

(HP)

Article ~~321~~ 39

~~(Texte du Sénat)~~

47

L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sont exclus de la couverture définie au présent article les actes et prestations qui sont effectués pour répondre à des exigences législatives, réglementaires ou contractuelles autres que celles figurant au présent code, et qui ne sont pas rendus nécessaires par l'état du patient, à l'exception des certificats de constatation de coups et blessures ou de sévices. Toutefois, lorsque ces actes et prestations s'inscrivent dans une démarche de prévention, ils sont remboursés dans le cadre des contrats de santé publique signés entre les médecins et les caisses d'assurance maladie. »

(HP)

Article ~~331~~ 4. D

~~(Texte du Sénat)~~

I. - L'article L. 162-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-4. - Les médecins sont tenus de signaler sur l'ordonnance, support de la prescription, le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent :

« 1° Lorsqu'ils prescrivent une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;

« 2° Lorsqu'ils prescrivent un produit ou une prestation en dehors des indications thérapeutiques ou diagnostiques telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ;

« 3° Lorsqu'ils prescrivent des actes ou prestations en dehors des indications ou des conditions de prise en charge ou de remboursement, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 ;

« 4° Lorsqu'ils prescrivent des actes et prestations non remboursables en application de l'article L. 321-1.

« Lorsque les médecins réalisent des actes non remboursables, ils n'établissent pas le document prévu à l'article L. 161-33. »

II. - A la section 2 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du même code, il est rétabli, avant la sous-section 1, un article L. 162-8 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-8. - Les dispositions de l'article L. 162-4 s'appliquent aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux pour ce qui les concerne. »

-----

III. - A la section 3 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du même code, il est inséré un article L. 162-13-3 ainsi rédigé :

48

« Art. L. 162-13-3. - Lorsque les directeurs de laboratoires effectuent des analyses et examens de laboratoires non remboursables, ils n'établissent pas le document ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie prévu à l'article L. 161-33. »

IV. - Les dispositions du présent article s'appliquent au 15 février 2004.

~~Article 33 bis~~

~~Supprimé par la commission mixte paritaire~~

Article 34 4 1

AVA

L'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-7. - La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

« Toute nouvelle inscription d'un acte ou d'une prestation après le 1<sup>er</sup> janvier 2004 est subordonnée à l'avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé mentionnée à l'article L. 1414-1 du code de la santé publique sur la sécurité et l'efficacité de l'acte ou de la prestation. Lorsque, pour l'application des dispositions de l'article L. 161-29, une liste est modifiée pour être établie par référence à un numéro de code de l'acte ou de la prestation, l'avis mentionné ci-dessus est requis si l'acte ou la prestation ne figurait pas sur la liste antérieure et peut être sollicité par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans le cas contraire.

« Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article. »

---

49

CHP

Article ~~34 bis~~ 4 2

~~(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)~~

I/- Le premier alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La convention comporte également un plan de contrôle des prestations servies. »

II/- Le II de l'article L. 315-1 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en œuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1.

« Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application du dernier alinéa de l'article ~~premier~~ de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail, ce médecin transmet son avis au service du contrôle médical de la caisse. Si ce service conclut également, au vu de cet avis, à l'absence de justification de l'arrêt de travail, la caisse suspend le versement des indemnités journalières après en avoir informé l'assuré. »

M<sup>4</sup>

de

III/- Après la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 315-2 du même code, sont insérés deux phrases ainsi rédigées :

« Lorsque le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci, il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. »

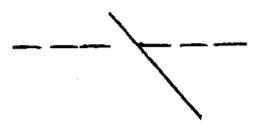
CHP

Article ~~35~~ 4 3

~~(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)~~

I. - L'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :



« Si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être conclus qu'après avoir reçu l'avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable. »

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

« Les accords régionaux sont approuvés par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. A l'expiration de ce délai, l'accord est réputé approuvé. Les accords nationaux ou régionaux entrent en vigueur à compter de leur publication.

« Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces accords sont contraires aux objectifs qu'ils poursuivent, le ministre chargé de la santé ou, pour les accords régionaux, le représentant de l'État dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

« Les accords nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les accords régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'État dans la région. Les accords sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral. »

II. - L'article L. 162-12-18 du même code est ainsi modifié :

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

« Des contrats de bonne pratique sont définis, à l'échelon national par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 et, à l'échelon régional, par les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui peut ouvrir droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération et à la majoration de la participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4. Lorsqu'ils sont conclus au niveau régional, ces contrats doivent être conformes aux objectifs, thèmes et règles générales de mise en œuvre mentionnés dans la convention nationale.

---

« Le complément de rémunération ou la majoration de participation peuvent être modulés en fonction de critères d'expérience, de qualité des pratiques ou d'engagements relatifs à la formation, au lieu d'installation et d'exercice du médecin dans les conditions prévues par ces contrats. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « , défini par la convention, » sont supprimés ;

3° Le onzième alinéa est ainsi rédigé :

« Le contrat peut comporter des engagements spécifiques en matière de permanence des soins ou d'implantation ou de maintien dans les zones mentionnées au deuxième alinéa du II de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) et au 3° du II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. » ;

4° Au douzième alinéa, les mots : « Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 » sont remplacés par les mots : « Les contrats » ;

5° Il est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être proposés à l'adhésion des professionnels de santé qu'après avoir reçu l'avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

« Les contrats régionaux sont approuvés par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. A l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

« Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale, le ministre chargé de la santé ou, pour les contrats régionaux, le représentant de l'État dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

« Les contrats nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les contrats régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses

-----  
/

52

d'assurance maladie au représentant de l'État dans la région. Les contrats sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral. »

III. - A l'article L. 162-12-19 du même code, les mots : « , et après consultation des syndicats représentatifs des professions concernées » sont remplacés par les mots : « , et après consultation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, et des syndicats représentatifs des professions concernées ».

IV. - La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-5-11 du même code est ainsi rédigée :

« Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré ou modulé par le contrat de bonne pratique prévu à l'article L. 162-12-18 auquel le médecin a adhéré. »

V. - La dernière phrase du deuxième alinéa des articles L. 645-2 et L. 722-4 du même code est ainsi rédigée :

« Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par le contrat de bonne pratique prévu à l'article L. 162-12-18 auquel le professionnel de santé a adhéré, ainsi que les conditions dans lesquelles une modulation du niveau de la participation peut être également prévue pour le médecin qui adhère à un contrat de bonne pratique. »

VI. - Au 2° de l'article L. 162-14-1 du même code, les mots : « ces engagements prennent la forme d'accords de bon usage des soins prévus par l'article L. 162-12-17, qui constituent dans ce cas une annexe à la convention nationale, de contrats de bonne pratique prévus par l'article L. 162-12-18 ou de tout autre dispositif que les conventions mettent en œuvre conformément aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 ; » sont supprimés.

CHP

Article ~~162-14~~ 4

(Texte du Sénat)

Après l'article L. 183-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 183-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 183-1-1. - Les unions régionales des caisses d'assurance maladie peuvent passer des contrats avec des réseaux de professionnels de santé conventionnés exerçant à titre libéral dans une aire géographique définie.

-----

« Les engagements de ces réseaux de professionnels de santé et les objectifs quantifiés associés peuvent porter sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques des professionnels concernés, la mise en œuvre des références médicales, la gestion du dossier du patient ou la mise en œuvre d'actions de prévention et de dépistage.

« Le contrat prévoit le montant des financements alloués à la structure en contrepartie de ces engagements ainsi que les conditions dans lesquelles les actions font l'objet d'une évaluation.

« Les unions régionales des caisses d'assurance maladie transmettent pour avis ces contrats, en tant qu'ils concernent les médecins dans le cadre de leur activité libérale, aux unions mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique. Cet avis est rendu dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception du texte par les unions susmentionnées. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

« Ces contrats sont approuvés par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires ; à l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

« Les dispositions du présent article s'appliquent également aux médecins exerçant dans les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1. »

HP

Article ~~17~~ 4 5

*(Texte du Sénat)*

L'article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Des contrats de santé publique sont définis, à l'échelon national par les parties à la ou les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, et, à l'échelon régional, par les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique qui peuvent ouvrir droit à une rémunération forfaitaire. Lorsqu'ils sont conclus au niveau régional, ces contrats doivent être conformes aux objectifs, thèmes et règles générales de mise en œuvre mentionnés dans la convention nationale. » ;

-----

2° Au deuxième alinéa, les mots : « , définis par la convention, » sont supprimés ;

3° Il est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être proposés à l'adhésion des professionnels de santé qu'après avoir reçu l'avis favorable de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

« Ces contrats sont approuvés par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires ; à l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

« Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale, le ministre chargé de la santé ou, pour les contrats régionaux, le représentant de l'État dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

« Les contrats nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les contrats régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'État dans la région. Les contrats sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral. »

CHP

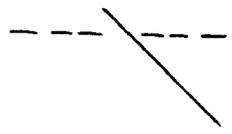
Article ~~37 bis~~ 46

~~(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)~~

I. - Le I de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

« L'obligation de cesser définitivement toute activité médicale non salariée, prévue au premier alinéa du présent I, ne fait pas obstacle à la participation à la permanence des soins prévue à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique. » ;



2° Le huitième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, il n'est pas tenu compte des revenus tirés de l'activité médicale exercée dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique. »

II. - La sous-section 3 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-5-14 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-5-14. - Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique par les médecins bénéficiant des dispositions de l'article L. 643-6 du présent code ainsi que les médecins concernés par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés par la convention prévue à l'article L. 162-5 du présent code ou par le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9. Ces médecins sont tenus de respecter ces tarifs. »

CHP

Article 81 47

~~(Texte du Sénat)~~

I. - Pour 2004, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est fixé à 106 millions d'euros.

Ce fonds est doté de 15 millions d'euros au titre de l'exercice 2004.

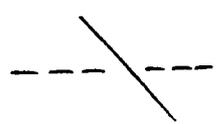
Après le premier alinéa  
HJ

II. ~~Le~~ II de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, il est inséré ~~après le premier alinéa,~~ un alinéa ainsi rédigé :

HJ

« Jusqu'au 31 décembre 2006, le fonds peut contribuer aux expérimentations, dans quelques sites pilotes, d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales. A ce titre, il peut, par dérogation, assurer le financement d'une mission chargée de conduire les expérimentations, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et de l'assurance maladie. »

HJ



AN1

Article 39 4 8

I. - L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

1° Au III, après les mots : « dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé », sont insérés les mots : « et des groupements de coopération sanitaire » ;

2° Le III est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Par ailleurs, ce fonds contribue au financement des charges supportées par les établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation menée en vue de la validation des référentiels de qualité mentionnés à l'article L. 1414-3 du code de la santé publique. » ;

3° Il est complété par un IX ainsi rédigé :

« IX. - Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon. »

II. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé, pour l'année 2004, à 470 millions d'euros.

~~Article 39 bis~~

~~Supprimé par la commission mixte paritaire.....~~

CRP

Article 40 4 9

~~(Texte du Sénat)~~

I. - Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 70 millions d'euros pour l'année 2004.

II. - L'article L. 1142-22-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1142-22-1 - L'office adresse au Gouvernement, au Parlement et à la Commission nationale des accidents médicaux un rapport d'activité semestriel. Ce rapport comporte notamment une partie spécifique sur les infections nosocomiales dont l'office a eu connaissance en application des articles L. 1142-8 et L. 1142-21. Il est rendu public. »

-----

Article ~~41~~ 5 0

~~(Texte du Sénat)~~

L'article L. 6416-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6416-1. - Les activités relevant des missions de l'établissement public de santé de Mayotte et réalisées jusqu'au 31 décembre 2003 dans les dispensaires de Mayotte sont intégrées à l'établissement public de santé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004. Les droits et obligations, créances et dettes nés de ces activités antérieurement à cette intégration demeurent à la charge de la collectivité départementale. Sans préjudice des dispositions de l'article 64 de la loi de programme pour l'outre-mer (n° 2003-660 du 21 juillet 2003), des conventions entre la collectivité départementale et l'établissement public de santé fixent les modalités de mise à disposition de l'établissement public de santé des personnels, locaux et équipements concernés par ces activités. A défaut de convention au 31 mars 2004, un décret définit ces modalités de mise à disposition. Le financement de cette intégration est assuré, pour les assurés sociaux mahorais, dans les conditions prévues à l'article 20 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte. L'établissement public de santé de Mayotte bénéficie au titre de l'article L. 6415-5 du maintien de la contribution versée par l'État pour le fonctionnement des dispensaires. »

Article ~~42~~ 5 1

~~(Texte du Sénat)~~

Le Fonds national d'assurance maladie de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés contribue, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, en 2003, à hauteur de 155,4 millions d'euros, au fonds de concours créé par l'État en vue de l'achat, du stockage et de la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou aux traitements d'un grand nombre de personnes exposées à un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d'un acte terroriste.

Cette contribution est répartie entre les différents régimes selon les règles mises en œuvre au titre de l'année 2003 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Article ~~42 bis~~ 5 2

~~(Texte du Sénat)~~

Après les mots : « des accords », la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée : « pour l'année en cours. Ils fixent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, les paramètres d'évolution de la masse salariale pour l'année en cours, liés notamment à la diversité des financeurs et aux modalités de prise en charge des personnes, qui sont opposables aux parties négociant les conventions susmentionnées. »

(ANL)

Article ~~131~~ 5 3

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 124,7 milliards d'euros pour l'année 2003.

58

(ANL)

Article ~~141~~ 5 4

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 129,7 milliards d'euros pour l'année 2004.

(ANL)

Article ~~151~~ 5 5

Pour 2004, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 143,6 milliards d'euros.

TITRE IV

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES  
DE SÉCURITÉ SOCIALE**

Section 1

**Branche accidents du travail et maladies professionnelles**

(ANL)

Article ~~161~~ 5 6

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, mentionnée au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), est fixé à 500 millions d'euros pour l'année 2004.

(ANL)

Article ~~171~~ 5 7

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 100 millions d'euros au titre de l'année 2004.

---