



N° 1157

(1^{ère} partie)

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2003.

RAPPORT

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES
ET SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI de **financement de la sécurité sociale
pour 2004** (n° 1106),

TOME V

**TABLEAU COMPARATIF ET AMENDEMENTS NON ADOPTÉS
PAR LA COMMISSION**

PAR M. PIERRE MORANGE, M. BRUNO GILLES,
M. CLAUDE GAILLARD, Mme PAULETTE GUINCHARD-
KUNSTLER
Députés.

SOMMAIRE

Pages

1^{ère} partie

TABLEAU COMPARATIF (jusqu'à l'article 25 inclus).....	5
---	---

2^{ème} partie

TABLEAU COMPARATIF (suite)	
----------------------------	--

3^{ème} partie

ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF

AMENDEMENTS PORTANT SUR LE RAPPORT ANNEXÉ ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

AMENDEMENTS NON ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004
	TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}
	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE
	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}
	Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2004.	Est santé <i>et</i> de sécurité ...
		2004. Amendement n° 18 Amendements n°s 19 et 20 (rapport annexé)
	TITRE II	TITRE II
	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES
Code de la sécurité sociale		<i>Article additionnel</i>
Chapitre 4 Commissions et conseils		<i>« La section 3 du chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :</i>
Section 3 Commission des comptes de la sécurité sociale		<i>« Section 3</i> <i>« Comité des finances sociales</i>
<i>Art. L. 114-1. – La Commission des comptes de la sécurité sociale analyse les comptes des régimes de sécurité sociale.</i>		<i>« Art. L. 114-1. – I. - Le Comité des finances sociales a pour missions :</i>
Elle prend, en outre, connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus		<i>« 1° D'analyser les comptes des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur</i>

Dispositions en vigueur

obligatoires par la loi, ainsi que d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par le régime général de la sécurité sociale avec l'Etat et tous autres institutions et organismes. Elle inclut, chaque année, dans un de ses rapports, un bilan de l'application des dispositions de l'article L. 131-7.

La commission, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, du Conseil économique et social, de la Cour des comptes, des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales, des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, des organismes mutualistes, des professions et établissements de santé, ainsi que des personnalités qualifiées.

Elle est assistée par un secrétaire général permanent, nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.

Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale sont communiqués au Parlement.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et précise notamment les périodes au cours desquelles se tiendront les deux réunions annuelles obligatoires de la commission.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

financement. A ce titre, les comptes de ces régimes et organismes établis pour l'année antérieure et les comptes prévisionnels établis pour l'année en cours et l'année suivante lui sont présentés ;

« 2° De prendre connaissance des comptes de tous les autres régimes, organismes et dispositifs de protection sociale rendus obligatoires par la loi ;

« 3° De suivre les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. A ce titre, il vérifie notamment :

« a) L'application de l'article L. 131-7 relatif à la compensation intégrale des exonérations de cotisations sociales par le budget de l'Etat ;

« b) L'évolution du périmètre respectif des dépenses du budget de l'Etat et des régimes de sécurité sociale et de leurs fonds de financement ;

« c) L'évolution des transferts de recettes entre l'Etat et les régimes de sécurité sociale et leurs fonds de financement ;

« d) Les conditions dans lesquelles des prestations sont servies par les organismes de sécurité sociale pour le compte de l'Etat ou des collectivités territoriales et des prestations réalisées par les services de l'Etat ou des collectivités territoriales pour le compte de la sécurité sociale ;

« e) Les conditions de versement des cotisations de sécurité sociale des employeurs publics ;

« 4° D'étudier, dans un cadre pluriannuel, les facteurs d'évolution des recettes et dépenses de protection

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

sociale.

« II. – A. - Le Comité des finances sociales comprend :

« 1° Quatre députés désignés par le Président de l'Assemblée Nationale et quatre sénateurs désignés par le Président du Sénat ;

« 2° Huit représentants des organisations professionnelles et syndicales, désignés à raison de :

« a) Cinq par les organisations syndicales les plus représentatives des salariés ;

« b) Un par le Mouvement des entreprises de France ;

« c) Un par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;

« d) Un par l'Union professionnelle artisanale ;

« 3° Neuf représentants des autres organisations professionnelles et sociales, désignés à raison de :

« a) Un par l'Union nationale des associations familiales ;

« b) Un par la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;

« c) Un par l'Union nationale des professions libérales ;

« d) Un par l'Assemblée permanente des chambres de métiers ;

« e) Un par la Fédération nationale de la mutualité française ;

« f) Un par le Centre technique des institutions de prévoyance ;

« g) Un par la Fédération française des sociétés d'assurances ;

« h) Un par la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

« i) Un par le syndicat professionnel de l'industrie pharmaceutique ;

« 4° Quinze représentants des régimes obligatoires de base :

« a) Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

« b) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

« c) Le président de la commission des accidents du travail et

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

des maladies professionnelles prévue à l'article L. 221-4 ;

« d) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

« e) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales ;

« f) Le président du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole ;

« g) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;

« h) Le président du conseil d'administration de la Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce ;

« i) Le président du conseil d'administration de la Caisse de compensation de l'assurance vieillesse artisanale ;

« j) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

« k) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;

« l) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français ;

« m) Le président du conseil d'administration de la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires ;

« n) Le président du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines ;

« o) Le président du conseil d'administration de l'Etablissement public national des invalides de la marine ;

« 5° Neuf représentants des fonds de financement et autres organismes de protection sociale :

« a) Le président du conseil d'administration du Fonds de solidarité

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

vieillesse ;

« b) Le président du conseil d'administration du Fonds de réserve pour les retraites ;

« c) Le président du conseil d'administration du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles ;

« d) Le président du conseil d'administration de la Caisse d'amortissement de la dette sociale ;

« e) Le président du conseil d'administration du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie ;

« f) Le président du conseil d'administration du Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie ;

« g) Le président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires ;

« h) Le président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraites des cadres ;

« i) Le président du conseil d'administration de l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce ;

« 6° Le président du Centre national des professions de santé ainsi que cinq représentants des organisations professionnelles de médecins et trois représentants des établissements de santé publics et privés ;

« 7° Un membre du Conseil économique et social désigné par le président du Conseil économique et social et un magistrat de la Cour des comptes désigné par le Premier président de la Cour des comptes ;

« 8° Quatre représentants de l'Etat, désignés par décret.

« Le comité est renouvelable tous les trois ans.

« B. - Le comité est présidé par un parlementaire élu par le comité en son sein. Il se réunit au moins deux fois par an en formation plénière, à l'initiative de son président, pour examiner la situation des finances

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

sociales. Le ministre chargé de la sécurité sociale peut être entendu quand il le demande.

« Un directoire du Comité des finances sociales, comprenant les membres mentionnés aux 1° et 2° du A, suit en continu l'évolution des finances sociales. Il peut se faire communiquer par les administrations de l'Etat et tout régime ou organisme relevant de sa compétence tous les renseignements d'ordre financier, comptable et administratif nécessaires à l'exercice de ses missions.

« Le comité et le directoire sont assistés par un secrétaire général permanent, désigné par le président du comité sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale, qui assure l'organisation de leurs travaux et la préparation de leurs rapports. Il établit les comptes agrégés présentés au comité à partir des comptes consolidés qui lui sont transmis par les administrations compétentes de l'Etat. Il définit les études nécessaires à l'enrichissement de la présentation et de l'analyse des comptes.

« III. – Le Comité des finances sociales établit chaque année un rapport sur la situation des finances sociales qui comporte un bilan des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, notamment celui de l'application de l'article L. 131-7. Ce rapport est rendu public et transmis au Gouvernement et au Parlement avant le 15 octobre.

« IV. – Un décret détermine les modalités d'application du présent article et précise notamment les périodes au cours desquelles doivent se tenir les deux réunions plénières annuelles obligatoires du comité. »

Amendement n° 21

Article 2

Article 2

Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale

Art. 2. - La

Caisse

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

1° A l'article 2, les mots : « III,

Sans modification

Dispositions en vigueur

d'amortissement de la dette sociale a pour mission, d'une part, d'apurer la dette mentionnée aux I et II de l'article 4 et, d'autre part, d'effectuer les versements prévus aux III, IV et V du même article.

Art. 4.- I. - La dette d'un montant de 137 milliards de francs de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations constatée au 31 décembre 1995, correspondant au financement des déficits accumulés au 31 décembre 1995 par le régime général de sécurité sociale et à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1996, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1^{er} janvier 1996.

.....

Code de la sécurité sociale

LIVRE I^{ER}

Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

TITRE III

Dispositions communes relatives au

Texte du projet de loi

IV et V du même article » sont remplacés par les mots : « III, IV, V et VI du même article » ;

2° L'article 4 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. - La caisse verse le 1^{er} avril 2004 la somme de 1 097 040 364,41 € à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. »

II. - Est comptabilisée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sur l'exercice 2004, au titre des exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur au 31 décembre 2003, la somme de 1 097 040 364,41 € venant en déduction des montants inscrits en provisions au 31 décembre 2001.

L'Agence centrale répartit ce montant entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, au prorata des créances sur exonérations de cotisations comptabilisées dans les comptes de chacune des branches.

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">financement CHAPITRE I^{ER} <i>quater</i> Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale</p>	<p style="text-align: center;">Article 3</p>	<p style="text-align: center;">Article 3</p>
<p>Art. L. 135-1.-</p> <p>Le Fonds de solidarité vieillesse gère également le Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie institué par l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale institué par l'article L. 131-8.</p>	<p>I. - Le chapitre Ier quater du code de la sécurité sociale est abrogé.</p> <p>II. - A l'article L. 135-1 du même code, les mots « , ainsi que le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale institué par l'article L. 131-8 » sont supprimés.</p>	<p>I. - Non modifié</p> <p>II. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 137-1.- Il est institué à la charge des employeurs et au profit du fonds institué à l'article L. 131-8 une taxe sur les contributions des employeurs et des organismes de représentation collective du personnel versées, à compter du 1^{er} janvier 1996, au bénéfice des salariés pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance. Toutefois, ne sont pas assujettis à la taxe les employeurs occupant neuf salariés au plus tels que définis pour les règles de recouvrement des cotisations de sécurité sociale.</p>	<p>III. - A l'article L. 137-1 du même code, les mots « et au profit du fonds institué à l'article L. 131-8 » sont supprimés.</p>	<p>III. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 137-6.-</p> <p>Cette contribution est perçue au profit du fonds mentionné à l'article L. 131-8.</p>	<p>IV. - Le deuxième alinéa de l'article L. 137-6 du même code est supprimé.</p>	<p>IV. - Non modifié</p>
	<p>V. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le même jour que la loi de finances pour 2004.</p>	<p>V. - Les dispositions <i>des I à IV</i> entrent en vigueur <i>le 1^{er} janvier 2004</i>.</p> <p>« VI. - A. - Il est créé, à compter du 1^{er} janvier 2004, un service de liquidation du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale, chargé :</p> <p>« 1° D'arrêter le compte financier du fonds au 31 décembre 2003, qui est transmis pour approbation aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;</p> <p>« 2° D'établir la situation active et passive du fonds au 31 décembre 2003 ;</p> <p>« 3° D'assurer et de justifier les</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code général des impôts

PREMIERE PARTIE

Impôts d'État

TITRE III

Contributions indirectes et taxes

diverses

CHAPITRE IV

Tabacs

Art. 575 A.-

Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 108 €

Article 4

I. - Le tableau du premier alinéa de l'article 575 A du code général des impôts est remplacé par le tableau ci-après :

Cf. tableau en annexe

II. - Au deuxième alinéa de l'article 575 A du code général des impôts, le montant : « 108 € » est

Article 4

Sans modification

opérations de remise de service entre le fonds et l'Etat ;

« 4° D'exécuter toutes les opérations nécessaires à la liquidation définitive du fonds ;

« 5° D'établir le compte de clôture du service de liquidation, qui est transmis aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;

« 6° De présenter à la dissolution du service de liquidation un bilan de clôture aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« B. - Le directeur du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale est nommé liquidateur. Il est chargé d'ordonnancer les opérations visées au A.

« L'agent comptable du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code est nommé agent comptable du service de liquidation. Il est chargé de la tenue de la comptabilité dudit service, qui retrace les opérations visées au A. Il prépare le compte de clôture du service de liquidation.

« C. - Le service de liquidation est supprimé, au plus tard, le 30 juin 2004. »

Amendement n° 22

« VII. - Au chapitre V du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, les intitulés « Section première - Opérations de solidarité » et « Section II - Fonds de réserve » sont supprimés. »

Amendement n° 23

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
pour les cigarettes.	remplacé par le montant : « 128 € » III. - Le troisième alinéa de l'article 575 A du code général des impôts est ainsi rédigé : « Il est fixé à 68 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, à 60 € pour les autres tabacs à fumer et à 89 € pour les cigares. » IV.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 5 janvier 2004.	Article 5
Art. L. 376-1.- Si la responsabilité du tiers est entière ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.	Article 5 I. - Après le troisième alinéa de l'article L. 376-1 et le troisième alinéa de l'article L. 454-1 du code de la sécurité sociale est inséré un alinéa ainsi rédigé :	I. – Après sociale, il est inséré <i>deux</i> alinéas ainsi rédigés :
Art. L. 454-1.- Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.		<i>« La demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce à titre amiable et sans préjudice des décisions judiciaires rendues sur action de la</i>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

**Propositions de la
Commission**

victime. Une convention signée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en œuvre de cette procédure. »

Amendement n° 24

Alinéa sans modification

« I bis. - L'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

« 1° Dans le II de l'article 9, les mots : « cinquième et sixième » sont remplacés par les mots : « septième et huitième » ;

« 2° Dans le II de l'article 10, les mots : « sixième et septième » sont remplacés par les mots : « huitième et neuvième ».

Amendement n° 25

« La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de l'obligation d'information des caisses par l'assureur du tiers responsable donne lieu à la majoration de 50% de l'indemnité forfaitaire mentionnée ci-après dans les conditions déterminées par le même décret. »

Ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale

Art. 9.-

II.- Les dispositions des cinquième et sixième alinéas de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale sont applicables, selon des modalités particulières fixées par décret, aux organismes de sécurité sociale relevant des régimes spéciaux mentionnés au titre I^{er} du livre VII du code de la sécurité sociale.

Art. 10.-

Les dispositions des sixième et septième alinéas de l'article L. 454-1 du code de la sécurité sociale sont applicables, selon des modalités particulières fixées par décret, aux organismes de sécurité sociale relevant des régimes spéciaux mentionnés au titre I^{er} du livre VII du code de la sécurité sociale.

Code des assurances

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">LIVRE II Assurances obligatoires TITRE I L'assurance des véhicules terrestres à moteur et de leurs remorques et semi-remorques CHAPITRE I L'obligation de s'assurer Section VI Procédures d'indemnisation Art. L. 211-11.-</p> <p>Dans le cas où la demande émanant de l'assureur ne mentionne pas la consolidation de l'état de la victime, les créances produites par les tiers payeurs peuvent avoir un caractère provisionnel.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>II. – Le troisième alinéa de l'article L. 211-11 du code des assurances est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Il en est de même lorsque les prestations de sécurité sociale sont versées après avis de la commission départementale d'éducation spéciale ou de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel. »</p>	<p>II. – Non modifié</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Article 6</p>	<p>Article 6</p>
<p>Art. L. 131-6.-</p> <p>Le revenu professionnel pris en compte est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant déductions, abattements et exonérations mentionnés aux articles 44 <i>quater</i>, 44 <i>sexies</i>, 44 <i>septies</i> et 44 <i>octies</i>, au sixième alinéa de l'article 62, au deuxième alinéa de l'article 154 <i>bis</i> du code général des impôts, à l'exception des cotisations versées aux régimes facultatifs institués dans les conditions fixées par l'article L. 635-1 du présent code par les assurés ayant adhéré auxdits régimes avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, au 4 <i>bis</i> de l'article 158 et aux articles 238 <i>bis</i> HA et 238 <i>bis</i> HC du code général des impôts. Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général</p>	<p>I. - Le deuxième alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Les mots : « au sixième alinéa de l'article 62, » sont supprimés ;</p> <p>2° Les mots : « au deuxième alinéa de l'article 154 <i>bis</i> sont remplacés par les mots : « au deuxième alinéa du I de l'article 154 <i>bis</i> » ;</p> <p>3° Après les mots « au 4 <i>bis</i> », sont insérés les mots « et au quatrième alinéa du a du 5 ».</p>	<p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
des impôts et des plus-values et moins-values à long terme.	II. - Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 136-3 et la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article L.136-4 du même code, après les mots : « au 4 <i>bis</i> », sont insérés les mots : « et aux quatrième, cinquième et sixième alinéas du a du 5 ».	
Art. L. 136-3.- Pour la détermination des revenus mentionnés au précédent alinéa, il n'est pas tenu compte des reports déficitaires ainsi que des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts et des plus-values et moins-values professionnelles à long terme. Les revenus sont majorés des déductions et abattements mentionnés aux articles 44 <i>quater</i> , 44 <i>sexies</i> , 44 <i>septies</i> et 44 <i>octies</i> , au 4 <i>bis</i> de l'article 158 et aux articles 238 bis HA à 238 bis HC du code général des impôts. Les cotisations personnelles de sécurité sociale mentionnées à l'article 154 <i>bis</i> du code général des impôts, ainsi que les sommes visées à l'article L. 443-8 du code du travail et versées au bénéfice de l'employeur et du travailleur indépendant, sont ajoutées au bénéfice pour le calcul de la contribution à l'exception de celles prises en compte dans le revenu défini à l'article L. 242-11.	III. - Les dispositions du présent article sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des revenus des années 2003 et suivantes.	Article 7
	Article 7	Sans modification
	I. - Les gains et rémunérations, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L.741-10 du code rural, versés au cours d'un mois civil aux personnes mentionnées au II du présent article appartenant aux jeunes entreprises innovantes réalisant des projets de recherche et de développement sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des allocations familiales, des accidents du travail et des maladies professionnelles. Une entreprise est qualifiée de jeune entreprise innovante réalisant des	

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

projets de recherche et de développement lorsque, à la clôture de l'exercice, elle remplit simultanément les conditions suivantes :

a) Elle est une petite ou moyenne entreprise, c'est-à-dire employant moins de 250 personnes, et qui soit a réalisé un chiffre d'affaires inférieur à 40 millions d'euros au cours de l'exercice, ramené ou porté le cas échéant à douze mois, soit présente un total du bilan inférieur à 27 millions d'euros. L'effectif de l'entreprise est apprécié par référence au nombre moyen de salariés employés au cours de cet exercice ;

b) Elle a été créée depuis moins de huit ans ;

c) Elle a réalisé des dépenses de recherche, définies aux *a* à *g* du II de l'article 244 *quater* B du code général des impôts, représentant au moins 15 % des charges totales engagées par l'entreprise au titre de cet exercice, à l'exclusion des charges engagées auprès d'autres jeunes entreprises innovantes réalisant des projets de recherche et de développement ;

d) Son capital est entièrement libéré et détenu de manière continue à 75 % au moins :

- par des personnes physiques ;
- ou par une société répondant aux conditions du *a* et dont le capital est détenu pour 75 % au moins par des personnes physiques ;

- ou par des sociétés de capital-risque, des fonds communs de placement à risques, des sociétés de développement régional, des sociétés financières d'innovation ou des sociétés unipersonnelles d'investissement à risque à la condition qu'il n'existe pas de lien de dépendance au sens des deuxième à quatrième alinéas du 12 de l'article 39 du code général des impôts entre la société en cause et ces dernières sociétés ou ces fonds ;

e) Elle n'est pas créée dans le cadre d'une concentration, d'une restructuration, d'une extension d'activités préexistantes ou d'une reprise de telles activités au sens du III de l'article 44 *sexies* du code général des impôts.

II. - Les cotisations exonérées sont celles qui sont dues au titre, d'une

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

**Propositions de la
Commission**

part, des salariés énumérés au III et au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 351-4 du Code du travail et, d'autre part, des mandataires sociaux qui participent, à titre principal, au projet de recherche et de développement de l'entreprise.

III. - Les salariés mentionnés au II sont les chercheurs, les techniciens, les gestionnaires de projets de recherche et de développement, les juristes chargés de la protection industrielle et des accords de technologie liés au projet, et les personnels chargés des tests pré-concurrentiels.

IV. - L'avis exprès ou tacite délivré par l'administration fiscale, saisie par une entreprise dans les conditions prévues au 4° de l'article L. 80 B du Livre des procédures fiscales est opposable à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations de sécurité sociale compétent.

V. - L'exonération prévue au I est applicable au plus jusqu'au dernier jour de la septième année suivant celle de la création de l'entreprise. Toutefois, si au cours d'une année l'entreprise ne satisfait plus à l'une des conditions requises pour bénéficier du statut de jeune entreprise innovante réalisant des projets de recherche et de développement, elle perd définitivement le bénéfice de l'exonération prévue au I.

VI. - Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé, pour l'emploi d'un même salarié, ni avec une aide d'Etat à l'emploi, ni avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales, ni avec l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations.

VII. - Le droit à l'exonération est subordonné à la condition que l'entreprise ait rempli ses obligations de déclaration et de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

VIII. Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

Dispositions en vigueur

sociale de solidarité est annuelle. Son taux est fixé par décret, dans la limite de 0,13 p. 100 du chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5. Elle n'est pas perçue lorsque le chiffre d'affaires de la société est inférieur à 760 000 €. Des décrets peuvent prévoir un plafonnement en fonction de la marge pour les entreprises de commerce international et intracommunautaire fonctionnant avec une marge brute particulièrement réduite et pour les entreprises du négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant ou vendant directement à la production et pour les entreprises du négoce en gros des combustibles.

.....

Texte du projet de loi

Article 8

Jusqu'au 31 décembre 2008, les contributions des employeurs versées à une institution de retraite supplémentaire mentionnée à l'article L. 941-1 du code de la sécurité sociale, avant le dépôt de la demande d'agrément ou la transformation en institution de gestion de retraite supplémentaire prévue à cet article, ne sont soumises ni aux cotisations dont l'assiette est définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 741-10 du code rural, ni aux contributions prévues à l'article L. 136-1 et au 2° du I de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, dès lors qu'elles ont pour objet de former des provisions, destinées à couvrir des engagements de retraite constitués à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Le montant des contributions des employeurs non assujetties en application de l'alinéa précédent ne peut excéder, pour l'ensemble de la période,

Propositions de la Commission

Article additionnel

I.– Le premier alinéa de l'article L. 651-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et les détaillants acheteurs fermes de carburants ».

II.– La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée par la majoration à due concurrence du taux de la contribution visée à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale.

Amendement n° 26

Article 8

Alinéa sans modification

Le ...

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

le niveau du complément nécessaire pour atteindre le minimum de provisions requis pour l'agrément en qualité d'institution de prévoyance dans le cadre défini au II de l'article 116 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Le versement de ces contributions peut être fractionné par exercices et les droits qui s'y attachent ne sont définitivement acquis qu'à la date de dépôt de la demande ou de la transformation prévus à l'article L. 941-1 du code de la sécurité sociale.

L'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionné à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale peut, le cas échéant, obtenir de la commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance, communication des éléments nécessaires à la détermination du montant de l'exclusion de l'assiette sociale.

Une institution ne peut bénéficier des dispositions du présent article qu'à compter de la date à laquelle la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance lui a accusé réception de la note technique prévue au IV de l'article 116 de la loi du 21 août 2003 susmentionnée

Article 9

... prévoyance dans les conditions définies au titre IV du livre IX du code de la sécurité sociale et au II de l'article ...

...sociale.

Amendement n° 27

« Le bénéfice des dispositions du présent article est subordonné à la communication, à l'organisme ...

... sociale, des pièces mentionnées au IV de l'article 116 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 précitée. »

Amendement n° 28

Alinéa sans modification

Article 9

I A. - Au 3° du I de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « à l'exception de » sont remplacés par les mots : « sauf dans ».

Amendement n° 29

Art. L. 245-2. – I. –
 3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, à l'exception de la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret, dès lors qu'une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique y est mentionnée.

.....
 II. -

2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et des spécialités remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p>	<p>I. - Au 2° du II de l'article L.245-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « et des spécialités remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L.162-16 du présent code » sont remplacés par les mots : « à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 ».</p>	<p>I. - Non modifié</p>
<p>II.- 1° A un abattement forfaitaire égal à 500 000 € et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I ;</p>	<p>II. - Le III de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions qui suivent :</p>	<p>II. – 1. Au 1° du II du même article, la somme : « 500 000 € » est remplacée par la somme : « 1,5 million d'euros ».</p>
<p>III. - Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p>	<p>« III. - Le montant de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du montant de l'assiette définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II</p>	<p>2. Dans le tableau du dernier alinéa du III du même article, le rapport : « 10 % » est remplacé deux fois par le rapport : « 7,5 % » et le taux : « 13 » est remplacé par le taux : « 15 ».</p>
<p>Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p>	<p>« Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p>	<p>Alinéa supprimé</p>
<p>Cf. tableau en annexe</p>	<p>Cf. tableau en annexe</p>	<p>Cf. tableau en annexe Amendement n° 30</p>
<p>Art. L. 245-3.- Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'établir le montant de l'assiette servant de base à la contribution, le montant de la contribution est fixé par l'autorité compétente de l'Etat, forfaitairement et, le cas échéant, à titre provisionnel.</p>		<p>II bis. – L'article L. 245-3 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 245-3. - La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires sont précisées par décret en Conseil d'Etat ».</p>
<p>Lorsque l'entreprise n'a pas produit la déclaration dans les délais prescrits, le montant de la contribution</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>peut être fixé à titre provisionnel par l'autorité compétente de l'Etat, en fonction des versements effectués au titre des exercices antérieurs ou, à défaut, par tous autres moyens.</p>	<p>III. - L'article L. 245-4 du même code est ainsi rédigé :</p>	<p><i>d'Etat.</i> » Amendement n° 31</p>
<p>Art. L. 245-4.- Sont exonérées de cette contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos est inférieur à 15 millions d'euros, sauf lorsqu'elles sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé, réalisé en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, dépasse cette limite ou lorsqu'elles possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires consolidé avec leur propre chiffre d'affaires dépasse cette limite. Le seuil mentionné ci-dessus est revalorisé en fonction des conditions économiques par arrêté ministériel.</p>	<p>« Art. L. 245-4. - Sont exonérées de cette contribution, sous réserve des dispositions prévues au deuxième alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos en France métropolitaine ou dans les départements d'outre mer, au titre des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ou faisant l'objet d'un enregistrement en application des dispositions de l'article L. 5121-13 du code de la santé publique et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique est inférieur à 15 millions d'euros.</p>	<p>III. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 245-4. - Sont ...</p> <p>...prévues <i>aux trois derniers alinéas</i>, les entreprises ...</p>
	<p>« Parmi les entreprises définies à l'alinéa précédent, ne bénéficient cependant pas de cette exonération :</p>	<p>... d'euros. Amendement n° 32 Alinéa sans modification</p>
	<p>« 1° Celles qui sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires hors taxes consolidé, défini dans les conditions prévues au premier alinéa, dépasse 15 millions d'euros.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>« 2° Celles qui possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires défini dans les conditions prévues au premier alinéa, consolidé avec leur propre chiffre d'affaires visé au premier alinéa, dépasse 15 millions d'euros.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>IV.- Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1^{er} décembre 2004. »</p>	<p>IV.- Les dispositions <i>des I à III</i> s'appliquent ...</p>
		<p>... 2004. »</p> <p>V. - <i>Les entreprises redevables en 2003 de la taxe prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique sont assujetties à une contribution</i></p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

exceptionnelle au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, assise sur leur chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2004 au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, lequel chiffre d'affaires ne prend pas en compte les remises accordées par les entreprises.

« Le taux de la contribution est fixé à 0,5 %. Le 3^o de l'article L. 225-1-1 et les articles L. 138-20 à L. 138-23 du code de la sécurité sociale sont applicables à cette contribution exceptionnelle, qui est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

« La contribution fait l'objet d'un premier versement à titre d'acompte au plus tard le 15 avril 2004, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le solde de la contribution est versé au plus tard le 15 avril 2005. Les modalités de déclaration de la contribution exceptionnelle sont définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« Le défaut de déclaration, la déclaration manifestement erronée ou l'absence de paiement de la contribution entraînent une taxation provisionnelle s'élevant à 1 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine ou dans les départements d'outre mer par le redevable au cours de l'exercice 2003. Cette taxation provisionnelle peut faire l'objet d'un recours amiable auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. A défaut de contestation dans les deux mois de sa notification, ce montant provisionnel a un caractère définitif et la taxation provisionnelle devient une taxation forfaitaire.

« Le non respect des règles

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

déclaratives et de paiement entraîne une majoration de 10 % du montant de la contribution. Cette majoration peut faire l'objet d'un recours amiable auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Un même redevable ne peut faire l'objet à la fois de la majoration et de la taxation forfaitaire. »

Amendement n° 33

Article 10

Article 10

I. - Après la section 1 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, il est créé une section 2 ainsi rédigée :

I. - Alinéa sans modification

« *Section 2*

Division et intitulé sans modification

« *Contribution à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1*

« *Art. L. 245-5-1. - Il ...*

« *Art. L. 245-5-1. - Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution en France de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L.162-17 ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1.*

... associées
inscrits *au titre I^{er}* de la liste prévue à l'article L. 165-1.

Amendement n° 34

« *Art. L. 245-5-2. - Alinéa sans modification*

« *Art. L. 245-5-2. - La contribution est assise sur les charges comptabilisées au titre du dernier exercice clos au titre :*

« 1° Des...

« 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes, qu'elles soient ou non salariées des entreprises redevables de la contribution, qui interviennent en France auprès des

... France aux fins de présenter,

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

professionnels de santé régis par les dispositions du titre 1er du livre 1er de la quatrième partie du code de la santé publique, auprès des masseurs-kinésithérapeutes ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des produits et prescriptions inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

« 2° Des remboursements de frais de transports, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;

« 3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires à l'exception de la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret, dès lors qu'un des dispositifs, tissus, cellules, produits ou prestations y est mentionné.

« Il est procédé sur l'assiette définie aux alinéas précédents à un abattement forfaitaire de 100 000 €.

« Le taux de la contribution est fixé à 10 %.

« Art. L. 245-5-3. - Sont exonérés de la contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au cours du dernier exercice clos est inférieur à 763 000 € sauf lorsque les entreprises sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé, réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer, dépasse cette limite ou lorsqu'elles possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires consolidé avec leur propre chiffre d'affaires dépasse cette limite.

promouvoir ou vendre les produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 auprès des professionnels ...

...rémunérations afférentes à la promotion, la présentation ou la vente des produits et prescriptions inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

Amendement n° 35

« 2° Alinéa sans modification

« 3° Des ...

... publicitaires, sauf dans la presse ...

...mentionné.

Amendement n° 36

Alinéa sans modification

« Le ...

...fixé à 5 %.

Amendement n° 37

« Art. L. 245-5-3. - Sont exonérées de cette contribution, sous réserve des dispositions prévues aux trois derniers alinéas de cet article, les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos en France métropolitaine ou dans les départements d'outre mer, au titre des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est inférieur à 7,5 millions d'euros.

« Parmi les entreprises définies à l'alinéa précédent, ne bénéficient cependant pas de cette exonération :

« 1° Celles qui sont filiales à

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 138-20.- Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10 et L. 245-1 sont recouvrées et contrôlées dans les conditions prévues à la présente section par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale peut requérir l'assistance des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer, notamment par la mise à disposition d'agents de ces organismes, en particulier d'inspecteurs du recouvrement, pour assurer les actions de contrôle. Les agents habilités peuvent</p>	<p>« Art. L. 245-5-4. - La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.</p> <p>« Art. L. 245-5-5. - La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au 3° de l'article L.225-1-1 et aux articles L.138-20 à L.138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, comportant notamment des majorations, pénalités, taxations provisionnelles ou forfaitaires sont précisées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>« Art. L. 245-5-6 - Les modalités d'application de la présente section sont définies par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p>II.- A l'article L. 138-20 du code de la sécurité sociale, les mots : « et L. 245-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 245-1 et L. 245-5-1 ».</p>	<p>50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires hors taxes consolidé, défini dans les conditions prévues au premier alinéa, dépasse 7,5 millions d'euros ;</p> <p>« 2° Celles qui possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires défini dans les conditions prévues au premier alinéa, consolidé avec leur propre chiffre d'affaires visé au premier alinéa, dépasse 7,5 millions d'euros. »</p> <p>Amendement n° 38 « Art. L. 245-5-4. - Non modifié</p> <p>« Art. L. 245-5-5. - La contribution est versée au plus tard le 1^{er} décembre de chaque année.</p> <p>Amendement n° 39 La ...</p> <p>... d'Etat. « Art. L. 245-5-6 - Non modifié</p> <p>II.- Non modifié</p>

Dispositions en vigueur

recueillir auprès des assujettis aux contributions tous renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.

Art. L. 138-1.- Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique lorsqu'elles vendent en gros des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins.

Texte du projet de loi

III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2004.

Article 11

Propositions de la Commission

III. - Les dispositions du présent article *sont applicables pour la première fois à l'assiette déterminée au titre de l'année 2003.*

Amendement n° 40

Article 11

I.- A. - L'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxe aux officines inférieure à un montant de 150 euros augmenté de la marge maximum que les établissements de vente en gros sont autorisés à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38.

« La perte de recettes est compensée par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 138-2.- Le taux de la contribution est fixé trimestriellement. Il est de :</p>	<p>I. – L'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	<p>Amendement n° 41 I. – Alinéa sans modification</p>
<p>a) 2,17 p. 100 si le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'ensemble des entreprises visées à l'article L. 138-1 assujettis au cours du trimestre s'accroît de 6 p. 100 ou plus par rapport à la même période de l'année précédente ;</p>	<p>« Art. L. 138-2. - La contribution due par chaque entreprise est assise sur le montant du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-1.</p>	<p>« Art. L. 138-2. - Alinéa sans modification</p>
<p>b) 2,02 p. 100 si la progression de ce chiffre d'affaires est comprise entre 5 p. 100 et moins de 6 p. 100 ;</p>	<p>« L'assiette de la contribution est composée de deux parts. Une première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile ; une seconde part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et celui réalisé l'année précédente.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>c) 1,87 p. 100 si cette progression est comprise entre 2 p. 100 et moins de 5 p. 100 ;</p>	<p>« Le montant de la contribution est calculé en appliquant un taux de 1,7 % à la première part et un taux de 5,5 % à la seconde part. Si cette dernière est négative, le produit de la seconde part par le taux de 5,5 % s'impute sur le produit de la première part par le taux de 1,7 %. Néanmoins, le montant de la contribution ne peut excéder 4 % ni être inférieur à 1,4 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile.</p>	<p>« Le taux de 1,9 % à la première part et un taux de 2,25 % à la seconde part. Si ...</p>
<p>d) 1,67 p. 100 si cette progression est comprise entre plus de 0 p. 100 et moins de 2 p. 100 ;</p>	<p>« Lorsqu'une entreprise est soumise pour la première fois à la contribution, elle n'est redevable la première année que de la première part. En ce qui concerne le calcul de la seconde part pour la deuxième année d'acquittement de la contribution, et dans le cas où l'entreprise n'a pas eu d'activité commerciale tout au long de la première année civile, le chiffre d'affaire pris en compte au titre de la première année est calculé au prorata de la durée écoulée afin de couvrir une année civile dans son intégralité.</p>	<p>... le taux de 2,25 % s'impute sur le produit de la première part par le taux de 1,9 %. Néanmoins, ...</p>
<p>e) 1,42 p. 100 si la diminution de ce chiffre d'affaires est comprise entre 0 p. 100 et moins de 3 p. 100 ;</p>	<p>« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »</p>	<p>... civile. Amendement n° 42 Alinéa sans modification</p>
<p>f) 1,17 p. 100 si cette diminution est égale à 3 p. 100 ou plus.</p>	<p>II. - L'article L. 138-4 du même code est ainsi rédigé :</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 138-4.- Les entreprises visées à l'article L. 138-1 versent la contribution assise sur le chiffre d'affaires réalisé au cours de chaque trimestre civil, avant le dernier jour du trimestre suivant.</p>	<p>« Art. L 138-4. -La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »</p>	<p>« Art. L 138-4. - La contribution est versée de manière provisionnelle le 1^{er} septembre de chaque année, pour un montant correspondant à 80 % de la contribution due au titre de l'année civile précédente. Une régularisation annuelle intervient au 31 mars de l'année suivante, sur la base du chiffre d'affaires réalisé pendant l'année civile et déclaré le 15 février de l'année suivante.</p>
<p>Art. L. 138-5.- Les entreprises visées à l'article L. 138-1 sont tenues d'adresser à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les éléments nécessaires en vue de la détermination de la progression du chiffre d'affaires réalisé au cours de chaque trimestre civil, avant le dernier jour du deuxième mois suivant la fin de chacun de ces trimestres.</p>	<p>III. - Les dispositions du I et du II sont applicables au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1^{er} janvier 2004.</p>	<p>Lad'Etat. » Amendement n° 43 III. - Les dispositions des I A à II 2004.</p>
<p>Art. L. 138-6.- En cas de non-déclaration dans les délais prescrits ou de déclaration manifestement erronée de certaines entreprises visées à l'article L. 138-1 le taux de croissance du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises visées à l'article L. 138-1 est déterminé par le rapport entre la somme des chiffres d'affaires valablement déclarés au cours du trimestre considéré et la somme des chiffres d'affaires réalisés par les mêmes entreprises visées à l'article L. 138-1 au cours du trimestre correspondant de l'année précédente .</p>	<p>IV. - Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 137-7, les articles L. 138-5 à L. 138-7, l'article L. 138-13, les premier et deuxième alinéas de l'article L. 138-15, les articles L.138-17, L.245-3 et L.245-6 du code de la sécurité sociale sont abrogés à compter du 1^{er} janvier 2004.</p>	<p>Amendement n° 41 IV. - A. - Les articles L. 138-5, L. 138-6 et L. 138-15 du code de la sécurité sociale sont abrogés.</p>
<p>Art. L. 138-15.- Les entreprises redevables sont tenues d'adresser à l'Agence centrale des organismes de</p>		

Dispositions en vigueur

sécurité sociale les éléments nécessaires pour déterminer leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 15 février de l'année suivante.

Les éléments servant de base à l'établissement de la contribution prévue au c de l'article L. 138-11 sont ceux prévus pour l'établissement de la contribution prévue à l'article L. 245-1 ayant donné lieu aux versements effectués au 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution prévue à l'article L. 138-10 est due.

Art. L. 137-7.-

Les entreprises d'assurance sont tenues de verser, au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque bimestre, à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, le produit de la contribution correspondant au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises au cours de chaque bimestre, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction du prélèvement destiné à compenser les frais de gestion dont le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.

A l'appui de chaque versement, elles sont tenues de produire à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale une déclaration conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.

Art. L. 138-7.- Lorsqu'une entreprise visée à l'article L. 138-1 n'a pas produit la déclaration prévue dans les délais prescrits ou a produit une déclaration manifestement erronée, le taux de sa contribution est fixé à titre provisionnel d'office à 2 p. 100, la contribution étant alors appelée sur le montant du chiffre d'affaires du dernier trimestre connu.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« B. – *Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 137-7 du même code sont ainsi rédigés :*

« *Les entreprises d'assurance versent le produit de la contribution au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque bimestre. Ce produit correspond au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises au cours de chaque bimestre, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction du prélèvement destiné à compenser les frais de gestion dont le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.*

« *La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »*

« C. – *L'article L. 138-7 du même code est ainsi rédigé :*

« *Art. L. 138-7. - La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires sont précisées par décret en Conseil*

Dispositions en vigueur

Lorsque l'entreprise visée à l'article L. 138-1 produit ultérieurement la déclaration du trimestre considéré, le montant de sa contribution dû au titre de ce trimestre est majoré de 10 p. 100. Les entreprises visées à l'article L. 138-1 peuvent formuler une demande gracieuse en réduction de cette majoration en cas de bonne foi dûment prouvée.

Art. L. 138-13.- Les parts de la contribution mentionnées au a et au b de l'article L. 138-11 font l'objet d'un versement au plus tard le 30 juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

La part de la contribution mentionnée au c de l'article L. 138-11 fait l'objet d'un versement provisionnel au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ce versement provisionnel est assis sur les sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due. Ce montant est régularisé le 30 juin de l'année suivant l'année au cours de laquelle est effectué le versement provisionnel. Cette régularisation est établie sur la base des sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er décembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.

Art. L. 138-17.- Lorsqu'une entreprise redevable n'a pas produit les éléments prévus à l'article L. 138-15 dans les délais prescrits ou a produit une déclaration manifestement erronée, les trois parts de la contribution sont appelées à titre provisionnel :

1° Pour l'application de la part de la contribution mentionnée au a de l'article L. 138-11, sur la base du dernier chiffre d'affaires connu, majoré de

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

d'Etat. ».

« D. – L'article L. 138-17 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 138-17. - La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

E. – Les dispositions du présent IV entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2004.

Amendement n° 44

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>20 % ;</p> <p>2° Pour l'application de la part de la contribution mentionnée au b de l'article L. 138-11, sur la base du dernier chiffre d'affaires connu, majoré de 20 % ;</p> <p>3° Pour l'application de la part de la contribution mentionnée au c de l'article L. 138-11, sur la base du dernier versement effectué, majoré de 20 % .</p> <p>Lorsque l'entreprise redevable produit ultérieurement la déclaration considérée, le montant de la part de la contribution due au titre de l'année est majoré de 10 %. Cette majoration peut faire l'objet d'une demande de remise gracieuse.</p> <p>Art. L. 245-3.- Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'établir le montant de l'assiette servant de base à la contribution, le montant de la contribution est fixé par l'autorité compétente de l'Etat, forfaitairement et, le cas échéant, à titre provisionnel.</p> <p>Lorsque l'entreprise n'a pas produit la déclaration dans les délais prescrits, le montant de la contribution peut être fixé à titre provisionnel par l'autorité compétente de l'Etat, en fonction des versements effectués au titre des exercices antérieurs ou, à défaut, par tous autres moyens.</p> <p>Art. L. 245-6.- La contribution est versée au plus tard le 1er décembre de chaque année .</p>	<p>Article 12</p> <p>Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2004 en application du premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 3 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.</p> <p>Article 13</p> <p>Pour 2004, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoire de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants</p>	<p>Article 12</p> <p>Sans modification</p> <p>Article 13</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur —	Texte du projet de loi —	Propositions de la Commission —
	suivants :	
	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe Amendement n° 45
	<p>Article 14</p> <p>Pour 2003, les prévisions révisées de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoire de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :</p>	<p>Article 14</p> <p>Sans modification</p>
	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe
<p>Code de la santé publique CINQUIEME PARTIE Produits de santé LIVRE 1 Produits pharmaceutiques TITRE 2 Médicaments à usage humain CHAPITRE 1 Dispositions générales</p>	<p>TITRE III</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE</p>	<p>TITRE III</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE</p>
	Article 15	Article 15
<p><i>Art. L.5121-10. - Pour une spécialité générique définie au 5° de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration de ces droits.</i></p>	<p>I. - Les dispositions de l'article L. 5121-10 du code de la santé publique sont remplacées par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. L.5121-10. - Pour une spécialité générique définie au 5° de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé procède à l'inscription de cette spécialité dans le répertoire des groupes génériques lorsqu'il délivre l'autorisation de mise sur le marché. Cette inscription atteste le caractère</p>	<p><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2004, un rapport sur les prestations indûment versées au titre de l'assurance maladie.</i></p> <p>Amendement n° 46</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p>
		<p>« Art. L.5121-10.- Pour ...</p> <p>... concernée.</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Lorsqu'elle a délivré une autorisation de mise sur le marché dans les conditions prévues au précédent alinéa, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence.</p>	<p>substituable des médicaments figurant dans un même groupe générique. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration de ces droits, sauf accord du titulaire de ces droits.</p> <p>« Lorsque l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Art. L. 5121-20. - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :</p>	<p>II. – Le 1° de l'article L. 5121-20 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p><i>« Le directeur général de l'agence procède à l'inscription de la spécialité générique dans le répertoire des groupes génériques au terme d'un délai de 60 jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché de celle-ci le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle, sauf accord du titulaire de ces droits. »</i></p>
<p>1° Les critères scientifiques justifiant le cas échéant l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 et les modalités de création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence, ces groupes étant définis au 5° de l'article L. 5121-1 ;</p>	<p>« 1° Les critères scientifiques justifiant le cas échéant l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1, les modalités de création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence, ces groupes étant définis au 5° de l'article L. 5121-1, et la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques mentionnés à l'article L. 5121-10. »</p>	<p>Amendement n° 47 II. – Non modifié</p>
<p>.....</p>	<p>Article 16</p>	<p>Article 16</p>
	<p>Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les actes pris en application des articles L. 162-17 et L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale avant le 1er juillet 2003, en tant que leur légalité</p>	<p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">TITRE VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales CHAPITRE II Dispositions générales relatives aux soins SECTION 4 Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques</p>	<p>serait contestée pour un motif tiré de l'irrégularité des avis rendus par la commission de la transparence.</p>	<p style="text-align: center;">Article 17</p> <p>Sans modification</p>
<p><i>Art. L. 162-17-4.</i> - 1° Le prix de ces médicaments et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de vente ;</p>	<p style="text-align: center;">Article 17</p> <p>I. – Il est inséré à la section IV du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale un article L. 162-16-5 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 162-16-5.</i> - le prix de vente maximum aux établissements de santé des spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché, inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament et de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique. »</p> <p>II. - Au 1° de l'article L. 162-17-4, après les mots : « le prix de ces médicaments » sont insérés les mots : « , à l'exception de ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché. ».</p>	<p style="text-align: center;">Article 18</p> <p>Sans modification</p>
<p style="text-align: center;">Article 18</p>	<p>I. - A la section V du chapitre II du titre VI du livre 1er du code de la</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 162-21.- L'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements de soins de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux.</p>	<p>sécurité sociale, il est créé une sous-section 1 comprenant les articles L.162-20 à L. 162-22 et ainsi intitulée : « sous-section 1 <i>Dispositions générales</i> » II. - A l'article L. 162-21 du même code, les mots : « établissements de soins » sont remplacés par les mots : « établissements de santé ».</p>	
<p>Art. L. 162-21-1.- L'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, de l'avance des frais d'hospitalisation dans les établissements de soins privés ayant passé convention en application de l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.</p>	<p>III. - L'article L.162-21-1 est ainsi rédigé : « Art. L. 162-21-1. L'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les cas et conditions fixées par voie réglementaire, de l'avance des frais d'hospitalisation dans les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L.162-22-6 et à l'article L. 174-1. »</p>	
	Article 19	Article 19
	<p>I. - A la section V du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est créé une sous-section 2 comprenant les articles L. 162-22-1 à L.162-22-5 et ainsi intitulée : « sous-section 2 <i>Frais d'hospitalisation afférents aux activités de soins de suite ou de réadaptation et aux activités de psychiatrie de certains établissements de santé privés</i> ».</p>	I. - Non modifié
<p>Art. L. 162-22-1.- Pour les établissements de santé mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine :</p>	<p>II. - L'article L. 162-22-1 est ainsi modifié : 1° Au premier alinéa, les mots : « Pour les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « Pour les activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation respectivement mentionnées aux a et b du 1° de l'article L.6111-2 du code de la santé publique exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 ».</p>	II. - Non modifié
<p>3° Les modalités de détermination par l'agence régionale de l'hospitalisation des tarifs des</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>prestations des établissements nouvellement créés ou issus d'un regroupement entre établissements ;</p>	<p>2° Le 3° est complété par les mots : « ainsi que des tarifs des prestations correspondant à des activités nouvellement autorisées ou reconnues au sein d'un établissement »</p>	
<p>5° Les modalités de versement des sommes correspondantes ;</p>	<p>3° Le 5° est ainsi rédigé : « Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ; »</p>	
<p>6° Sans préjudice des dispositions prévues par le code de la santé publique, les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 de ce code, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements ;</p>	<p>4° Les 6° et 7° sont supprimés.</p>	
<p>7° Les modalités de transmission par les établissements à l'Etat, aux agences régionales de l'hospitalisation et aux organismes d'assurance maladie, des informations relatives d'une part aux frais d'hospitalisation, d'autre part aux honoraires des professionnels de santé y exerçant leur activité. Sur la base de ces informations, l'agence régionale de l'hospitalisation procède à un suivi régulier du coût total pour l'assurance maladie de chaque établissement.</p>		
	<p>III - L'article L. 162-22-2 est ainsi modifié :</p>	III - Alinéa sans modification
	<p>1° Le I est ainsi rédigé :</p>	1° Alinéa sans modification
<p>Art. L. 162-22-2.- I. - Chaque année, est défini un objectif quantifié national des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans ces établissements au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Toutefois, n'entrent pas dans ce montant les charges afférentes aux activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. Le contenu de cet objectif quantifié national est précisé par décret.</p>	<p>« I.- Chaque année est défini un objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre de ces activités au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Le contenu de cet objectif est défini par décret.</p>	Alinéa sans modification
<p>Le montant de l'objectif quantifié national est arrêté par les ministres</p>	<p>« Le montant de l'objectif quantifié national est arrêté par les</p>	« Le ...

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et du budget en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant prend en compte, outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services et des activités de ces établissements se trouvent placés, pour tout ou partie :</p>	<p>ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget en fonction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, dans le délai de 15 jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant prend en compte, outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. »</p>	<p>.... auparavant, <i>notamment celles relatives aux conversions d'activité.</i> » Amendement n° 48</p>
<p>a) Sous le régime de financement prévu à l'article L. 174-1 du présent code alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;</p>	<p>2° Au II, après les mots : « au titre des soins dispensés l'année précédente » sont ajoutés les mots : « des prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ».</p>	
<p>b) Sous le régime de financement prévu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 174-1 du présent code.</p>		
<p>Ce montant prend également en compte les évolutions à l'issue desquelles des établissements auparavant régis par l'article L. 6114-3 du code de la santé publique se trouvent placés, compte tenu de leur activité réelle, sous le régime de financement prévu à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles.</p>		
<p>.....</p>		
<p><i>Art. L. 162-22-3.-</i> I. - Chaque année, au plus tard le 25 février, un accord entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au moins une des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique détermine :</p>	<p>IV. - L'article L. 162-22-3 est ainsi rédigé : « <i>Art. L.162-22-3.</i> I - Chaque année, l'Etat détermine :</p>	<p>IV. - Alinéa sans modification « <i>Art. L.162-22-3.</i> I - Non modifié</p>
<p>1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de</p>	<p>« 1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>l'assuré, et des montants afférents aux forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2 ; ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales ;</p>	<p>22-1, selon les modalités prévues à l'article L.162-22-2. Ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales ;</p>	
<p>2° Les variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations et des montants afférents aux forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 qui peuvent être alloués aux établissements par les agences régionales de l'hospitalisation selon les modalités définies par l'accord régional mentionné à l'article L. 162-22-4 ;</p>	<p>« 2° Les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être allouées aux établissements par les agences régionales ;</p>	
<p>3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1 ;</p>	<p>« 3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1.</p>	
<p>4° Le montant total des ressources qui peuvent être allouées au plan national au financement de nouveaux forfaits annuels créés dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-8, les critères présidant à la détermination du montant de chacun de ces forfaits et leur valeur unitaire.</p>		
<p>A défaut d'accord dans le délai précité et au plus tard le 15 mars de l'année, un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les éléments mentionnés aux 1° à 4° ci dessus.</p>		
<p>II. - Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et la ou les organisations nationales les plus représentatives des établissements signataires de l'accord mentionné au I observent l'évolution des charges entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, au moins une fois dans l'année, au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année.</p>	<p>« II. - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, aux agences régionales de l'hospitalisation ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I du L. 162-22-2 et sa répartition par région, par établissement et par nature d'activité.</p>	<p>« II. - La ...</p>
<p>Chaque année, au plus tard le 30 janvier, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat et aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-2 du</p>	<p>« Lorsqu'il apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées pour le premier trimestre n'est pas compatible avec l'objectif de l'année en cours, l'Etat</p>	<p>... au I de l'article L. 162-22-2d'activité. Amendement n° 49 Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>code de la santé publique, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, établissement et nature d'activité.</p>	<p>peut modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 de manière à garantir son respect dans les conditions prévues au I du présent article.</p>	Alinéa sans modification
<p>En vue de permettre un suivi de l'objectif quantifié national en cours d'année, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant des charges définies au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, le 31 août au plus tard, pour les quatre premiers mois.</p>	<p>Lorsqu'il apparaît que l'évolution des charges n'est pas compatible avec l'objectif fixé en application de l'article L. 162-22-2, les parties à l'accord déterminent les mesures de toute nature propres à garantir son respect.</p>	Alinéa sans modification
<p>A défaut, et après consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements concernés, un arrêté conjoint des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale fixe les mesures nécessaires dans les conditions prévues au I du présent article.</p>	<p>« III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, y compris en cas de défaut de transmission par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés des données mentionnées au II dans les délais prévus au présent article. »</p>	Alinéa sans modification
<p>III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, y compris en cas de défaut de transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés des données mentionnées aux alinéas précédents dans les délais prévus aux mêmes alinéas.</p>	<p>V. - L'article L. 162-22-4 est ainsi rédigé :</p>	V. - Non modifié
<p><i>Art. L. 162-22-4.</i> - Chaque année, au plus tard le 31 mars, un accord conclu entre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et les représentants, dans la région, d'une au moins des organisations nationales les plus représentatives des établissements</p>	<p>« <i>Art. L. 162-22-4.</i> - Chaque année, l'Etat détermine, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-3 les règles générales de modulation des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 des établissements de la région, en</p>	V. - Non modifié

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>de santé privés signataires de l'accord mentionné à l'article L. 162-22-3 fixe, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-2 et L. 162-22-3 ainsi que des orientations arrêtées par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, définies au 2° de l'article L. 710-20 du code de la santé publique, les règles générales de modulation des tarifs des prestations des établissements de la région, en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique.</p>	<p>fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 6113-7 à L. 6113-9 du code de la santé publique. L'Etat détermine, en outre, compte tenu des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et des orientations du conseil régional de santé, les critères susceptibles d'être pris en compte pour accorder à certains établissements, notamment en vue de l'amélioration de la qualité des soins, des évolutions de tarifs différentes du taux moyen d'évolution arrêté dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 162-22-3. »</p>	VI - Non modifié
<p>Cet accord détermine, en outre, compte tenu des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et des orientations de la conférence régionale de santé, les critères susceptibles d'être pris en compte pour accorder à certains établissements, notamment en vue de l'amélioration de la qualité des soins, des évolutions de tarifs différentes du taux moyen d'évolution arrêté dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 162-22-3. Il détermine également, dans les mêmes conditions, les critères qui président à la modulation des taux d'évolution des forfaits visés à l'article L. 162-22-8.</p>	<p>VI - L'article L.162-22-5 est ainsi rédigé :</p>	
<p>A défaut d'accord, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation fixe ces dispositions.</p>	<p>« Art L. 162-22-5. I - Les tarifs des prestations afférents aux activités de psychiatrie et, de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.</p>	
<p>Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1er mai de l'année en cours.</p>	<p>« Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1er mars de l'année en cours.</p>	
<p>II. - Les tarifs de responsabilité applicables aux établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé</p>	<p>« II. - L'Etat fixe les tarifs de responsabilité applicables aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>publique sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p>privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6. »</p> <p>Article 20</p> <p>I. - A la section 5 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est créé une sous-section 3 ainsi rédigée :</p> <p>« <i>Sous-section 3</i></p> <p>« <i>Frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et « odontologie des établissements de santé</i></p> <p>« <i>Art. L. 162-22-6.</i> - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, exercées par les établissements suivants :</p> <p>« a) Les établissements publics de santé à l'exception des hôpitaux locaux mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique et des établissements ou services dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du même code ;</p> <p>« b) les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier ;</p> <p>« c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;</p> <p>« d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ci-dessus ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de l'hospitalisation,</p>	<p>Article 20</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 162-22-6.</i> - Alinéa sans modification</p> <p>« a) Alinéa sans modification</p> <p>« b) Alinéa sans modification</p> <p>« c) Les ...</p> <p>...l'article 25 de l'ordonnance ...</p> <p>... privée ;</p> <p>Amendement n° 50</p> <p>« d) Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

« e) les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d ci-dessus ;

« Ce décret précise :

« 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données visées aux articles L.6113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique ;

« 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

« *Art. L. 162-22-7.* - L'Etat fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dispensés aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, sur présentation des factures ainsi que les conditions dans lesquelles ces spécialités pharmaceutiques et ces produits et prestations peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

« Bénéficiaire d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation

« e) Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« 1° Alinéa sans modification

« 2° Alinéa sans modification

« 3° Alinéa sans modification

« *Art. L. 162-22-7.* - L'Etat fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché *dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées.*

Amendement n° 51

Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

dans des conditions définies par décret.

« Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés.

« Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations bénéficient d'un remboursement à hauteur de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

« Art. L. 162-22-8. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, certaines activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 et qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants quel que soit le volume d'activité réalisé, peuvent bénéficier d'un financement conjoint sous la forme de tarifs de prestations d'hospitalisation et d'un forfait annuel versé, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-15. La liste de ces activités est fixée par décret.

« Art. L. 162-22-9. - I - Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« Art. L. 162-22-8. - Non modifié

« Art. L. 162-22-9. - Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

« Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Cet objectif prend en compte, outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant.

« II. - Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, ainsi que les changements de régime juridique et de financement de certains établissements ou services ou activités des établissements concernés. Pour les éléments mentionnés aux 1° et 2° du même article, il est également tenu compte de l'état provisoire des charges au titre des soins dispensés l'année précédente communiqué dans les conditions prévues au II de l'article L. 162-22-10. Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du même article sont également déterminés à partir des données afférentes au coût relatif des prestations établis sur un échantillon représentatif d'établissements.

« Ce décret précise en outre les conditions dans lesquelles les tarifs de responsabilité mentionnés aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7 peuvent être modifiés de manière à assurer le respect

Alinéa sans modification

« Cet ...

... auparavant, *notamment celles relatives aux conversions d'activité.*

Amendement n° 52

« II. - Non modifié

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

de l'objectif.

« Art. L. 162-22-10. - I - Chaque année, l'Etat détermine au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9, d'une part, le montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre de la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges supportées par ces régimes. Il fixe également, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9 :

« 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

« 2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;

« 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée.

« Ces éléments prennent effet, à l'exception de ceux pris en application du II du présent article, à compter du 1er mars de l'année en cours.

« II. - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, aux agences régionales de l'hospitalisation ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du

« Art. L. 162-22-10. - I - Chaque

...
...régimes. Il fixe également, *après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés*, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9 :

Amendement n° 53

« 1° Alinéa sans modification

« 2° Alinéa sans modification

« 3° Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« II. - La ...

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges et la répartition de ce montant total par région, par établissement et, le cas échéant, par nature d'activité.

« Lorsqu'il apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées pour le premier trimestre n'est pas compatible avec l'objectif de l'année en cours, et après analyse des différents facteurs d'évolution des charges par activités médicales, l'Etat modifie les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 et les tarifs de responsabilité mentionnés aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7 de manière à garantir son respect dans les conditions prévues au I du présent article.

« III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« IV. - Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.

« Art. L. 162-22-11. - Dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du même article, servent de base à la facturation des soins et de

... l'article L. 162-22-7 en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile et, d'autre ...

...d'activité.

Amendement n° 54

« Lorsqu'il ...

... activités médicales, notamment les facteurs relatifs aux pratiques médicales et aux besoins de santé de la population, l'Etat modifie, après consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, les tarifs ...

... article. En aucun cas, la différence entre le tarif de responsabilité ainsi fixé et le prix de vente ne peut être facturée aux patients.

Amendements n°s 55, 56 et 57

« III. - Non modifié

« IV. - Alinéa sans modification

« Art. L. 162-22-11. - Non modifié

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.

« Art. L. 162-22-12. - L'Etat arrête le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 de chaque établissement.

« Art. L. 162-22-13. - Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° du I de l'article LO. 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, à ceux relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

« L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe le montant des dotations régionales et, le cas échéant, la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

« Art. L. 162-22-12. - Non modifié

« Art. L. 162-22-13. - Alinéa sans modification

« L'Etat ...

... et fixe, *après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés*, le montant des dotations régionales et la part ...

... établissements.

Amendements n^{os} 58 et 59

« En vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

« Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensées à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.

« Art. L. 162-22-14. - L'Etat fixe le montant annuel de la dotation de chaque établissement en fonction des missions d'intérêt général et des objectifs et orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de l'état d'avancement de leur réalisation. Ce montant est fixé dans le cadre d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 ou, à défaut, dans le cadre d'un avenant à l'engagement contractuel spécifique mentionné à l'article L. 162-22-13.

« Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées à l'article L. 162-22-15.

« Art. L. 162-22-15. - Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 sont versés par douzième par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

« La répartition des sommes versées au titre de l'alinéa précédent aux établissements mentionnés au a, b et c de l'article L. 162-22-6 d'une part, et la

missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale d'hospitalisation est transmis avant le 15 octobre de chaque année au Parlement et aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. »

Amendement n° 60

Alinéa sans modification

« Art. L. 162-22-14. - Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé *par l'Etat* en fonction des missions d'intérêt général, *des activités de soins dispensés à des populations spécifiques* et des objectifs ...

... moyens et de *leur* état d'avancement, ou à défaut, ...

... L. 162-22-13.

Amendement n° 61

Alinéa sans modification

« Art. L. 162-22-15. - Non modifié

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

répartition de celles versées aux établissements de santé privés mentionnés au d du même article d'autre part, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.

« Les modalités d'application de cet article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.

« Art. L. 162-22-16. - La part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les hôpitaux locaux mentionnés à l'article L. 6141-2 du code la santé publique et les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du même code est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 174-1.

« Art. L. 162-22-17. - Sans préjudice des dispositions prévues par le code de la santé publique, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-2 de ce code, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements.

« Art. L. 162-22-18. - Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

« Art. L. 162-22-16. - Non modifié

« Art. L. 162-22-17. - Non modifié

« Art. L. 162-22-18. - Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 174-1.-</i> Dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, ainsi que dans les établissements de santé à but non lucratif ayant opté, dans des conditions fixées par voie</p>	<p>« Cette sanction est prise par l'Etat à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique ou les médecins conseils des organismes d'assurance maladie mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique. Elle est notifiée à l'établissement.</p> <p>« Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité ou une prestation en particulier, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de cette activité ou prestation, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité ou la prestation objet du contrôle.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p>II. - A la section V du chapitre II du titre VI du livre 1er du code de la sécurité sociale, il est créé, après l'article L. 162-22-18, une sous-section 4 comprenant les articles L. 162-24-1 à L.162-30-1 ainsi intitulée :</p> <p>« <i>sous-section 4</i> « <i>Dispositions diverses</i> »</p> <p>Article 21</p> <p>I. - La section 1 du chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi intitulée :</p> <p>« <i>Section 1</i> « <i>Dotation annuelle de financement et forfait journalier</i> »</p> <p>II. - L'article L. 174-1 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 174-1.</i> - Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, la part des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation, respectivement mentionnées aux a et b du 1° de l'article</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>« Son ...</p> <p>... l'établissement. Amendement n° 62</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>II. - Non modifié</p> <p>Article 21</p> <p>I. - Non modifié</p> <p>II. - Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>réglementaire, pour ce mode de financement, la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie est financée sous la forme d'une dotation globale annuelle.</p>	<p>L. 6111-2 du code de la santé publique prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle de financement.</p>	
<p>Le montant de la dotation globale annuelle de chaque établissement est arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, conformément au budget approuvé dans les conditions prévues par l'article L. 714-7 du code de la santé publique et précisées par voie réglementaire.</p>	<p>« Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'Etat dans le respect des dispositions de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues par l'article L. 6145-1 du code de la santé publique et précisées par décret en Conseil d'Etat. »</p>	
<p><i>Art. L. 174-1-1.-</i> Chaque année, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'économie déterminent, en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements visés à l'article L. 174-1 prises en charge par les régimes d'assurance maladie et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses hospitalières prises en compte pour le calcul de la dotation globale et des tarifs de prestations des établissements susvisés.</p>	<p>III. - L'article L. 174-1-1 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 174-1-1.</i> - Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :</p>	<p>III. - Non modifié</p>
<p>Ce montant total annuel est fixé par application d'un taux d'évolution aux dépenses de l'année précédente, au plus tard dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif national mentionnées au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales.</p>	<p>« 1° Les activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 ;</p>	
<p>Le montant total annuel ainsi calculé des dépenses hospitalières autorisées est constitué, après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43, en dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des</p>	<p>« 2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi
<p>priorités nationales ou locales, en matière de politique sanitaire, en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements appréciés selon les modalités prévues aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique, et en ayant pour objectif la réduction progressive des inégalités de ressources entre régions et établissements.</p>	<p>« 3° Les activités des unités de soins de longue durée ;</p>
<p>Le montant des dotations régionales peut être minoré à concurrence des financements affectés au fonctionnement des structures régies par les articles L. 174-7 à L. 174-10.</p>	<p>« 4° Les activités de soins dispensés par le service de santé des armées et l'institution nationale des invalides ;</p>
<p>Le montant des dotations régionales peut également être majoré ou minoré en cours d'année pour prendre en compte les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé, ou des services et activités de ces établissements :</p>	<p>« 5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;</p>
<p>a) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;</p>	<p>« 6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte.</p>
<p>b) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>« Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6414-7 du code de la santé publique.</p>
	<p>« Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte, outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés</p>

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 174-2.-</i> La dotation globale allouée par les organismes d'assurance maladie aux établissements mentionnés à l'article L. 174-1 est versée pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.</p>	<p>auparavant.</p> <p>« Le montant de cet objectif est constitué, après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43, en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales, en matière de politique sanitaire. »</p> <p>IV. - L'article L.174-2 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 174-2.</i> - Les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 des établissements de santé mentionnés au a, b et c du même article et les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implantée l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.</p>	IV. - Non modifié
<p>Les sommes versées aux établissements pour le compte des différents régimes, en application de l'alinéa précédent, sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté interministériel fixe cette répartition.</p>	<p>« Le montant des dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 est réparti après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, l'Etat fixe cette répartition.</p>	
<p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et, notamment, les critères de la répartition entre régimes de la dotation globale.</p>	<p>« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et, notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations. »</p>	
<p><i>Art. L. 174-3.-</i> Dans les établissements mentionnés à l'article L. 174-1, une tarification des prestations fixée par arrêté servira de base :</p>	<p>V. - A l'article L. 174-3 du même code, les mots : « Dans les établissements mentionnés à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « Dans les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 ».</p>	V. - Non modifié
<p>Code de la santé publique <i>Art. L. 6411-16.-</i> Le contrat</p>		

Dispositions en vigueur

mentionné à l'article L. 6411-15 détermine les orientations stratégiques de l'établissement, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et définit les conditions de mise en oeuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé.

.....
Il fixe les éléments financiers, tant en fonctionnement qu'en investissement, ainsi que les autres mesures nécessaires à sa mise en oeuvre et prévoit pour l'établissement cocontractant, le cas échéant et compte tenu de son activité, les objectifs pluriannuels de réduction des inégalités de ressources mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Il précise également les critères en fonction desquels les budgets de l'établissement peuvent évoluer selon le degré de réalisation des objectifs fixés

Code de la sécurité sociale

Art. L. 174-15.- Les dépenses du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4^o du I de l'article LO 111-3 sont financées sous la forme d'une dotation globale annuelle. Il en va de même de celles de l'Institution nationale des invalides. Chaque année, le montant de chacune de ces dotations globales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements de santé défini par l'article L. 174-1-1. Chacune de ces dotations globales est versée pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par une caisse-pivot désignée par arrêté interministériel. Pour la répartition entre les régimes d'assurance maladie, les sommes versées au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides s'ajoutent à celles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.

Les dispositions des articles L. 174-3 et L. 174-4 du présent code sont applicables au service de

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« - V bis.- Après le mot : « cocontractant », la fin de la première phrase du sixième alinéa de l'article L. 6411-16 du code de la santé publique est supprimée. »

Amendement n° 63

« - V ter.- Le premier alinéa de l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

«1 Dans la première phrase, le mot : « globale » est supprimé ;

«1 Dans la deuxième phrase, le mot : « globales » est supprimé ;

«1 Dans l'avant dernière phrase, le mot : « globales » est supprimé . »

Amendement n° 64

Dispositions en vigueur

santé des armées et à l'Institution nationale des invalides.

Art. L. 381-30-5.- I. - La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférente aux soins dispensés aux détenus, soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du dernier alinéa de l'article L. 711-3 du code de la santé publique est financée par la dotation globale versée à cet établissement en application de l'article L. 174-1.

Code de la santé publique

Art. L. 6415-3.- La dotation globale versée par la caisse de prévoyance sociale de Mayotte est financée, d'une part, par le produit de la contribution au régime d'assurance maladie-maternité de Mayotte prévue à l'article 21 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'extension et à l'adaptation à Mayotte des dispositions législatives du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, au statut du personnel et au financement de l'établissement public de santé de Mayotte ainsi qu'à la réforme du statut de la caisse de prévoyance sociale de Mayotte, d'autre part, par un versement des régimes métropolitains d'assurance maladie qui participent au financement de la dotation globale hospitalière mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale. Le versement de ces régimes métropolitains est égal à la différence entre le montant de la dotation globale

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« - V quater.- Le premier alinéa du I de l'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux détenus est financée par une dotation annuelle lorsque ces soins sont dispensés par un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées mentionné à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. Lorsqu'ils sont dispensés aux détenus, soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du dernier alinéa de l'article L. 61121 du même code, ces soins sont financés par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 et versée à cet établissement à ce titre » ;

Amendement n° 65

V quinquies.- L'article L. 6415-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

Art. L. 6415-3.- « Dans l'établissement public de santé de Mayotte, la part des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle. Cette dotation est incluse dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Son montant ainsi que le montant total annuel des dépenses hospitalières autorisées sont fixés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif des dépenses d'assurance maladie défini au même article, des besoins de santé de la population, des orientations du schéma d'organisation sanitaire de Mayotte et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire en tenant compte de l'activité et des coûts de l'établissement. Le montant des dépenses hospitalières autorisées représente la part des dépenses de l'établissement prises en compte pour la

Dispositions en vigueur

de l'établissement public de santé de Mayotte et le produit de la contribution mentionnée à l'alinéa précédent.

Un arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget, de l'outre-mer et de la sécurité sociale détermine les critères de la répartition du versement entre les régimes métropolitains intéressés.

Art. L. 6147-5.- L'établissement public de santé territorial reçoit une subvention de l'Etat pour les missions prévues aux 2° et 3° de l'article L. 6147-3, qu'il exerce pour le compte de l'Etat.

.....
Les dépenses de l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon prises en compte dans l'objectif des dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale sont financées sous la forme d'une dotation globale annuelle au sens de l'article L. 174-1 du même code. Le montant total annuel des dépenses hospitalières autorisées, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements de santé défini à l'article L. 174-1-1 du même code, des besoins de santé de la population, des orientations du schéma d'organisation sanitaire de Saint-Pierre-et-Miquelon et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire en tenant compte de l'activité et des coûts de l'établissement.

Texte du projet de loi

Article 22

I - La section IV du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Il est inséré, après l'article L.162-16-5, un article L.162-16-6 ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

fixation de la dotation annuelle et des tarifs de prestations. Ce montant a un caractère limitatif. »

Amendement n° 66

V sexies.- Le troisième alinéa de l'article L. 6147-5 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Dans l'établissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon, la part des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle. Cette dotation est incluse dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Son montant ainsi que le montant total annuel des dépenses hospitalières autorisées sont fixés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif des dépenses d'assurance maladie défini au même article, des besoins de santé de la population, des orientations du schéma d'organisation sanitaire de Saint-Pierre-et-Miquelon et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire en tenant compte de l'activité et des coûts de l'établissement. Le montant des dépenses hospitalières autorisées représente la part des dépenses de l'établissement prises en compte pour la fixation de la dotation annuelle et des tarifs de prestations. Ce montant a un caractère limitatif. »

Amendement n° 67

Article 22

I - Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

Art. L. 162-17-4.- En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa de l'article L. 162-17. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs

« *Art. L. 162-16-6. - I -* Le prix de vente maximum aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22--7 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.

« Le tarif de responsabilité de ces spécialités pharmaceutiques est égal au prix de vente maximum, sous réserve des dispositions des arrêtés prévus à l'article L. 162-22-10.

« II. - Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L.162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L.162-22-7, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

2° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, les mots : « au premier alinéa de l'article L. 162-17 » sont remplacés par les mots : « aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à l'article L 162-17 ».

« *Art. L. 162-16-6. - I -* Alinéa sans modification

« Le...

... prévus *au II de* l'article L. 162-22-10.

Amendement n° 68

Alinéa sans modification

2° Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :</p> <p>.....</p> <p><i>Art. L. 165-7.-</i> Les frais d'acquisition et de renouvellement des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont remboursés aux établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2 du présent code, sur présentation des factures. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base d'une partie de la somme de ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p>II. - L'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L.165-7.</i> - Les frais d'acquisition et de renouvellement des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 sont remboursés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1, et au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 165-2, les arrêtés prévus à l'article L. 162-22-11 peuvent modifier les tarifs de responsabilité des produits et prestations mentionnés ci-dessus dans les conditions fixées par les articles L. 162-22-9 et L. 162-22-10. ».</p>	<p>II. - Non modifié</p>
<p><i>Art. L. 161-29.-</i> Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels et les organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou leurs ayants droit communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit et des pathologies diagnostiquées. Les documents prévus</p>	<p>Article 23</p> <p>L'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :</p> <p>A. - Le premier alinéa est ainsi rédigé :</p> <p>« Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels et les organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou à leurs ayants droit communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit, y compris lorsque ces prestations sont établies à</p>	<p>Article 23</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>au premier alinéa de l'article L. 161-33 doivent comporter l'ensemble de ces informations.</p>	<p>partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, et des pathologies diagnostiquées. Les documents prévus au premier alinéa de l'article L. 161-33 doivent comporter l'ensemble de ces informations. Les personnels des établissements de santé chargés de la facturation des prestations, les directeurs de ces établissements ou leur représentant ont connaissance, dans le cadre de leur fonction et pour la durée de leur accomplissement, du numéro de code de ces prestations. »</p>	
<p>Sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, le personnel des organismes d'assurance maladie a connaissance, dans le cadre de ses fonctions et pour la durée nécessaire à leur accomplissement, des numéros de code de pathologies diagnostiquées, des actes effectués et des prestations servies au bénéfice d'une personne déterminée, tels qu'ils figurent sur le support utilisé pour la transmission prévue au premier alinéa ou dans les données issues du traitement susvisé.</p>	<p>B. - Le troisième alinéa est ainsi rédigé : « Sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, le personnel des organismes d'assurance maladie a connaissance, dans le cadre de ses fonctions et pour la durée nécessaire à leur accomplissement, des numéros de code de pathologies diagnostiquées, des actes effectués et des prestations servies au bénéfice d'une personne déterminée, y compris lorsque ces prestations sont établies à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, tels qu'ils figurent sur le support utilisé pour la transmission prévue au premier alinéa ou dans les données issues du traitement susmentionné. »</p>	
<p>Code de la santé publique</p>	<p>Article 24</p>	<p>Article 24</p>
<p>Art. L. 6143-1.- Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur :</p>	<p>I - Le chapitre III du titre IV du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié : A. - Le 3^o de l'article L. 6143-1 est ainsi rédigé :</p>	<p>I - Alinéa sans modification A. - Non modifié</p>
<p>3^o Le rapport prévu à l'article L. 6143-3 ainsi que le budget et les décisions modificatives y compris les propositions de dotation globale et de tarifs de prestations mentionnés aux articles L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale ;</p>	<p>« 3^o Le budget prévu à l'article L.6145-1 et ses modifications ainsi que les propositions de dotation annuelle de financement et les tarifs de prestations mentionnées respectivement aux articles L. 162-22-16, L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale.</p>	
<p>Art. L. 6143-3.- Avant le 30 juin de chaque année, le conseil d'administration délibère sur un rapport</p>	<p>B. - L'article L. 6143-3 est abrogé.</p>	<p>B. - Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>présenté par le directeur portant sur les objectifs et prévisions d'activité de l'établissement pour l'année à venir et sur l'adaptation des moyens qui paraissent nécessaires pour remplir les missions imparties par le projet d'établissement, conformément aux engagements pris au contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2.</p>	<p>C. - L'article L.6143-4 est ainsi modifié :</p>	<p>C. - Alinéa sans modification</p>
<p>Cette délibération et ce rapport sont transmis au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans un délai de huit jours à compter de la délibération.</p>	<p>1° Au 2°, les mots : « 3°, à l'exception du rapport prévu à l'article L. 6143-3, » sont supprimés.</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p>
<p>Art. L. 6143-4.- Les délibérations prévues par l'article L. 6143-1 deviennent exécutoires selon les modalités suivantes :</p>	<p>2° Le dernier alinéa du 2° est ainsi rédigé :</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>
<p>..... 2° Les délibérations portant sur les matières mentionnées aux 1°, à l'exclusion du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2, 2°, 3°, à l'exception du rapport prévu à l'article L. 6143-3, 6° et 7°, 18°, sont soumises au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en vue de leur approbation.</p>	<p>« Les délibérations mentionnées au 3° sont réputées approuvées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sauf opposition, pour le budget, dans un délai de trente jours suivant la publication des arrêtés prévus à l'article L. 162-22-10 et au dernier alinéa de l'article L.174-1-1 de la sécurité sociale ou dans les trente jours</p>	<p>« Les délibérations mentionnées au 3° de l'article L. 6143-1 sont ...</p>
<p>A l'exception de celles mentionnées au 3° et sans préjudice de l'application de l'article L. 6122-1, elles sont réputées approuvées si le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation n'a pas fait connaître son opposition dans un délai déterminé. Le délai est de six mois pour les délibérations indiquées au 1°, de deux mois pour les délibérations indiquées aux 2°, 18° et de trente jours pour les délibérations indiquées aux 6° et 7°. Ces délais courent à compter de la date de réception des délibérations par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.</p>		
<p>Les délibérations mentionnées au 3° sont soumises au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en vue de leur approbation dans les conditions fixées aux articles L. 6145-1, L. 6145-2 et L. 6145-4.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6144-1.-</i> Dans chaque établissement public de santé, une commission médicale d'établissement :</p> <p>.....</p> <p>5° Emet un avis sur le projet d'établissement, sur les pro-grammes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds, sur le projet de contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2, sur le rapport prévu à l'article L. 6143-3, sur le projet de budget, sur les comptes de l'établissement, ainsi que sur tous les aspects techniques et financiers des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques ;</p> <p>.....</p> <p>En outre, à la demande du président du conseil d'administration, du directeur de l'établissement, de son propre président, du tiers de ses membres, du chef de service, du chef de département, du coordonnateur concerné, du res-ponsable d'une structure médicale telle que définie à l'article L. 6146-8, la commission délibère sur les choix médicaux de l'année à venir dans le respect de la dotation budgétaire allouée et compte tenu des décisions prises par le conseil d'administration et le directeur en application des articles L. 6143-1 et L. 6143-7.</p> <p>.....</p> <p><i>Art. L. 6144-3.-</i></p> <p>2° Le budget, le rapport prévu à l'article L. 6143-3 et les comptes ainsi que le tableau des emplois ;</p> <p>.....</p>	<p>suivant la réception dudit état si cette date est postérieure à la date de publication desdits arrêtés. Les modifications du budget sont approuvées dans un délai de 30 jours à compter de leur réception sauf opposition. Les motifs de l'opposition du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.».</p> <p>II. - Le chapitre IV du titre IV du livre I de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>A - L'article L. 6144-1 est ainsi modifié :</p> <p>1° Au 5°, les mots : « sur le rapport prévu à l'article L.6143-3, » sont supprimés.</p> <p>2° Au quatorzième alinéa, les mots : « de la dotation budgétaire allouée » sont remplacés par les mots : « dans le respect des recettes votées par le conseil d'administration ».</p> <p>B – Au 2° de L'article L. 6144-3 les mots : « le rapport prévu à l'article L. 6143-3 » sont supprimés.</p> <p>III.- Le chapitre V du titre IV du</p>	<p>... d'Etat. »</p> <p>Amendement n° 69</p> <p>II. - Non modifié</p>

III.- Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6145-1.-</i> Le budget et les décisions modificatives mentionnés au 3° de l'article L. 6143-1 sont préparés et présentés par le directeur. Le budget de l'année est voté par le conseil d'administration au plus tard le 15 octobre de l'année précédente. Il est établi en cohérence avec les éléments financiers figurant au contrat mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2.</p>	<p>livre I de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>A. - L'article L. 6145-1 est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 6145-1.</i> - Le budget est préparé par le directeur. Il est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au 1° de l'article L. 162-22-10, des forfaits annuels prévus à l'article L. 162-22-8, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue à l'article L. 162-22-14, et, le cas échéant des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il est présenté par le directeur de l'établissement au conseil d'administration et voté par ce dernier. Il est reçu par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation au plus tard le 15 mars.</p>	<p>A. - Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 6145-1.</i> - Le ...</p>
<p>Les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes qui figurent au budget sont présentées et votées par groupes fonctionnels, dont la composition est conforme à une nomenclature fixée par décret. Les décisions modificatives sont présentées et votées dans les mêmes formes.</p>	<p>« Dans le cas où le budget n'est pas approuvé, le directeur de l'établissement présente dans le délai de quinze jours au conseil d'administration un nouveau budget intégrant les observations du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ayant motivé le refus d'approbation. Dans l'attente de l'approbation, le directeur de l'établissement est autorisé à engager, liquider et ordonnancer, dans la limite des crédits approuvés au titre de l'exercice précédent, les dépenses indispensables à l'exercice de ses missions.»</p>	<p>... dernier.</p> <p>Il est adressé au directeur ...</p> <p>... mars.</p> <p>Amendement n° 70</p> <p>Alinéa sans modification</p>
<p>Les délibérations relatives au budget et aux décisions modificatives sont transmises sans délai au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en vue de leur approbation.</p>	<p>« Les modifications du budget sont établies dans les mêmes conditions.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut modifier le montant global des dépenses et des recettes prévues ainsi que leur répartition entre les groupes fonctionnels compte tenu, d'une part et</p>	<p>« Le budget et ses modifications sont approuvés dans les conditions prévues à l'article L. 6143-4.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

**Propositions de la
Commission**

prioritairement, du montant de la dotation régionale définie à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et d'autre part, des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et des priorités de la politique de santé, du projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2, du contrat pluriannuel défini aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2 et de son exécution, ainsi que de l'activité et des coûts de l'établissement, appréciés selon les modalités prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 et comparés à ceux des autres établissements de la région et de la France entière.

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dispose d'un délai de quarante-cinq jours à compter de la réception du budget ou des décisions modificatives pour faire connaître les modifications qu'il estime nécessaires. Ce délai est fixé à trente jours pour les décisions modificatives qui ne modifient pas le montant total des dépenses et des recettes du budget. Dans un délai de quinze jours à compter de la réception de ces observations, le conseil d'administration peut faire de nouvelles propositions. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dispose d'un délai de trente jours à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour arrêter définitivement les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes du budget de l'année et, en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs de prestation mentionnés respectivement aux articles L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale.

S'agissant des décisions modificatives, ce dernier délai est fixé à quinze jours à compter de la réception des propositions du conseil d'administration.

Au vu de la décision motivée du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrêtée dans les conditions ci-dessus, le directeur procède, dans un délai de quinze jours suivant cette décision, à la répartition des autorisations de dépenses et des

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>prévisions de recettes approuvées entre les comptes de chaque groupe fonctionnel. En sa plus prochaine séance, le conseil d'administration est informé de cette répartition. Le budget ainsi réparti est exécutoire à compter de la date de sa transmission au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.</p>	<p>B - L'article L. 6145-4 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art L. 6145-4. - I - Pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou des autres objectifs mentionnés au code de la sécurité sociale, en cas de révision de leur montant, ou en cas de révision des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ou des tarifs de responsabilité mentionnés aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7 du même code dans les conditions prévues au II de l'article L. 162-22-10 susmentionné, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande aux établissements de délibérer sur une modification de leur budget prenant en compte, le cas échéant, les éléments suivants :</p> <p>« 1° Une modification des éléments mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>« 2° Une modification des tarifs de responsabilité mentionnés aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7 du même code ;</p> <p>« 3° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du même code ;</p> <p>« 4° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.</p> <p>« II. - Lorsqu'il apparaît que l'évolution de l'activité réelle de</p>	<p>B - Non modifié</p>
<p><i>Art. L. 6145-4.-</i> Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander à chacun des établissements de délibérer sur une décision modificative prenant en compte les corrections budgétaires ainsi que l'ajustement de la dotation globale et des tarifs de prestations, rendus nécessaires pour permettre le respect du montant de la dotation régionale en cas de révision de son montant.</p>		
<p>A défaut d'adoption par le conseil d'administration de la décision modificative mentionnée à l'alinéa précédent dans un délai de trente jours à compter de la réception de cette demande, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête la décision modificative du budget, la rend exécutoire et arrête en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs de prestations.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6114-1.-</i></p> <p>Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les contrats déterminent les pénalités applicables aux titulaires de l'autorisation au titre des articles L. 6114-2 et L. 6114-3 en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues.</p> <p>Art. L. 6114-2.- Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements, groupements de coopération sanitaire et titulaires d'autorisations sur la base des schémas d'organisation sanitaire.</p>	<p>l'établissement est manifestement incompatible avec le respect de son budget, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande à l'établissement de délibérer sur une modification de son budget tenant compte de l'écart entre l'activité réelle et l'activité prévisionnelle prise en compte lors du vote du budget. »</p> <p>Article 25</p> <p>I. - Le chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>« 1° A l'article L. 6114-1 , la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-18 ».</p> <p>« 2° Après le premier alinéa de l'article L.6114-2, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Ils précisent la ou les missions d'intérêt général, mentionnées à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale auxquelles l'établissement concerné participe et ses engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que ses autres engagements donnant lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale. ».</p> <p>« 3° La première phrase du premier alinéa de l'article L.6114-4 est ainsi rédigée :</p> <p>« Pour les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, les contrats fixent le montant <u>des forfaits annuels prévus à l'article L.162-22-8, de la dotation prévue à l'article L.162-22-14 et des</u></p>	<p>Article 25</p> <p>I - Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>2° Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>3° Alinéa sans modification</p> <p>« Pour ...</p> <p>...le montant des tarifs ...</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>montant du forfait annuel dans le respect des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5 et L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale. Les litiges relatifs à l'application de ces contrats sont portés devant les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale.</p>	<p>tarifs de prestations mentionnées au 1° de l'article L.162-22-1 dans le respect des dispositions des articles L.162-22-2 à L.162-22-5. ».</p>	<p>...à L.162-22-5. ».</p>
<p><i>Art. L. 6115-3.-</i> Le directeur exerce, au nom de l'Etat, les compétences mentionnées à l'article L. 6115-1, à l'exception de celles exercées par la commission exécutive en application de l'article L. 6115-4.</p>	<p>II. - Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° A l'article L.6115-3, il est ajouté un 11° ainsi rédigé :</p>	<p>Amendement n° 71</p> <p>« II.-1° <i>L'article L. 6115-3 est ainsi modifié :</i></p> <p>a) <i>Après le douzième alinéa, il est inséré un 11° ainsi rédigé :</i></p>
<p>.....</p>	<p>« 11° Fixe les dispositions prévues aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-12. »</p>	<p>« 11° Fixe les dispositions prévues aux articles L. 162-22-4, L. 162-22-12 et L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale. »</p> <p>b) <i>Dans la première phrase du treizième alinéa, les mots : « à l'alinéa précédent », sont remplacés par les mots : « au 1° à 11° »</i></p>
<p><i>Art. L. 6115-4.-</i> 3° L'accord prévu à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale ou, à défaut, son contenu ainsi que les contrats pluriannuels mentionnés aux articles L. 6114-1 à L. 6114-3.</p>	<p>2° Au 3° de l'article L. 6115-4, les mots : « l'accord prévu à l'article L.162-22-4 du code de la sécurité sociale ou, à défaut, son contenu ainsi que » sont supprimés.</p>	<p>« 2° <i>Le 3° de l'article L. 6115-4 est ainsi rédigé :</i></p>
<p>.....</p>	<p>« 3° <i>les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-1 ainsi que les engagements contractuels spécifiques prévus à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. »</i></p>	<p>Amendement n° 72</p>