qui leur sont facturés. Elle peut également contrôler ~~selon une périodicité régulière~~ les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et les services mentionnés à la première phrase du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. »

(44) II. – *(Non modifié)*

Articles 32 *bis* A à 32 *bis* E

(Supprimés)

.....

Article 32 *quater*

Avant le 30 juin 2023, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un bilan de la mise en œuvre de l'article 32 de la présente loi et plus particulièrement de l'encadrement des activités financières et immobilières des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en vue de mieux protéger les petits épargnants.

Article 32 *quinquies*

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 47 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Ce rapport évalue le montant réel de la compensation perçue par chaque département au titre de l'année 2022, au regard de l'objectif de compensation de 50 % du surcoût induit par les revalorisations salariales des salariés des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services de soins infirmiers à domicile, à la suite de la mise en œuvre de l'avenant n° 43 à la convention collective de la branche de l'aide à domicile au 1er octobre 2021.

Ce rapport d'évaluation peut fournir des pistes d'amélioration.

Article 32 *sexies*

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Ce rapport détaille le nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes publics présentant un déficit à la fin de l'année 2022 ainsi que le nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en cessation des paiements.

Article 32 *septies*

(Supprimé)

.....

Article 33 *bis*

① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

② 1° *(Supprimé)*

③ 2° L'article L. 232-16 est ainsi modifié :

④ *a)* Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;

⑤ *b)* Il est ajouté un II ainsi rédigé :

⑥ « II. – Dans des conditions prévues par un décret pris après avis du Conseil national d'évaluation des normes, le contrôle de l'effectivité des heures d'aide à domicile relevant du plan d'aide ne peut porter sur une période de référence inférieure à six mois. »

⑦ II. – *(Non modifié)*

.....

Article 33 *sexies*

Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les effets sur

la loi de financement de la sécurité sociale de l'instauration d'un ratio minimal d'encadrement des résidents par le personnel soignant d'au moins six professionnels pour dix résidents dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Article 33 *septies*

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2023, un rapport évaluant le coût, pour les comptes publics et sociaux, de l'instauration d'un bilan visuel obligatoire à l'entrée dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, dans le respect du cadre fixé à l'article 68 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Article 34

① I. – *(Non modifié)*

II. – Le premier alinéa du I de l'article L. 223-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À compter du 1er janvier 2024, le taux : « 7,70 % » est remplacé par le taux : « 7,9 % » ;

2° À compter du 1er janvier 2025, le taux : « 7,9 % » est remplacé par le taux : « 8,1 % » ;

3° À compter du 1er janvier 2026, le taux : « 8,1 % » est remplacé par le taux : « 8,3 % » ;

4° À compter du 1er janvier 2027, le taux : « 8,3 % » est remplacé par le taux : « 8,4 % » ;

5° À compter du 1er janvier 2028, le taux : « 8,4 % » est remplacé par le taux : « 8,6 % ».

③ III. – *(Non modifié)*

Article 34 *bis*

Au plus tard le 30 septembre 2023, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'application de l'article 54 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 et la

subséquente opportunité d’élargir la durée et l’indemnisation du congé de proche aidant.

Article 34 *ter*

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport identifiant les moyens à mettre en œuvre afin de rendre l’allocation journalière du proche aidant accessible aux aidants des personnes malades du cancer.

Article 35

① I. – L’article L. 281-2-1 du code de l’action sociale et des familles est ainsi modifié :

② 1° Au premier alinéa, les mots : « auquel n’est pas attribué le forfait mentionné à l’article L. 281-2 » sont supprimés ;

③ 1° *bis (Supprimé)*

④ 2° Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

⑤ « Une annexe à l’accord, signée par le département et la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie et révisable dans les mêmes formes, recense, sous la forme d’une programmation pluriannuelle, les habitats inclusifs du département pour lesquels les dépenses départementales d’aide à la vie partagée font l’objet d’une couverture par le concours mentionné au troisième alinéa du présent article, pendant toute la durée de la convention mentionnée au deuxième alinéa et à hauteur d’un certain pourcentage de l’aide à la vie partagée versée par le département.

⑥ « Cette annexe précise le nombre et le montant des aides à la vie partagée retenus pour chaque habitat ainsi que le taux de couverture de ces aides par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie. Ce taux est d’au moins 65 % pour les habitats pour lesquels la convention mentionnée au même deuxième alinéa est signée entre le 31 décembre 2022 et le 31 décembre 2024. Il est d’au moins 50 % pour les habitats dont les conventions sont signées après le 31 décembre 2024. »

⑦ [ ]

⑧ II. – *(Non modifié)*

⑨ III. – Le 2° du I entre en vigueur le 31 décembre 2022. Le 1° du même I entre en vigueur le 1er janvier 2025.

Articles 35 *bis* A et 35 *bis* B

(Conformes)

Articles 35 *bis* C et 35 *bis* D

(Supprimés)

.....

Article 35 *quater*

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 et de l'article 42 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Ce rapport s'attache à identifier les professions du soin, du médico-social et du social qui n'ont pas bénéficié des mesures de revalorisation prises dans le cadre du « Ségur de la santé » et des accords dits « Laforcade ».

Il présente des pistes pour améliorer la rémunération des personnels exclus et pour assurer plus largement l'attractivité de tous les métiers des secteurs sanitaire, social et médico-social.

.....

Article 35 *sexies*

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport faisant l'évaluation de la mise en œuvre de l'article 13 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Ce rapport évalue la possibilité d'augmenter la prestation de compensation du handicap, dans un contexte de forte inflation.

Article 35 *septies*

(Suppression conforme)

CHAPITRE VI

Moderniser les prestations familiales

Article 36

① I. – L’article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

③ *a)* La dernière occurrence du mot : « à » est remplacée par les mots : « au premier alinéa de » ;

④ *b)* Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « , à la condition que la rémunération horaire de cette personne n’excède pas un plafond fixé par décret. Ce décret peut fixer des plafonds distincts selon que la personne employée est un assistant maternel agréé ou un salarié mentionné au même premier alinéa. » ;

⑤ 2° Le II est ainsi modifié :

⑥ *a)* Après le mot : « enfant », la fin du premier alinéa est supprimée ;

⑦ *b)* Le second alinéa est ainsi modifié :

⑧ – à la première phrase, la première occurrence du mot : « à » est remplacée par les mots : « au premier alinéa de » ;

⑨ – la dernière phrase est ainsi rédigée : « Il est revalorisé à la date mentionnée à l’article L. 551-1, par application du coefficient mentionné à l’article L. 161-25. » ;

⑩ 3° Le III est ainsi rédigé :

⑪ « III. – Le montant mentionné au *b* du I est calculé en fonction d’un barème qui prend en considération :

⑫ « 1° Les ressources du ménage, dans la limite d’un plancher et d’un plafond ;

⑬ « 2° Le nombre d'enfants à charge au sens de l'article L. 512-1 et, s'il y a lieu, la charge d'un enfant ouvrant droit à la prestation prévue à l'article L. 541-1 ;

⑭ « 3° Le mode d'accueil rémunéré ;

⑮ « 4° Le nombre d'heures d'accueil ou de garde rémunérées ;

⑯ « 5° Le cas échéant, les périodes d'accueil ou de garde ;

⑰ « 6° Le salaire net versé à la personne qui assure la garde de l'enfant et, s'il y a lieu, les indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles.

⑱ « L'aide est calculée par enfant en cas d'emploi d'un assistant maternel agréé, et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée au premier alinéa de l'article L. 7221-1 du code du travail.

⑲ « Son barème est revalorisé chaque année à la date mentionnée à l'article L. 551-1 du présent code, dans des conditions fixées par voie réglementaire. » ;

⑳ 4° Le IV est ainsi modifié :

㉑ *a)* À la première phrase, les mots : « , à un montant réduit, » sont supprimés ;

㉒ *b)* La seconde phrase est ainsi rédigée : « Cet âge limite peut être fixé à une valeur supérieure pour les parents isolés. » ;

㉓ 5° Le V devient un VI et le mot : « détermine » est remplacé par les mots : « définit les conditions d'application du présent article ainsi que » ;

㉔ 6° Le V est ainsi rétabli :

㉕ « V. – En cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents, prévue à l'article 373-2-9 du code civil, mise en œuvre de manière effective, un décret fixe les modalités et les conditions du bénéfice par ceux-ci du complément de libre choix du mode de garde. » ;

㉖ 7° *(Supprimé)*

㉚ I *bis* et I *ter*. – *(Non modifiés)*

㉛ I *quater*. – *(Supprimé)*

㉜ II à IV. – *(Non modifiés)*

㉝ V. – Le présent article est applicable aux compléments de libre choix du mode de garde versés au titre des gardes assurées à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1er juillet 2025. Ce décret peut prévoir une date distincte pour l'entrée en vigueur du 6° du I, au plus tard le 1er décembre 2025. ~~Toutefois, le 7° du même I entre en vigueur dès la publication de la présente loi.~~

㉞ VI. – *(Non modifié)*

Article 36 *bis*

Le premier alinéa de l'article L. 632-2 du code général de la fonction publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, lorsque le nombre maximal de jours de congé est atteint avant le terme de la période mentionnée à la première phrase, le congé peut être renouvelé une fois au titre de la même maladie ou du même handicap ou du fait de l'accident dont l'enfant a été victime, pour au maximum trois cent dix jours ouvrés au cours d'une nouvelle période de trente-six mois. »

.....

Article 36 *quater*

I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 544-3 du code de la sécurité sociale, le mot : « explicite » est supprimé.

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 1225-62 du code du travail est ainsi modifié :

1° Le mot : « attestant » est remplacé par le mot : « atteste » ;

2° Les mots : « est confirmé par un accord explicite du service du contrôle médical prévu à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale ou du régime spécial de sécurité sociale » sont supprimés.

Article 37

I. – Le chapitre Ier du titre III du livre III du code de la sécurité sociale est complété par une section 6 ainsi rédigée :

« Section 6

« Dispositions communes aux indemnités journalières de l'assurance maternité et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant

« *Art. L. 331-10.* – L'employeur garantit, dès le premier cycle de paie suivant l'absence du salarié, le versement d'une somme au moins égale au montant des indemnités journalières dues en application des articles L. 331-3 à L. 331-5, L. 331-7 et L. 331-8.

« L'employeur peut être subrogé au salarié dans le versement de ces indemnités journalières sans que celui-ci s'y oppose. La caisse primaire d'assurance maladie verse à l'employeur subrogé, dans ce cas, le montant des indemnités journalières dues, dans un délai fixé par décret en Conseil d'État.

« Lorsque l'employeur n'est pas subrogé, il est fondé à recouvrer auprès de l'assuré la somme correspondant aux indemnités journalières après que celui-ci a été indemnisé par l'assurance maladie.

« Un décret en Conseil d'État fixe les catégories de salariés auxquels le présent article ne s'applique pas, eu égard aux caractéristiques de leur contrat de travail, ainsi que les modalités d'application du présent article. »

II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er janvier 2025. Le décret peut prévoir des dates d'application différentes selon les effectifs des entreprises ou pour les personnes publiques.

Article 37 *bis*

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport d'information ayant pour objectif de faire le bilan du quatrième alinéa de l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des autres dispositifs mis en place par le Gouvernement relatifs à la santé et à la prévention des mineurs pris en charge par l'aide sociale à l'enfance.

Ce rapport doit permettre d'évaluer l'application de cette obligation légale et de préciser les champs pathologiques diagnostiqués afin d'éclairer la représentation nationale sur les besoins de ces enfants en matière de soins et de professionnels de santé.

CHAPITRE VI *BIS*

(Division supprimée)

Article 37 *ter*

(Supprimé)

CHAPITRE VII

Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 38

① I et II. – *(Non modifiés)*

② III. – A. – L'article 21 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans le Département de Mayotte est ainsi modifié :

③ 1° Le mot : « familiaux » est remplacé par le mot : « moraux » ;

④ 2° Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

⑤ « Lorsque le centre des intérêts matériels et moraux des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article est situé dans l'un des territoires mentionnés à l'article L. 111-2 du code de la sécurité sociale :

⑥ « 1° Les prestations familiales sont versées par une ou plusieurs caisses d'allocations familiales désignées par le directeur de l'organisme national compétent en application de l'article L. 122-6 du même code, selon les règles applicables dans le territoire concerné ;

⑦ « 2° Le taux et l'assiette de la cotisation due à la Caisse nationale des allocations familiales pour ces personnes sont ceux qui sont applicables aux magistrats et aux fonctionnaires civils et militaires dans le territoire concerné. »

⑧ B. – Le A du présent III entre en vigueur le 1er janvier 2023, sauf en ce qui concerne le complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, pour lequel ces dispositions ne sont applicables qu'à compter de la date mentionnée au 3° du II de l'article 7 de l'ordonnance n° 2021-1553 du 1er décembre 2021 relative à

l'extension, à l'amélioration et à l'adaptation de certaines prestations de sécurité sociale à Mayotte.

.....

Articles 40 et 40 *bis*

(Conformes)

.....

Article 40 *quater*

(Conforme)

CHAPITRE VIII

Renforcer les actions de lutte contre les abus et les fraudes

Article 41

① I. – Le chapitre IV *ter* du titre Ier du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 114-10 est ainsi modifié :

③ *a)* Au début de la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant » sont remplacés par les mots : « Les constatations établies à cette occasion par ces agents font » ;

④ *b)* À la seconde phrase du second alinéa, les mots : « également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur » sont remplacés par les mots : « foi dans les mêmes conditions que celles mentionnées au premier alinéa et le directeur de ce dernier organisme » ;

⑤ 2° La première phrase du second alinéa de l'article L. 114-10-1 est ainsi rédigée : « Les constatations que ces agents transmettent à un autre organisme de protection sociale font foi dans les mêmes conditions que celles mentionnées au premier alinéa de l'article L. 114-10. » ;

⑥ 3° Après le premier alinéa de l’article L. 114-16, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑦ « Les greffiers des tribunaux de commerce peuvent également communiquer, à titre gratuit, aux agents mentionnés à l’article L. 114-16-3 tout renseignement et tout document qu’ils recueillent à l’occasion de l’exercice de leurs missions, de nature à faire présumer de telles fraudes ou manœuvres. » ;

⑧ 4° L’article L. 114-17 est ainsi modifié :

⑨ *a)* Le septième alinéa du I est ainsi modifié :

⑩ – au début, est ajoutée la mention : « II. – » ;

⑪ – les deux dernières phrases sont supprimées ;

⑫ *b)* Le huitième alinéa du même I est supprimé ;

⑬ *c)* Le neuvième alinéa dudit I est ainsi modifié :

⑭ – la première phrase est supprimée ;

⑮ – à la seconde phrase, les mots : « des articles L. 262-52 ou L. 262-53 » sont remplacés par les mots : « de l’article L. 262-52 » ;

⑯ *d)* Les quatre derniers alinéas du même I sont supprimés ;

⑰ *e)* Le II devient le III ;

⑱ *f)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑲ « Les modalités d’application du présent article sont fixées par décret en Conseil d’État. » ;

⑳ 5° L’article L. 114-17-1 est ainsi modifié :

㉑ *aa)* Au premier alinéa du I, les mots : « une pénalité prononcée » sont remplacés par les mots : « un avertissement ou d’une pénalité prononcés » ;

㉒ *a)* Le III est ainsi modifié :

㉓ – le deuxième alinéa est supprimé ;

㉔ – il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

㉕ « Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu au présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits. » ;

㉖ *b)* Les IV et V sont abrogés ;

㉗ *c) (Supprimé)*

㉘ *d)* Le VI, le VII, le VII *bis* et le VIII deviennent, respectivement, le V, le IV, le VI et le VI ;

d bis*)* Au second alinéa du VI, les mots : « au V » sont remplacés par les mots : « au II de l'article L. 114-17-2 » ;

㉙ *e)* Le VII est ainsi modifié :

㉚ – le 1° est abrogé ;

㉛ – le 2°, le 3° et le 4° deviennent, respectivement, le 1°, le 2° et le 3° ;

㉝ – à la première phrase du 2°, le taux : « 200 % » est remplacé par les mots : « 300 % des sommes concernées » et le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « huit » ;

㉞ – à la seconde phrase du même 2°, le taux : « 300 % » est remplacé par le taux : « 400 % » et les mots : « dans la limite de huit » sont remplacés par les mots : « et jusqu'à seize » ;

㉟ – au 4°, le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « deuxième » ;

㊱ 5° *bis* Après l'article L. 114-17-1, il est inséré un article L. 114-17-2 ainsi rédigé :

㊲ « *Art. L. 114-17-2*. – I. – Le directeur de l'organisme mentionné aux articles L. 114-17 ou L. 114-17-1 notifie la description des faits reprochés à la personne physique ou morale qui en est l'auteur afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. À l'expiration de ce délai, le directeur :

㊳ « 1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ;

㊴ « 2° Notifie à l'intéressé un avertissement ;

㊵ « 3° Ou saisit la commission mentionnée au II du présent article. À réception de l'avis de la commission, le directeur :

(41) « *a)* Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ;

(42) « *b)* Soit notifie à l'intéressé un avertissement ;

(43) « *c)* Soit notifie à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.

(44) « En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application du même article L. 211-16, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.

(45) « La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales, des articles L. 553-2 et L. 845-3 du présent code et de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance vieillesse, des articles L. 355-2 et L. 815-11 du présent code et, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance maladie aux assurés sociaux, de l'article L. 133-4-1.

(46) « Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.

(47) « II. – La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I de l'article L. 114-17-1 du présent code, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.

(48) « La commission mentionnée au premier alinéa du présent II apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des

faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.

(49) « L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.

(50) « III. – Lorsque la pénalité est prononcée par le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 114-17, elle peut être prononcée sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au II du présent article dans les cas où le préjudice constaté par la caisse ne dépasse pas un montant de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

(51) « IV. – Lorsque la pénalité est prononcée par le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 114-17-1, elle peut être prononcée sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au II du présent article dans les cas de fraude définis par voie réglementaire. » ;

(52) 6° L'article L. 114-19 est ainsi modifié :

(53) *a)* Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

(54) « 4° Aux agents des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code et à l'article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime pour le recouvrement des créances relatives à une infraction aux interdictions de travail dissimulé mentionnées à l'article L. 8221-1 du code du travail. » ;

(55) *b)* À la deuxième phrase du cinquième alinéa, les mots : « peuvent faire l'objet d'une interconnexion avec les données des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 » sont remplacés par les mots : « par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code et les organismes mentionnés à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime peuvent, » et sont ajoutés les mots : « , faire l'objet d'une interconnexion avec les données dont ces mêmes organismes disposent » ;

(56) *c)* À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « sixième » ;

(57) 6° *bis* Le second alinéa de l'article L. 114-19-1 est ainsi rédigé :

(58) « Le document mentionné au I de l'article 1649 *ter* A du code général des impôts et les informations similaires reçues d'autres États sont adressés par l'administration fiscale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et à la Caisse nationale des allocations familiales, au plus tard le

31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a elle-même reçu le document ou les informations. Les données ainsi obtenues peuvent faire l'objet d'une interconnexion avec les données des organismes mentionnés aux articles L. 212-1 et L. 213-1 du présent code au titre de l'accomplissement de leurs missions de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé. » ;

59 7° Est ajoutée une section 3 ainsi rédigée :

60 *« Section 3*

61 ***« Recherche et constatation des infractions***

62 « *Art. L. 114-22-3*. – I. – Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 114-10 du présent code, à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 5312-13-1 du code du travail, commissionnés par le directeur de l'organisme national dont relève l'organisme qui les emploie, sont habilités à rechercher et à constater les infractions mentionnées aux articles 313-1, 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal lorsqu'elles sont de nature à porter préjudice aux organismes de protection sociale.

63 « Ils ont, pour l'exercice de ces missions, compétence sur l'ensemble du territoire national.

64 « Les infractions sont constatées par des procès-verbaux, qui font foi jusqu'à preuve du contraire. Ces procès-verbaux sont transmis directement au procureur de la République ~~ainsi qu'à la personne concernée après autorisation de ce dernier~~.

65 « II. – Aux seules fins de constater les infractions mentionnées au I commises par la voie des communications électroniques et lorsque les nécessités de l'enquête le justifient, ces agents peuvent procéder sous pseudonyme aux actes suivants, sans être pénalement responsables :

66 « 1° Participer à des échanges électroniques, y compris avec les personnes susceptibles d'être les auteurs de ces infractions ;

67 « 2° Extraire ou conserver par ce moyen les données sur les personnes susceptibles d'être les auteurs de ces infractions et tout élément de preuve.

68 « À peine de nullité, ces actes ne peuvent constituer une incitation à commettre une infraction.

69 « III. – Ces agents peuvent également recueillir tout renseignement et toute justification et se faire remettre copie des documents de toute nature, quel que soit leur support et en quelques mains qu'ils se trouvent, nécessaires à

l'accomplissement de leur mission. Ils peuvent, en cas de support informatisé, avoir accès aux logiciels et aux données stockées correspondants ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leur mission. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié en des documents directement utilisables pour les besoins de leur mission.

⑦⓪ « IV. – Ces agents peuvent aussi procéder, sur convocation ou sur place, aux auditions de toute personne susceptible d'apporter des éléments utiles à leurs constatations. Ils en dressent un procès-verbal, qui doit comporter les questions auxquelles il est répondu. Les personnes entendues procèdent elles-mêmes à sa lecture, peuvent y faire consigner leurs observations et y apposent leur signature. Si elles déclarent ne pas pouvoir lire, lecture leur en est faite par l'agent préalablement à la signature. En cas de refus de signer le procès-verbal, mention en est faite sur celui-ci.

⑦① « V. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

⑤⑧ I *bis*. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑤⑨ 1° L'article L. 162-1-14-2 est ainsi modifié :

⑥⓪ *a)* À la première phrase du deuxième alinéa, la référence : « L. 114-17-1 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-2 » ;

⑥① *b)* À l'avant-dernier alinéa, la référence : « IV de l'article L. 114-17-1 » est remplacée par la référence : « I de l'article L. 114-17-2 » ;

⑥② 2° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-1-15, la référence : « L. 114-17-1 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-2 » ;

2° *bis (nouveau)* Au second alinéa de l'article L. 162-1-20, la référence : « VII » est remplacée par la référence : « IV » ;

⑥③ 3° À la fin de la dernière phrase du second alinéa de l'article L. 165-12, les mots : « à l'avant-dernier alinéa du IV de l'article L. 114-17-1 » sont remplacés par les mots : « au dernier alinéa du I de l'article L. 114-17-2 » ;

⑥④ 4° À la fin de la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 376-4, les mots : « IV de l'article L. 114-17-1 » sont remplacés par les mots : « I de l'article L. 114-17-2 ».

I *ter*, II, II *bis* à II *septies*, III et IV. – *(Non modifiés)*

Article 41 *bis*

(Conforme)

.....

Article 43

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

② 1° À l'article L. 321-1, le mot : « traitant » est supprimé ;

③ 2° Après le même article L. 321-1, il est inséré un article L. 321-1-1 ainsi rédigé :

④ « *Art. L. 321-1-1*. – Les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation ne donnent lieu au versement d'indemnités journalières que si l'incapacité physique a été constatée, dans les conditions prévues à l'article L. 321-1, par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ou par un médecin ayant déjà reçu l'intéressé en consultation depuis moins d'un an.

⑤ [ ]

⑦ « Les plateformes de téléconsultation informent les professionnels de santé et les assurés des règles applicables en matière d'indemnisation des arrêts de travail prescrits lors de téléconsultations. » ;

⑧ 3° L'article L. 433-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑨ « Les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation ne donnent lieu au versement d'indemnités journalières que dans les conditions mentionnées à l'article L. 321-1-1. »

⑩ II. – Le I du présent article est applicable aux arrêts de travail prescrits à compter du 1er juin 2023.

Article 44

I. – L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, sont ajoutées les mentions : « I. – A. – » ;

2° Au début du cinquième alinéa, est ajoutée la mention : « B. – » ;

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

« II. – L'indu mentionné au A du I peut, lorsque l'inobservation de ces règles est révélée par l'analyse d'une partie de l'activité du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, être fixé forfaitairement, par extrapolation à tout ou partie de l'activité donnant lieu à prise en charge de l'assurance maladie, à l'issue d'une procédure contradictoire entre l'organisme d'assurance maladie chargé du recouvrement de l'indu et ce professionnel, ce distributeur ou cet établissement.

« Lorsque la somme fixée en application du premier alinéa du présent II recueille l'accord écrit du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, son montant est opposable aux deux parties. » ;

4° Au début du sixième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;

5° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – ».

I *bis*. – À la première phrase du premier alinéa du III de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « , réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, » sont supprimés.

I *ter*. – L'article L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale est abrogé.

I *quater*. – Au dernier alinéa de l'article L. 114-16 du code de la sécurité sociale, les mots : « au troisième alinéa de » sont remplacés par le mot : « à ».

II. – Après le mot : « prévues », la fin du premier alinéa de l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigée : « au III de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale. »

TITRE II

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 45

① I à IV. – *(Non modifiés)*

V à X. – *(Supprimés)*

.....

Article 46 *bis*

(Conforme)

Article 47

Pour l'année 2023, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	103,9
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	100,7
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées.....	15,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	14,6
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	6,1
Autres prises en charge	3,4
Total.....	**244,1**

Article 47 *bis* A

(Supprimé)

Article 47 *bis* B

(Conforme)

Article 47 *bis*

① I. – *(Non modifié)*

② II. – *(Supprimé)*

Article 48

① I et II. – *(Non modifiés)*

② III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1,2 milliard d'euros au titre de l'année 2023.

③ IV. – *(Non modifié)*

④ V. – *(Supprimé)*

.....

Article 49 *bis*

① I. – *(Non modifié)*

② II. – L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

③ 1° Au huitième alinéa, après le mot : « alinéas », sont insérés les mots : « et celles des deux premiers alinéas des articles L. 634-6 et L. 643-6 » ;

④ 2° Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

⑤ « 8° Activités exercées dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique en qualité de professionnel de santé au sens de la quatrième partie du même code. » ;

⑥ 3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑦ « Sauf disposition contraire, les dispositions d'application du présent article sont prises par décret. »

.....

À Paris, le 28 novembre 2022.

La Présidente,

Signé : YAËL BRAUN-PIVET

ANNEXE A

Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2021, des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés pour l'exercice 2021

(Conforme)

ANNEXE B

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

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour la période 2023-2026.

Le solde des régimes obligatoires de base a connu une dégradation sans précédent en 2020 sous l'effet des dépenses de la crise sanitaire et de la récession qui a suivi, atteignant le niveau de -39,7 milliards d'euros. Il s'est redressé en 2021 à -24,3 milliards d'euros, sous l'effet de la reprise progressive de l'activité et de l'atténuation graduelle des contraintes sanitaires.

La reprise de l'activité économique se poursuit en 2022, emportant une progression marquée des recettes de la sécurité sociale. Les dépenses liées à la crise sanitaire diminueraient sensiblement tandis que le contexte de forte inflation conduirait à une hausse des prestations, notamment à la faveur de la revalorisation anticipée mise en œuvre au 1er juillet 2022 (I). Les comptes de la sécurité sociale demeureraient toutefois fortement dégradés à moyen terme, sous l'effet de recettes durablement affectées par la crise, d'une hausse des dépenses de la branche Maladie et de la dégradation des comptes de la branche Vieillesse. La trajectoire présentée traduirait également la mise en œuvre des mesures envisagées par le Gouvernement pour le quinquennat (II). La branche Vieillesse serait dans une situation de déficits élevés durant les années à venir. La branche Maladie présenterait également des déficits élevés, bien que plus réduits, notamment du fait d'un transfert entre la branche Famille et la branche Maladie dès 2023. La branche Famille et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) dégageraient des excédents. Enfin, la nouvelle branche Autonomie présenterait une trajectoire excédentaire à moyen terme, reflétant le surcroît de recettes de contribution sociale généralisée (CSG) apporté en 2024, lui permettant de financer dans la durée les dépenses prévues dans la présente loi de financement de la sécurité sociale (III).

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 intervient dans un contexte de poursuite du rebond de l'activité, mais également de forte poussée de l'inflation en lien avec la situation géopolitique et sur les marchés de l'énergie

Après un rebond de l'économie particulièrement marqué en 2021, permettant de rattraper le niveau d'activité d'avant la crise sanitaire, l'invasion russe en Ukraine et ses conséquences ont assombri les perspectives économiques à partir de fin février 2022, en entraînant une forte hausse des prix des matières premières, un rebond des tensions d'approvisionnement et une augmentation de l'incertitude. Le Gouvernement retient une hypothèse de croissance du produit intérieur brut (PIB) de 2,7 % en 2022 et de 1,0 % en 2023 ainsi qu'une forte remontée de l'inflation, qui atteindrait 5,4 % au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac (IPCHT) en 2022 et 4,3 % en 2023. À moyen terme, la croissance effective serait supérieure à son rythme potentiel de 1,35 % par an et atteindrait 1,6 % en 2024, puis 1,7 % en 2025 et 2026, tandis que l'inflation refluerait

pour s'établir à 1,75 % par an à cet horizon. La masse salariale du secteur privé, principal déterminant de la progression des recettes, progresserait de 8,6 % en 2022, puis à nouveau de 5,0 % en 2023, avant de revenir progressivement à son rythme tendanciel.

Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

	2019	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**
PIB en volume.....	1,8 %	-7,8 %	6,8 %	2,7 %	1,0 %	1,6 %	1,7 %	1,7 %
Masse salariale secteur privé *.....	3,1 %	-5,7 %	8,9 %	8,6 %	5,0 %	3,9 %	3,6 %	3,4 %
Inflation hors tabac	0,9 %	0,2 %	1,6 %	5,4 %	4,3 %	3,0 %	2,1 %	1,75 %
Revalorisations au 1er janvier **.....	0,3 %	1,0 %	0,4 %	3,1 %	2,8 %	4,9 %	3,2 %	2,2 %
Revalorisations au 1er avril **	0,5 %	0,3 %	0,2 %	3,4 %	3,7 %	3,6 %	3,2 %	2,2 %
ONDAM	2,7 %	9,4 %	8,7 %	2,6 %	-1,2 %	2,3 %	2,7 %	2,6 %
ONDAM hors covid	2,7 %	3,3 %	6,3%	5,6 %	3,5 %	2,7 %	2,7 %	2,6 %

** Masse salariale du secteur privé. Hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée, la progression serait de 8,4 % en 2022.*
*** En moyenne annuelle, dont les effets en moyenne annuelle de la revalorisation anticipée de 4,0 % au 1er juillet 2022.*

La trajectoire présentée dans la présente annexe repose sur les mesures présentées dans la présente loi de financement de la sécurité sociale ainsi que les mesures envisagées par le Gouvernement pour le quinquennat.

La trajectoire de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2022 intègre 12,1 milliards d'euros de dépenses liées à la crise sanitaire, en net repli par rapport aux 18,3 milliards d'euros enregistrés en 2021. En 2023, une provision d'un milliard d'euros est prévue à ce titre. La progression de l'ONDAM hors crise a par ailleurs été marquée par le « Ségur de la santé » à partir de 2020. La progression hors dépenses de crise serait ainsi toutefois soutenue, à + 5,6 % en 2022 et + 3,5 % en 2023, en lien notamment avec la poursuite de la montée en charge du « Ségur » mais également avec la revalorisation de 3,5 % du point d'indice de la fonction publique intervenue en juillet 2022 et la compensation des effets de l'inflation sur les charges des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux. Ainsi, la construction de l'ONDAM pour 2023 intègre 2,2 milliards d'euros d'effet du point d'indice et de l'inflation. La progression tendancielle de l'ONDAM, soit avant mesures d'économies, atteindrait 4,4 % l'an prochain, tenant compte, au delà des effets liés au contexte d'inflation, de la montée en charge des mesures nouvelles dans ce champ, en ville, à l'hôpital comme dans le secteur médico-social, et des économies permises par la maîtrise médicalisée et la lutte contre la fraude. L'atteinte du taux de progression de 3,5 % hors crise sera permise par les mesures de régulation et les économies, s'élevant à un total de 1,7 milliard d'euros. Dans une perspective pluriannuelle, le taux de progression de l'ONDAM serait ramené à 2,7 % à partir de 2024 et à 2,6 % en 2026.

Dans le champ de la famille, la trajectoire intègre, sur un horizon pluriannuel, la réforme du service public de la petite enfance ainsi que celle du complément de mode de garde et, dès 2022, l'augmentation de l'allocation de soutien familial. Dans le champ de l'autonomie, elle intègre un plan de recrutements d'aides-soignants et d'infirmiers en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'accroissement des moyens consacrés au maintien à domicile avec le développement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et la mise en place de temps dédiés au lien social auprès de nos aînés qui bénéficient d'un plan d'aide à domicile et, dans le champ des retraites, l'objectif d'une élévation progressive de l'âge effectif de départ en retraite.

Le Haut Conseil des finances publiques (HCFP), dans son avis publié le 21 septembre 2022 relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2023, « juge que les prévisions du Gouvernement de croissance (+ 2,7 %), d'inflation (+ 5,3 %) et de croissance de la masse salariale (+ 8,6 % dans les branches marchandes) pour 2022 sont crédibles » et, s'agissant de 2023, que « les prévisions d'inflation (+ 4,2 %) et de masse salariale dans les branches marchandes (+ 5,0 %) sont quant à elles plausibles ». S'agissant des recettes, le HCFP juge pour 2022 que les « cotisations sociales croîtraient à législation constante de 6,8 %, soit moins fortement que la masse salariale » et prend note que l'écart provient du dynamisme attendu des allègements généraux mais estime que « le coût supplémentaire de ces allégements semble néanmoins un peu élevé ». Pour 2023, il juge que les prévisions de recettes des « cotisations sociales et prélèvements sociaux apparaissent quant à elles cohérentes avec la progression de leurs assiettes respectives ». Côté dépense, le HCFP souligne pour 2023 « une croissance des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) – hors dépenses liées à la crise sanitaire – toujours supérieure à celle d'avant la crise sanitaire » et, concernant les dépenses de crise, que la « provision, qui suppose notamment une chute massive des dépenses de tests (division par 20 par rapport à 2021), risque de se révéler très insuffisante ».

II. – Au delà de ce contexte macroéconomique, la trajectoire financière traduit la normalisation progressive sur le front sanitaire et la mise en œuvre des mesures du quinquennat

Comme lors de la crise économique et financière de 2008-2009, la sécurité sociale a joué un rôle majeur d'amortisseur économique et social, tant en matière de prélèvements que de dépenses. Majoritairement proportionnelles au niveau d'activité, les recettes se sont fortement contractées alors que les dépenses se sont maintenues s'agissant des prestations retraites et famille, dont les déterminants ne sont pas affectés par la crise, et ont fortement progressé pour ce qui concerne la branche Maladie.

Après un net rebond en 2021, à + 8,0 % sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) et du FSV à périmètre constant, les recettes continueraient de progresser de + 5,3 % en 2022, portées par la progression de l'emploi et des salaires, dans un contexte de forte inflation produisant ses effets au delà des règles d'indexation automatique du salaire minimum (+ 8,6 % de progression de la masse salariale privée). Dans le même temps, les dépenses seraient également dynamiques mais dans une moindre proportion, progressant de 4,1 % en valeur en 2022. Elles seraient contenues par le ralentissement des dépenses sous ONDAM du fait de la diminution progressive de l'intensité de la crise sanitaire, mais la progression des prestations serait portée par la revalorisation anticipée au 1er juillet 2022 de + 4,0 % des prestations légales.

En résultante, le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV diminuerait à nouveau en 2022 de 5,4 milliards d'euros et s'établirait à 18,9 milliards d'euros.

En 2023, le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV atteindrait 7,1 milliards d'euros, en très nette amélioration par rapport à 2022 (11,3 milliards d'euros). Les dépenses ne progresseraient que de 1,9 %, à la faveur d'une diminution des dépenses sous ONDAM du fait de dépenses liées à la crise attendues en net repli, provisionnées à hauteur d'un milliard d'euros, mais d'une poursuite des effets de l'inflation sur les prestations : à la revalorisation anticipée de 4,0 % de juillet 2022 devrait s'ajouter ainsi, compte tenu de la situation d'inflation, une revalorisation au 1er janvier 2023 pour les retraites et au 1er avril 2023 pour les autres prestations sociales. Les recettes croîtraient de 4,0 %, soutenues par la masse salariale du secteur privé.

À partir de 2024, à législation inchangée, les prestations continueraient d'être portées par le contexte d'inflation persistant, mais avec un effet retard moyen d'une année pour les pensions et les autres prestations, alors que les recettes réagiraient davantage au contexte contemporain de l'année. Le ralentissement progressif de l'inflation, au rythme d'un point par an environ (de 4,3 % en 2023 à 2,1 % en 2025), participerait ainsi à une dégradation du solde en 2024 et à nouveau en 2025, malgré une progression maîtrisée de l'ONDAM. En 2024, le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV se creuserait ainsi, à 8,5 milliards d'euros, les recettes (+ 4,0 %) évoluant légèrement en deçà de la dépense (+ 4,2 %). En 2025, il atteindrait 12,5 milliards d'euros, avec une progression des recettes (+ 3,1 %) moindre que celle des dépenses (+ 3,7 %). Le déficit se réduirait à partir de 2026, l'effet du différentiel d'inflation d'une année sur l'autre disparaissant quasiment, et atteindrait 11,6 milliards d'euros.

III. – D'ici 2026, les branches des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale connaîtraient des évolutions différenciées

La branche Maladie connaîtrait une nouvelle résorption de son déficit en 2022, avec un solde atteignant -21,9 milliards d'euros, après -26,1 milliards d'euros en 2021. Cette amélioration est à relier à un repli des dépenses sanitaires de crise, 12,1 milliards d'euros après 18,3 milliards d'euros, et à la progression des recettes de la branche, notamment des cotisations sociales et de la TVA qui est affectée à celle-ci, dans le contexte d'inflation élevée.

À partir de 2023, son solde se redresserait plus nettement, à -7,1 milliards d'euros, sous l'effet de dépenses de crise attendues en très nette baisse : 1 milliard d'euros provisionnés. L'amélioration du solde serait par ailleurs soutenue par le transfert pérenne du coût des indemnités journalières liées au congé maternité post-natal, de 2 milliards d'euros en 2023.

La branche Autonomie verrait son solde passer en déficit en 2022, à -0,4 milliard d'euros après + 0,3 milliard d'euros sous l'effet de l'extension des mesures de revalorisation salariale du « Ségur de la santé » aux personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (accords « Laforcade ») ainsi que des revalorisations issues de la conférence des métiers de l'accompagnement social et du médico-social, mesures financées sous objectif global de dépense. L'instauration d'un tarif plancher et d'une dotation en lien avec la qualité pour les services à domicile au profit des personnes

en perte d'autonomie contribuerait aussi à la hausse des dépenses, qui s'établirait à 8,8 % au global, plus marquée que celle de ses recettes (+ 6,7 %).

En 2023, le solde de la branche Autonomie se creuserait à nouveau, sous l'effet d'un objectif global de dépenses porté respectivement à 5,1 % et à 5,2 % dans les champs des personnes âgées et des personnes handicapées, atteignant -1,2 milliard d'euros.

À partir de 2024, la branche Autonomie bénéficiera d'une fraction de CSG augmentée de 0,15 point supplémentaire de la part de la CADES, en application de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) afficherait alors un excédent de 0,8 milliard d'euros, qui diminuerait quelque peu par la suite, du fait notamment de 50 000 créations de postes à terme en EHPAD et du financement de temps dédiés au lien social auprès des personnes âgées qui bénéficient d'un plan d'aide à domicile.

S'agissant de **la branche Accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)**, son excédent passerait à 2,0 milliards d'euros en 2022 (après 1,3 milliard d'euros en 2021), puis à nouveau à 2,2 milliards d'euros en 2023 et serait croissant à moyen terme, la progression des dépenses étant contenue par la baisse tendancielle liée à la prise en charge de l'amiante.

Le déficit de la branche Vieillesse des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du FSV poursuivrait son amélioration engagée en 2021, après le creux enregistré en 2020, et atteindrait en 2022 le niveau de -1,2 milliard d'euros, après -2,6 milliards d'euros en 2021. Cette nouvelle amélioration serait la résultante directe du contexte inflationniste, avec des recettes qui bénéficieraient à plein de la hausse des cotisations en lien avec une très forte progression de la masse salariale privée (+ 8,6 %) et des dépenses revalorisées en conséquence, mais à un rythme annuel moyen moindre : la revalorisation légale a ainsi été de 1,1 % au 1er janvier 2022 mais, compte tenu de la montée de l'inflation, une revalorisation anticipée de 4,0 % a été mise en œuvre dès juillet 2022, permettant de porter la revalorisation en moyenne annuelle à 3,1 %.

À partir de 2023, le solde de la branche serait directement affecté par les effets démographiques du vieillissement (augmentation de la taille des générations qui partent à la retraite) et par la dégradation marquée du solde de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), mais bénéficierait de l'objectif d'élévation progressive de l'âge effectif de départ sur le quinquennat. Le solde serait également particulièrement sensible au contexte d'inflation, notamment au ralentissement projeté de l'inflation, avec comme conséquence une progression des recettes en phase avec l'inflation contemporaine de l'année, moindre cependant que l'inflation de l'année précédente dont s'approche le taux de revalorisation appliqué au 1er janvier de l'année. Ainsi, en 2023, les revalorisations de pension liées à la prise en compte de l'inflation porteraient la progression des charges de la branche Vieillesse et du FSV à 4,3 %, contre 3,9 % pour les recettes. Le déficit atteindrait ainsi 2,3 milliards d'euros en 2023, et jusqu'à 12,9 milliards d'euros à l'horizon 2026 de la présente annexe.

La branche Famille a renoué avec les excédents dès 2021, à hauteur de 2,9 milliards d'euros. En 2022, son excédent se réduirait légèrement, atteignant 2,6 milliards d'euros, reflétant le transfert d'une fraction de taxe sur les salaires à la branche Maladie décidé par

la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 pour compenser le coût lié aux indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfants (1,0 milliard d'euros) supportées par cette branche.

L'excédent serait moindre en 2023 en raison du transfert de la part du congé maternité post-natal, pour 2,0 milliards d'euros, prévu par la présente loi. De plus, conformément aux engagements du Président de la République, l'allocation de soutien familial sera revalorisée de 50 %. L'excédent de la branche Famille diminuerait ainsi de moitié, pour s'établir à 1,3 milliard d'euros en 2023.

À l'horizon 2026, l'excédent diminuerait et s'élèverait à 0,8 milliard d'euros, du fait de dépenses portées par l'indexation des prestations légales et de la montée en charge des mesures du quinquennat concernant la branche Famille, s'agissant du complément de mode de garde et du service public de la petite enfance.

Prévisions des recettes, dépenses et soldes des régimes de base et du FSV

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

(En milliards d'euros)

	2019	**2020**	**2021**	**2022 (p)**	**2023 (p)**	**2024 (p)**	**2025 (p)**	**2026 (p)**
Maladie								
Recettes	216,6	209,8	209,4	221,0	231,2	238,3	244,6	251,6
Dépenses	218,1	240,3	235,4	242,9	238,3	243,6	249,4	254,6
Solde	**-1,5**	**-30,5**	**-26,1**	**-21,9**	**-7,1**	**-5,3**	**-4,8**	**-3,0**
Accidents du travail et maladies professionnelles								
Recettes	14,7	13,5	15,1	16,2	17,0	17,7	18,4	19,1
Dépenses	13,6	13,6	13,9	14,2	14,8	15,1	15,5	15,8
Solde	**1,1**	**-0,1**	**1,3**	**2,0**	**2,2**	**2,6**	**2,9**	**3,3**
Famille								
Recettes	51,4	48,2	51,8	53,5	56,7	58,5	60,3	62,2
Dépenses	49,9	50,0	48,9	50,9	55,3	57,7	59,8	61,4
Solde	**1,5**	**-1,8**	**2,9**	**2,6**	**1,3**	**0,8**	**0,5**	**0,8**
Vieillesse								
Recettes	240,0	241,2	249,4	258,9	269,7	280,5	289,5	297,9
Dépenses	241,3	246,1	250,5	261,9	273,3	289,7	303,2	313,6
Solde	**-1,3**	**-4,9**	**-1,1**	**-3,0**	**-3,6**	**-9,2**	**-13,7**	**-15,7**
Autonomie								
Recettes			32,8	35,0	36,2	40,1	41,1	42,4
Dépenses			32,6	35,4	37,4	39,3	40,8	42,0
Solde			**0,3**	**-0,4**	**-1,2**	**0,8**	**0,3**	**0,3**
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés								
Recettes	509,1	499,3	544,2	569,6	593,2	616,8	635,5	654,4
Dépenses	509,2	536,5	567,0	590,3	601,6	627,1	650,3	668,8
Solde	**-0,2**	**-37,3**	**-22,7**	**-20,7**	**-8,4**	**-10,3**	**-14,7**	**-14,4**

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2019	**2020**	**2021**	**2022 (p)**	**2023 (p)**	**2024 (p)**	**2025 (p)**	**2026 (p)**
Recettes	17,2	16,7	17,7	19,8	20,6	21,5	22,3	23,1
Dépenses	18,8	19,1	19,3	18,0	19,3	19,7	20,0	20,4
Solde	**-1,6**	**-2,5**	**-1,5**	**1,8**	**1,3**	**1,7**	**2,3**	**2,8**

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

(En milliards d'euros)

	2019	**2020**	**2021**	**2022 (p)**	**2023 (p)**	**2024 (p)**	**2025 (p)**	**2026 (p)**
Recettes	508,0	497,2	543,0	571,8	594,8	618,9	638,1	657,5
Dépenses	509,7	536,9	567,3	590,7	601,9	627,5	650,6	669,1
Solde	**-1,7**	**-39,7**	**-24,3**	**-18,9**	**-7,1**	**-8,5**	**-12,5**	**-11,6**

Vu pour être annexé au projet de loi considéré comme adopté par l'Assemblée nationale le 28 novembre 2022.

La Présidente,
Signé : YAËL BRAUN-PIVET