



TEXTE ADOPTÉ n° **207**

« *Petite loi* »

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2003-2004

27 novembre 2003

## PROJET DE LOI

*de financement de la sécurité sociale pour 2004.*

*L'Assemblée nationale a adopté, dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 3, de la Constitution, le projet de loi dont la teneur suit :*

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : 1<sup>re</sup> lecture : **1106, 1156, 1157** et T.A. **194.**

**1245.** Commission mixte paritaire : **1247.**

*Sénat* : 1<sup>re</sup> lecture : **54, 59, 60** et T.A. **11** (2003-2004).

Commission mixte paritaire : **84** (2003-2004).

Santé et protection sociale

## TITRE I<sup>er</sup>

### **ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE**

#### **Article 1<sup>er</sup>**

Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2004.

## TITRE II

### **DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES**

#### **Article 2 A**

.....Supprimé .....

#### **Article 2**

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, 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<sup>er</sup> avril 2004 la somme de 1 097 307 635,44 € 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

1 097 307 635,44 € 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.

### Article 3

I. – Le chapitre I<sup>er</sup> *quater* du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est abrogé.

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.

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.

IV. – Le deuxième alinéa de l'article L. 137-6 du même code est supprimé.

V. – Les dispositions des I à IV entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, sous réserve de la période d'inventaire nécessaire à l'établissement des comptes définitifs pour l'exercice 2003 selon les principes des droits constatés, période n'excédant pas la durée d'existence du service de liquidation mentionné au VI.

V *bis*. – L'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces conventions ne peuvent prévoir, pour le versement des sommes dues par l'Etat au titre de l'article L. 131-7, une périodicité supérieure à dix jours. Toutefois, lorsque le dixième jour n'est pas un jour ouvré, les conventions précitées peuvent prévoir que ce versement sera effectué le premier jour ouvré suivant. Les régimes mentionnés à l'article L. 131-7 peuvent renoncer au bénéfice des dispositions prévues par le présent alinéa. »

VI. – A. – Il est créé, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, un service de liquidation du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale, chargé :

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 ;

2° D'établir la situation active et passive du fonds au 31 décembre 2003 ;

3° D'assurer et de justifier les 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'ordonner 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.

VII. – Dans le chapitre V du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, les divisions et les intitulés « Section 1. – Opérations de solidarité » et « Section 2. – Fonds de réserve » sont supprimés.

#### Article 4 A

.....Supprimé .....

#### Article 4

I. – Le tableau de l'article 575 A du code général des impôts est ainsi rédigé :

«	Groupes de produits	Taux normal (%)
	Cigarettes.....	64
	Cigares.....	27,57
	Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes.....	58,57
	Autres tabacs à fumer.....	52,42
	Tabacs à priser.....	45,57
	Tabacs à mâcher.....	32,17
»		

II. – A l'avant-dernier alinéa du même article, la somme : « 108 € » est remplacée par la somme : « 128 € ».

III. – Le dernier alinéa du même article est ainsi rédigé :

« Il est fixé à 75 € 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 4 bis A (nouveau)**

I. – Dans le septième alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le pourcentage : « 15,20 % » est remplacé par le pourcentage : « 21,42 % ».

II. – Dans la seconde phrase du premier alinéa du III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), le pourcentage : « 0,35 % » est remplacé par le pourcentage : « 0,31 % ».

III. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux sommes à percevoir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004.

#### **Article 4 bis**

Les conseils généraux des départements d'outre-mer peuvent fixer, par délibération, un minimum de perception spécifique fixé pour 1.000 unités, tel que mentionné aux articles 575 et 575 A du code général des impôts, pour le droit de consommation sur les cigarettes dans leur circonscription administrative. Ce minimum de perception ne peut être supérieur au droit de consommation résultant de l'application du taux fixé par le conseil général au prix de vente au détail en France continentale des cigarettes de la classe de prix la plus demandée.

---

#### **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, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'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.

« 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. »

*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 ».

II. – Le troisième alinéa de l'article L. 211-11 du code des assurances est complété par une phrase ainsi rédigée :

« 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. »

### **Article 6**

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « au sixième alinéa de l'article 62, » sont supprimés ;

2° Les mots : « au deuxième alinéa de l'article 154 *bis* » sont remplacés par les mots : « au deuxième alinéa du I de l'article 154 *bis* » ;

3° Après les mots : « au 4 *bis* », sont insérés les mots : « et aux quatrième, cinquième et sixième alinéas du *a* du 5 ».

II. – Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 136-3 et la deuxième phrase du troisième alinéa du I de l'article L. 136-4 du même code, après les mots : « au 4 *bis* », sont insérés les mots : « et aux quatrième, cinquième et sixième alinéas du *a* du 5 ».

III. – Les dispositions du présent article sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des revenus des années 2003 et suivantes.

IV. – Sont validées, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les décisions ou actions en recouvrement prises depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999 sur le fondement des articles L. 131-6, deuxième alinéa, et L. 136-3 du code de la sécurité sociale, en tant que leur légalité serait contestée à raison de l'intégration, dans l'assiette des cotisations et contributions, de l'abattement prévu à l'article 62 du code général des impôts dans sa rédaction antérieure à la loi de finances pour 1997 (n° 96-1181 du 30 décembre 1996).

.....

### **Article 7 bis**

I. – La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 651-3 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « et de commerce de détail de carburants ».

II. – Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

III. – Ces dispositions s'appliquent pour les contributions dues à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004.

### **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 prévus 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 relative au remboursement de la dette sociale, dès lors qu'elles ont pour objet de former des provisions destinées à couvrir des engagements de retraite évalués au 31 décembre 2003.

Le montant des contributions des employeurs non assujetties en application de l'alinéa précédent ne peut excéder, pour l'ensemble de la période, le niveau du complément nécessaire pour atteindre le minimum de provisions requis pour l'agrément en qualité d'institution de prévoyance dans les conditions définies au titre IV du livre IX du code de la sécurité sociale et 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 l'exonération qui s'y attache n'est définitivement acquise 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.

Le bénéfice des dispositions du présent article est subordonné à la communication, à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionné à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale et, pour le régime agricole, à l'article L. 723-1 du code rural, des pièces mentionnées au IV de l'article 116 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 précitée.

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 n° 2003-775 du 21 août 2003 précitée.

## Article 9

I A. – Dans le 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 ».

I. – Au 2° du II du même article, les mots : « et des spécialités remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 » 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 ».

II. – 1. Dans le 1° du II du même article, la somme : « 500 000 € » est remplacée par la somme : « 1,5 million d'euros ».

2. Dans le tableau du III du même article, le taux : « 10 % » est remplacé par deux fois par le taux : « 6,5 % », le nombre : « 13 » est remplacé par le nombre : « 16 » et le nombre : « 19 » est remplacé par le nombre : « 21 ».

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. »

III. – L'article L. 245-4 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 245-4.* – Sont exonérées de cette contribution, sous réserve des dispositions prévues aux trois derniers alinéas, 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.

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

« 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 ;

« 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. »

IV. – Les dispositions des I à III s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre 2004.

V. – 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 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<sup>er</sup> 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, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires concerné ne prend pas en compte les remises accordées par les entreprises.

Le taux de la contribution est fixé à 0,525 %. Le 3<sup>o</sup> 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 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.

---

## Article 10

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

### « Section 2

#### **« 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 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 au titre I<sup>er</sup> de la liste prévue à l'article L. 165-1.

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

« 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 aux fins de présenter, promouvoir ou vendre les produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> 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 la promotion, la présentation ou la vente des produits et prestations 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, sauf dans 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 5 %.

« *Art. L. 245-5-3.* – Sont exonérées de cette contribution, sous réserve des dispositions prévues aux trois derniers alinéas, 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 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 ;

« 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.

« *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.

« *Art. L. 245-5-5.* – La contribution est versée au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre de chaque année.

« 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, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 245-5-6.* – Les modalités d'application de la présente section sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

II. – A l'article L. 138-20 du même code, les mots : « et L. 245-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 245-1 et L. 245-5-1 ».

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

## Article 11

I A. – L'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 € augmenté de la marge maximum que les entreprises visées à l'alinéa précédent sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38. »

I. – L'article L. 138-2 du même code est ainsi rédigé :

« *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.

« 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 civile précédente.

« Le montant de la contribution est calculé en appliquant un taux de 1,9 % à la première part et un taux de 2,25 % à la seconde part. Si cette dernière est négative, le produit de la seconde part par le taux de 2,25 % s'impute sur le produit de la première part par le taux de 1,9 %. Néanmoins, le montant de la contribution ne peut excéder 2,7 % ni être inférieur à 1,4 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile.

« 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'acquiescement 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'affaires 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.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – L'article L. 138-4 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-4.* – La contribution est versée de manière provisionnelle le 1<sup>er</sup> 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. »

III. – Les dispositions des I A à II sont applicables au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004.

IV. – A. – Les articles L. 138-5 et L. 138-6 et les deux premiers alinéas de l'article L. 138-15 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

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 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<sup>er</sup> janvier 2004.

.....

### TITRE III

## DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

### Article 15 A

.....Suppression maintenue.....

### Article 15

I. – L'article L. 5121-10 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *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 demandeur de cette autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de la demande.

« 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.

« 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 soixante 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.

« Aux seules fins d'en garantir la publicité, le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé tient disponible au public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à une spécialité de référence si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de cette spécialité la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies. Les conditions de rémunération du service rendu par l'agence sont fixées par une décision de son conseil d'administration. »

II. – Le 1° de l'article L. 5121-20 du même code est ainsi rédigé :

« 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 ; ».

---

## Article 17

I. – Après l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5.* – Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.

« A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par arrêté des ministres compétents après avis du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. La fixation du prix de cession 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 apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.

« Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

« Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat, précise les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

« Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. »

II. – Au 1° de l'article L. 162-17-4 du même code, après les mots : « Le prix », sont insérés les mots : « ou le prix de vente déclaré mentionné à l'article L. 162-16-5 » et, après les mots : « de ces médicaments », sont insérés les mots : « , à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché ».

III. – *Supprimé*.....

IV. – La dernière phrase de l'article L. 5126-4 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Les conditions d'utilisation, le prix de cession des médicaments, le cas échéant, dans le respect des dispositions de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale et le prix de cession des dispositifs médicaux stériles sont arrêtés conjointement par les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale. »

## Article 19

*[Pour coordination]*

I. – Dans la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, il est inséré une sous-section 2 comprenant les articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 et intitulée

« Frais d'hospitalisation afférents aux activités de soins de suite ou de réadaptation et aux activités de psychiatrie de certains établissements de santé privés ».

II. – L'article L. 162-22-1 du même code 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 » ;

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 » ;

3° Le 5° est ainsi rédigé :

« 5° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. » ;

4° Les 6° et 7° sont abrogés.

III. – L'article L. 162-22-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« 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.

« Le montant de l'objectif quantifié national 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 auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. » ;

2° Au II, après les mots : « au titre des soins dispensés l'année précédente », sont insérés les mots : « , des prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ».

IV. – L'article L. 162-22-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-3. – I. – Chaque année, l'Etat détermine :

« 1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1, selon les modalités prévues à

l'article L. 162-22-2. Ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales ;

« 2° Les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être allouées aux établissements par les agences régionales ;

« 3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1.

« 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 de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, par établissement et 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, l'Etat 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.

« 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. »

V. – L'article L. 162-22-4 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-4.* – 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 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. »

VI. – L'article L. 162-22-5 du même code est ainsi rédigé :

« *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.

« Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1<sup>er</sup> mars de l'année en cours.



« 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 privés mentionnés au *e* de l'article L. 162-22-6. »

VII (*nouveau*). – A la fin du premier alinéa de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique, les mots : « du présent code et du 7° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

---

## Article 20

I. – Dans la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, il est inséré une sous-section 3 intitulée « Frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé » et comprenant les articles L. 162-22-6 à L. 162-22-18 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-22-6.* – 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 :

« *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 dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du même code ;

« *b*) Les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier ;

« *c*) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

« *d*) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux *b* et *c* ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de l'hospitalisation ;

« *e*) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux *b*, *c* et *d*.

« 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 mentionnées 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 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.

« Bénéficient 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 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 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, notamment celles relatives aux conversions d'activité.

« II. – Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I 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 I 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 I du même article sont également déterminés à partir des données afférentes au coût relatif des prestations établi sur un échantillon représentatif d'établissements.

« *Art. L. 162-22-10.* – I. – Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :

« 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, à compter du 1<sup>er</sup> 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 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 en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile.

« 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, 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 des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 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° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du I du même article, servent de base à la facturation des soins et de 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 L.O. 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, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et 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.

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

« 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 dispensés à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.

« *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 et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu 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 aux *a, b et c* de l'article L. 162-22-6 d'une part, et la 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 du présent 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 de 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.

« 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.

« 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.

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

II. – Dans la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du même code, il est inséré, après l'article L. 162-22-18, une sous-section 4 comprenant les articles L. 162-24-1 à L. 162-30-1 et intitulée « Dispositions diverses ».

---

## **Article 22**

I. – La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> 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 :

« *Art. L. 162-16-6.* – I. – Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier. A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par un arrêté des ministres compétents après avis du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. La fixation du tarif de responsabilité 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 de la spécialité pharmaceutique et de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

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

« Un accord conclu à cet effet entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure et les conditions dans lesquelles sont

effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

« Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

« 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 ».

II. – L'article L. 165-7 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-7.* – 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. »

---

## Article 28

Les dispositions des articles 18 à 27 sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 19 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 20 qui s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2004 dans les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes.

I. – En 2005, par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, la fraction des tarifs mentionnés au A du V du présent article et les frais afférents à la fourniture de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations ne sont pas facturés aux caisses mentionnées à l'article L. 174-2 du même code par les établissements. Les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence

régionale de l'hospitalisation, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

L'agence régionale de l'hospitalisation procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.

L'agence régionale de l'hospitalisation procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant du ou des trimestres suivants.

II. – En 2005, dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par dérogation aux dispositions des 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations ne servent pas de base au calcul de la participation de l'assuré. Cette participation est calculée sur la base des tarifs de prestations fixés par l'agence régionale de l'hospitalisation selon les conditions et modalités applicables antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.

III. – Pour la détermination en 2005 des éléments mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, il est tenu compte de l'état provisoire des charges afférentes 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 celles relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, au titre des soins dispensés l'année précédente dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi ainsi que des charges afférentes à la dispensation des médicaments et à la fourniture des produits et prestations facturés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du même code dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

IV. – Pour les années 2005 à 2012, l'Etat fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, des coefficients de transition moyens régionaux ainsi que les écarts maximums entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du même code de la région après



application de leur coefficient de transition. Les coefficients de transition moyens régionaux atteignent la valeur 1 au plus tard en 2012.

L'Etat fixe les règles générales de modulation du coefficient de transition entre les établissements de la région, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 162-22-10 du même code.

Les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code applicables à chacun des établissements de santé mentionnés au *d* du même article sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en appliquant le coefficient de transition et, le cas échéant, le coefficient de haute technicité propres à l'établissement aux tarifs nationaux des prestations affectés, le cas échéant, d'un coefficient géographique. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012. Le coefficient de haute technicité est égal à celui calculé pour l'année 2004. Ce coefficient s'applique jusqu'à la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire relatifs aux activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

V. – Pour les années 2005 à 2012, les dispositions de la présente loi s'appliquent sous réserve des dispositions suivantes :

A. – Les prestations d'hospitalisation dispensées aux assurés sociaux dans le cadre des 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* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des deux éléments suivants :

1° Une fraction du tarif des prestations d'hospitalisation fixé en application des dispositions du 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré correspondant à cette fraction ;

2° Une dotation annuelle complémentaire déterminée dans les conditions prévues au D du présent V.

La fraction mentionnée au 1° est fixée par l'Etat dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-10 du même code et ne peut être inférieure à 50 % en 2008.

B. – Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 du même code fixe en outre les modalités selon lesquelles est déterminé chaque année le montant total des dotations annuelles complémentaires mentionnées au A compatible avec le respect de l'objectif.

C. – Dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-22-10 du même code, l'Etat détermine le montant total des dotations annuelles complémentaires et fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° dudit I, les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires.

D. – Dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-12 du même code, l'Etat fixe, outre le montant des forfaits annuels de chaque établissement, le montant de la dotation annuelle complémentaire de chaque établissement de santé mentionné aux *a*, *b* et *c* de l'article

L. 162-22-6 du même code, dans la limite du montant régional fixé dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-10 du même code et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, le montant total des dotations annuelles complémentaires allouées aux établissements de la région peut être supérieur au montant régional à concurrence de l'écart entre le montant total des dotations annuelles de financement mentionnées à l'article L. 174-1 du même code et le montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 du même code. Le montant de la dotation de chaque établissement est fixé en tenant compte notamment de la dotation de l'année précédente, de la fraction des tarifs des prestations prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie fixée dans les conditions prévues au A et le cas échéant de l'activité de l'établissement. Son montant tient également compte des changements de toute nature à l'issue desquels la proportion de patients non-assurés sociaux accueillis est notablement modifiée.

E. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-1 du même code, le montant total des dotations annuelles de financement allouées aux établissements de la région en application du même article peut être supérieur au montant de la dotation régionale prévue à l'article L. 174-1-1 du même code à concurrence de l'écart entre le montant total des dotations annuelles complémentaires mentionnées au 2° du A du présent V et le montant régional prévu au C.

F. – Le budget mentionné à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique tient également compte de la dotation annuelle complémentaire prévue au 2° du A du présent V.

G. – La modification du budget sur laquelle le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande aux établissements de délibérer en application des dispositions de l'article L. 6145-4 du même code tient compte de la modification de la dotation annuelle complémentaire.

H. – Pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les recettes d'assurance maladie prises en compte pour l'application des sanctions financières prises en application de l'article L. 162-22-18 du même code sont celles versées en application des dispositions du 1° du A du présent V.

## **Article 29**

I. – En 2004, les dispositions relatives au financement des établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale s'appliquent dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi sous réserve des dispositions suivantes :

A. – Par dérogation aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la présente loi, le montant des dotations régionales est fixé en tenant compte :

*a)* Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, de l'activité constatée sur la base des informations produites en application de l'article L. 6113-7 du code de la santé publique et valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité et en tenant compte de l'évolution prévisionnelle de l'activité ;

*b)* Pour les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation ainsi que pour celles des établissements mentionnés aux articles L. 174-5 et L. 174-15 du code de la sécurité

sociale et de celles fixées en application des articles L. 6141-2, L. 6141-5 et L. 6141-7 du code de la santé publique, des informations produites en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du même code et des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.

B. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 6145-1 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à la présente loi, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête, dans le respect du montant de la dotation régionale limitative définie au A, pour chaque établissement de santé, le montant des dépenses autorisées pour l'exercice 2004 en tenant compte :

*a)* Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, de l'activité de l'établissement valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité et de l'évolution prévisionnelle de l'activité et, le cas échéant, des orientations des schémas d'organisation sanitaire, des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

*b)* Pour les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation ainsi que pour celles des établissements mentionnés à l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale et de celles fixées en application de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, de l'évolution prévisionnelle de l'activité, des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et des priorités de la politique de santé, du projet d'établissement et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête, au plus tard le 15 février, les autorisations de dépenses de l'établissement et les prévisions de recettes du budget de l'année et, en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs des prestations mentionnés respectivement aux articles L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale.

Ces dispositions sont applicables à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris. Les compétences de l'agence régionale de l'hospitalisation sont, en ce qui concerne l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, exercées dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 6147-1 du code de la santé publique.

C. – Les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activités y compris celles relatives aux consultations externes. Ils transmettent également, selon la même périodicité, la consommation de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations figurant sur une liste arrêtée par l'Etat.

Au vu de l'évolution de l'activité de l'établissement valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité, l'Etat révisé, le cas échéant, le montant des dépenses autorisées et fixe le montant de la dotation globale et des tarifs de prestations dans le respect de la dotation régionale limitative prévue au A.

II. – En 2004, les dispositions des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5, L. 162-22-7 et L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale s'appliquent dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

1. Les prestations d'hospitalisation des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie sont établies selon les modalités suivantes :

a) En application des dispositions du 1° de l'article L. 162-22-1 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, jusqu'au 30 septembre. Les tarifs de ces prestations sont fixés en application des dispositions de l'accord national, des accords régionaux et de l'arrêté mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-3, L. 162-22-4 et L. 162-22-7 du même code et s'appliquent du 1<sup>er</sup> mai au 30 septembre ;

b) En application du 1° de l'article L. 162-22-6 du même code, dans sa rédaction issue de la présente loi, à compter du 1<sup>er</sup> octobre. Les tarifs de ces prestations sont fixés en application du 2 et s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> octobre.

2. A. – L'Etat fixe, au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre, dans le respect de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-2 du même code, les éléments suivants :

1° Les tarifs nationaux de prestations d'hospitalisation, y compris celles afférentes aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile ;

2° Les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 du même code ;

3° Les coefficients de transition moyens régionaux ainsi que les écarts maximums entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements de chaque région après affectation de leur coefficient de transition.

Il fixe également, avant le 15 septembre, les règles générales de modulation des coefficients de transition mentionnés au 3°.

B. – Les tarifs des prestations de chaque établissement sont fixés dans le cadre d'un avenant à son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ils sont calculés en appliquant le coefficient de transition et, le cas échéant, le coefficient de haute technicité propres à l'établissement aux tarifs nationaux des prestations affectés, le cas échéant, d'un coefficient géographique.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de calcul des éléments prévus aux 1° à 3° du A ainsi que les modalités de calcul du coefficient de transition et du coefficient de haute technicité applicable à chaque établissement.

III. – Pour l'année 2004, l'Etat fixe les conditions dans lesquelles certains médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale peuvent être pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées aux articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du même code.

### **Article 29 bis**

A compter du 1<sup>er</sup> octobre 2004, il est créé auprès du ministre chargé de la santé un comité ayant pour mission d'évaluer l'application de la tarification à l'activité et notamment :

- d'évaluer sa mise en œuvre et ses conséquences sur le fonctionnement du système de santé ;
- de mesurer son état d'avancement au regard des objectifs fixés pour 2008 et 2012 par l'article 28 ;
- d'identifier les principales difficultés rencontrées par les parties prenantes, dont les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation ;
- d'assister et d'informer ces parties prenantes ;
- de formuler toute proposition susceptible d'améliorer la mise en œuvre et le suivi de cette tarification.

La composition et les modalités de fonctionnement du comité sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

### **Article 30**

Après l'article L. 6133-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6133-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6133-5.* – Pendant une durée maximale de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut autoriser des groupements de coopération sanitaire à conduire une expérimentation portant sur les modalités de rémunération des professionnels médicaux des établissements membres de ces groupements et des médecins libéraux pour la part de leur activité qu'ils exercent au sein de ces groupements et sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés par ces groupements lorsqu'ils sont autorisés dans les conditions définies au dernier alinéa de l'article L. 6133-1.

« Les médecins libéraux exerçant leur activité au sein des groupements autorisés à participer à l'expérimentation peuvent être rémunérés par l'assurance maladie sous la forme de financements forfaitaires dont le montant est fixé par décision conjointe du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et du directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Préalablement à la fixation de ce forfait, une concertation est organisée à l'échelon régional avec les syndicats représentatifs de médecins libéraux. Les professionnels médicaux des établissements de santé membres des groupements de coopération sanitaires pour la part de leur activité qu'ils exercent au sein de ces groupements peuvent être rémunérés dans des conditions dérogatoires à celles découlant de leur statut ou de leur contrat de travail selon des modalités fixées par une convention conclue entre l'établissement public de santé ou l'établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier ou ayant opté pour la dotation globale de financement membre du groupement autorisé à participer à l'expérimentation et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Seuls peuvent être autorisés à conduire une telle expérimentation les groupements de coopération comprenant au moins un établissement public de santé et un établissement de santé privé mentionné au *b*, au *c* et au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

« Ces groupements sont constitués en vue de réaliser l'un des objectifs suivants :

« 1° Remplir une mission de soins autorisée dans les conditions mentionnées à l'article L. 6133-1 ;

« 2° Constituer une équipe commune de professionnels médicaux exerçant son activité au bénéfice d'une mission de soins assurée par les établissements de santé membres du groupement.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges relatif aux modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation. »

### **Article 30 bis**

I. – A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, les agents classés dans le corps des aides soignants de la fonction publique hospitalière bénéficient de la prise en compte de la prime spéciale de sujétion, dans la limite de 10 % de leur traitement indiciaire, pour le calcul de la pension de retraite ainsi que pour les retenues pour pension.

Les agents du corps des aides soignants de la fonction publique hospitalière sont assujettis à une retenue supplémentaire dont le taux est fixé par décret. Cette retenue est assise sur la prime spéciale de sujétion. Les collectivités employeurs supportent pour les mêmes personnels une contribution supplémentaire fixée dans les mêmes conditions.

La prise en compte de la prime spéciale de sujétion mentionnée au premier alinéa et le supplément de pension qui en découle, seront réalisés progressivement du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 1<sup>er</sup> janvier 2008 dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le bénéfice du supplément de pension résultant de l'intégration de cette prime est ouvert à partir de l'âge de cinquante-cinq ans et à condition d'avoir accompli quinze ans de services effectifs dans la fonction publique hospitalière.

Les deux conditions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux agents du corps des aides soignants qui sont radiés des cadres ou mis à la retraite pour invalidité et aux ayants cause de ces fonctionnaires décédés avant leur admission à la retraite.

Le supplément de pension est calculé à due proportion des années de services accomplis dans le corps des aides soignants de la fonction publique hospitalière.

En aucun cas, le montant de la pension d'un agent du corps des aides soignants promu dans un corps de catégorie B ou A de la fonction publique hospitalière ne peut être inférieur à celui qu'il aurait obtenu s'il n'avait pas été promu dans ce corps.

II. – Par dérogation aux conditions posées au sixième alinéa du I, les agents classés dans le corps des aides-soignants de la fonction publique hospitalière au 31 décembre 2003 et justifiant de quinze ans de services effectifs dans la fonction publique hospitalière au moment de leur départ en retraite bénéficient du supplément de pension à taux complet.

.....

**Article 31 bis**

.....Suppression maintenue.....

**Article 32**

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

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

**Article 33**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Article 33 bis**

..... Suppression maintenue.....  
.....

### **Article 34 bis**

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

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

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

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

« Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application du dernier alinéa de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail, ce médecin transmet son avis au service du contrôle médical de la caisse. Si ce service conclut également, au vu de cet avis, à l'absence de justification de l'arrêt de travail, la caisse suspend le versement des indemnités journalières après en avoir informé l'assuré. »

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



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

### **Article 35**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« Des contrats de bonne pratique sont définis, à l'échelon national par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 et, à l'échelon régional, par les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat

de bonne pratique qui peut ouvrir droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération et à la majoration de la participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4. Lorsqu'ils sont conclus au niveau régional, ces contrats doivent être conformes aux objectifs, thèmes et règles générales de mise en œuvre mentionnés dans la convention nationale.

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

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

3° Le onzième alinéa est ainsi rédigé :

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

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

5° Il est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

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

contrats sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral. »

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

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

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

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

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

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

### **Article 36**

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

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

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

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

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

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

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

### **Article 37**

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

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

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

3° Il est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

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

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

« Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale, le ministre chargé de la santé ou, pour les contrats régionaux, le représentant de

l'Etat dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

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

### **Article 37 bis**

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

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

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

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

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

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

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

### **Article 38**

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

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

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

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

.....

**Article 39 bis**

.....Supprimé.....

**Article 40**

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

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

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

**Article 41**

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

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

## **Article 42**

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

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

## **Article 42 bis**

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

## TITRE IV

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

#### Section 1

#### **Branche accidents du travail et maladies professionnelles**

---

#### Section 2

#### **Branche famille**

### **Article 50**

I. – L'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° La prestation d'accueil du jeune enfant ; »

2° Les 9° et 10° sont abrogés ;

3° Le 11° devient le 9°.

II. – Le titre III du livre V du même code est ainsi rédigé :

« *TITRE III*

« *PRESTATION D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT*

« *CHAPITRE I<sup>er</sup>*

« *Dispositions générales relatives à la prestation  
d'accueil du jeune enfant*

« *Art. L. 531-1.* – Ouvrent droit à la prestation d'accueil du jeune enfant l'enfant à naître et l'enfant né dont l'âge est inférieur à un âge limite.

« Cette prestation comprend :

« 1° Une prime à la naissance ou à l'adoption, versée dans les conditions définies à l'article L. 531-2 ;

« 2° Une allocation de base, versée dans les conditions définies à l'article L. 531-3, visant à compenser le coût lié à l'entretien de l'enfant ;

« 3° Un complément de libre choix d'activité versé, dans les conditions définies à l'article L. 531-4, à celui des parents qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle ou de travailler à temps partiel pour s'occuper d'un enfant ;

« 4° Un complément de libre choix du mode de garde, versé, dans les conditions définies aux articles L. 531-5 à L. 531-9, pour compenser le coût de la garde d'un enfant.

« La personne ou le ménage qui ne répond pas à la condition de ressources pour percevoir la prime à la naissance ou à l'adoption mentionnée au 1° et l'allocation de base mentionnée au 2° peut toutefois percevoir les compléments prévus aux 3° et 4°.

« Le bénéfice du complément mentionné au 3° peut être cumulé avec celui mentionné au 4°.

« *Art. L. 531-2.* – La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3.

« La date de versement de cette prime est fixée par décret.



« Le plafond de ressources varie selon le rang et le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule.

« Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

« *Art. L. 531-3.* – L'allocation de base est attribuée, à compter du premier jour du mois de la naissance du ou des enfants, au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond. Elle est versée jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite prévu au premier alinéa de l'article L. 531-1.

« L'allocation est versée à compter du premier jour du mois de l'arrivée au foyer, pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie à l'alinéa précédent.

« Le plafond de ressources est celui défini à l'article L. 531-2.

« Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.

« *Art. L. 531-4.* – I. – 1. Le complément de libre choix d'activité est versé à taux plein à la personne qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant.

« Les conditions d'assimilation d'un mandat d'élu à une activité professionnelle au sens de l'alinéa précédent sont définies par décret.

« 2. Le complément est attribué à taux partiel à la personne qui exerce une activité ou poursuit une formation professionnelle rémunérée, à temps partiel. Son montant est fonction de la quotité de l'activité exercée ou de la formation suivie. Les quotités minimale et maximale de l'activité ou de la formation sont définies par décret.

« Les modalités selon lesquelles ce complément à taux partiel est attribué aux personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural ainsi qu'aux élus locaux sont adaptées par décret.

« Ce complément à taux partiel est attribué au même taux pendant une durée minimale déterminée par décret. Il ne peut y avoir révision de ce taux au cours de cette durée qu'en cas de cessation de l'activité ou de la formation.

« II. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 552-1, lorsque le bénéficiaire du complément de libre choix d'activité a un seul enfant à charge, le droit au complément est ouvert le mois de la naissance ou de l'adoption de l'enfant ou le mois de l'arrêt du versement des indemnités ou allocations mentionnées aux 1° à 3° du II de l'article L. 532-2. Sa durée de versement est limitée à une durée maximale.

« III. – L'ouverture du droit est subordonnée à l'exercice antérieur d'une activité professionnelle suffisante pour ouvrir des droits à pension de retraite dans un régime de base.

« Cette activité doit avoir été exercée pendant une durée minimale au cours d'une période de référence précédant soit la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant pour lequel l'allocation est demandée, soit la demande si elle est postérieure lorsque le bénéficiaire compte plus d'un enfant à charge. Cette durée varie selon le nombre d'enfants à charge.

« Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle sont définies par décret en fonction du rang de l'enfant.

« Les deux membres d'un couple ne peuvent cumuler le bénéfice de deux compléments de libre choix d'activité à taux plein. Lorsque les deux membres du couple exercent une activité professionnelle ou poursuivent une formation professionnelle rémunérée à temps partiel, un complément à taux partiel peut être attribué à chacun d'entre eux dans les conditions définies au 2 du I sans que, toutefois, le montant cumulé de ces deux compléments à taux partiel puisse être supérieur à celui du complément à taux plein.

« IV. – Pour les enfants adoptés ou confiés en vue d'adoption, le complément est versé pendant une durée minimale à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer des adoptants, sous réserve des dispositions du II.

« Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément est également versé pour les enfants dont l'âge, au moment de leur arrivée au foyer des adoptants, est supérieur à l'âge limite mentionné à cet article. La durée de versement est, dans ce cas, égale à la durée minimale mentionnée à l'alinéa précédent, sous réserve des dispositions du 2° de l'article L. 512-3.

« V. – L'âge limite de versement mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 et la durée de versement prévue au IV du présent article sont augmentés en cas :

« 1° De naissances multiples d'enfants d'un nombre déterminé ;

« 2° D'arrivées simultanées d'un nombre déterminé d'enfants, adoptés ou confiés en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, au foyer des adoptants.

« VI. – Par dérogation au premier alinéa du 1 du I et dans des conditions définies par décret, le complément de libre choix d'activité à taux plein peut être cumulé, pendant une durée déterminée, avec un revenu professionnel, en cas de reprise d'activité du parent bénéficiaire alors qu'il a un enfant à charge remplissant des conditions d'âge. Cette option, définitive, est ouverte au parent qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants.

« VII. – Le montant du complément de libre choix d'activité est majoré lorsque la personne y ouvrant droit ne bénéficie pas de l'allocation de base mentionnée au 2° de l'article L. 531-1.

« *Art. L. 531-5. – I. –* Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.

« Ce complément comprend :

« a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;

« b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.

« Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule dispose d'un minimum de revenus tirés d'une activité professionnelle. Le montant de ce revenu diffère selon que la charge des enfants est assumée par un couple ou par une personne seule. Un décret précise les conditions dans lesquelles ces modalités sont adaptées aux non-salariés. Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.

« La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :

« – lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;

« – lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail ;

« – aux personnes bénéficiaires d'une des allocations mentionnées à l'article L. 524-1 du présent code et à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« II. – Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistante maternelle ne dépasse pas un montant fixé par décret.

« Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail, une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d'un plafond par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« III. – La rémunération de la personne qui assure la garde du ou des enfants est prise en charge, pour une part fixée par décret du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 773-3 du code du travail. Cette prise en charge ne peut excéder un plafond fixé en fonction des ressources de la personne ou du ménage. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du même code.

« IV. – Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la

garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite.

« V. – Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.

« *Art. L. 531-6.* – Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde. Le montant versé varie en fonction des revenus du ménage ou de la personne.

« Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants versés sont réduits.

« L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret.

« L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales.

« *Art. L. 531-7.* – Le droit au complément est ouvert à compter du premier jour du mois civil au cours duquel la demande est déposée. Il cesse au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'une des conditions cesse d'être remplie.

« *Art. L. 531-8.* – Les caisses versent le montant mentionné au a du I de l'article L. 531-5 à un organisme de recouvrement de sécurité sociale désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« L'employeur est dispensé du versement des cotisations et contributions sociales à hauteur de ce montant sous réserve de se conformer aux modalités de déclaration fixées par décret. Dans ce cas, les cotisations et contributions sociales demeurant à sa charge donnent lieu à prélèvement automatique au cours du mois suivant la réception des formulaires de déclaration. L'organisme mentionné au premier alinéa est habilité à poursuivre le recouvrement par voie contentieuse des sommes restant dues, pour le compte de l'ensemble des régimes concernés sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires.

« Les mentions figurant dans le formulaire de déclaration sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« *Art. L. 531-9.* – Le complément de libre choix du mode de garde n'est pas cumulable avec le complément de libre choix d'activité à taux plein mentionné au premier alinéa du I du I de l'article L. 531-4, sauf si ce dernier est versé au titre du VI dudit article.

« Le complément de libre choix du mode de garde est réduit, lorsque le ménage ou la personne bénéficie du complément de libre choix d'activité à taux partiel pour l'exercice d'une activité professionnelle inférieure à une quotité, dans des conditions définies par décret.

« Art. L. 531-10. – En cas de décès d'un enfant, le complément de libre choix d'activité et l'allocation de base, versés au titre de cet enfant, sont maintenus pendant une durée fixée par décret.

## « CHAPITRE II

### « Dispositions relatives au cumul avec d'autres prestations

« Art. L. 532-1. – L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant n'est pas cumulable avec le complément familial défini à l'article L. 522-1.

« L'allocation de base versée en application du deuxième alinéa de l'article L. 531-3 n'est pas cumulable avec l'allocation de soutien familial et avec le complément familial.

« Art. L. 532-2. – I. – Le complément de libre choix d'activité n'est pas cumulable avec le complément familial.

« II. – Le complément de libre choix d'activité à taux plein n'est pas cumulable pour le bénéficiaire avec :

« 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption ;

« 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;

« 3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

« 4° Les indemnités servies aux travailleurs sans emploi ;

« 5° Un avantage de vieillesse, d'invalidité ou la pension servie aux militaires en application de l'article L. 6 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

« Le service des indemnités dues aux travailleurs sans emploi est, à la date d'interruption du versement du complément de libre choix d'activité, poursuivi jusqu'à l'expiration du droit.

« III. – Le complément de libre choix d'activité à taux partiel n'est pas cumulable pour le bénéficiaire, à l'ouverture du droit, avec les indemnisations et l'allocation de remplacement mentionnées aux 1° à 5° du II. Il est cumulable, en cours de droit, avec les indemnisations et allocations mentionnées aux 1° à 4° du II perçues au titre de l'activité à temps partiel que le bénéficiaire exerce ou a exercée.

« IV. – Lorsque le bénéficiaire du complément de libre choix d'activité a un seul enfant à charge, le complément est cumulable, le mois d'ouverture du droit, avec les indemnités et allocations visées aux 1° à 3° du II.

### « CHAPITRE III

#### « *Dispositions relatives aux examens médicaux de la mère et de l'enfant*

« *Art. L. 533-1.* – Le versement de la prime à la naissance est subordonné à la justification de la passation du premier examen prénatal médical obligatoire de la mère prévu en application de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique.

« Le versement de l'allocation de base est subordonné à la passation des examens médicaux obligatoires prévus à l'article L. 2132-2 du même code donnant lieu à l'établissement d'un certificat de santé.

« Un décret définit les conditions dans lesquelles sont produites les justifications ainsi que les conditions dans lesquelles la prestation d'accueil du jeune enfant est suspendue lorsque ces justifications ne sont pas fournies. »

III. – 1. A l'article L. 755-10-1 du même code, les mots : « est versée » sont remplacés par les mots : « ainsi que la prestation d'accueil du jeune enfant visée à l'article L. 531-1 sont versées ».

2. La section 6 du chapitre V du titre V du livre VII du même code est ainsi rédigée :

#### « *Section 6*

#### « *Prestation d'accueil du jeune enfant*

« *Art. L. 755-19.* – La prestation d'accueil du jeune enfant est attribuée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 dans les conditions définies au titre III du livre V du présent code.

« L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant n'est pas cumulable avec les allocations familiales et leurs majorations pour âge servies au titre d'un seul enfant à charge.

« L'allocation de base et le complément de libre choix d'activité de cette prestation ne sont pas cumulables avec le complément familial défini à l'article L. 755-16. »

IV. – 1. Les sections 10, 11 et 13 du chapitre V du titre V du livre VII, la section 3 du chapitre VII du titre V du livre VII et le titre IV du livre VIII du même code sont abrogés.

2. Le premier alinéa de l'article L. 161-9 du même code est ainsi modifié :

a) Les mots : « de l'allocation parentale d'éducation prévue au chapitre II » sont remplacés par les mots : « du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant prévu à l'article L. 531-4 » ;

b) Les mots : « de cette allocation ou de ce congé » sont remplacés par les mots : « de ce complément ou de ce congé ».

3. Au premier alinéa de l'article L. 241-6 du même code, les mots : « et des aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants » sont supprimés.

4. Au dernier alinéa du I de l'article L. 241-10 du même code, les mots : « l'allocation de garde d'enfant à domicile prévue à l'article L. 533-1 » sont remplacés par les mots : « le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant versé au titre de la garde à domicile ».

5. L'article L. 333-3 du même code est ainsi modifié :

a) Le 4° est ainsi rédigé :

« 4° Le complément de libre choix d'activité à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant prévu à l'article L. 531-4 ; »

b) Le 5° est ainsi rédigé :

« 5° Le complément de libre choix d'activité à taux partiel de la prestation d'accueil du jeune enfant à l'ouverture du droit de celui-ci. »

6. a. Dans l'intitulé de la section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VIII du livre III du même code, les mots : « de l'allocation pour jeune enfant, de l'allocation parentale d'éducation » sont remplacés par les mots : « de la prestation d'accueil du jeune enfant ».

b. L'article L. 381-1 du même code est ainsi modifié :

– au premier alinéa, les mots : « de l'allocation pour jeune enfant ou de l'allocation parentale d'éducation » sont remplacés par les mots : « de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant ou du complément de libre choix d'activité de cette prestation » ;

– au deuxième alinéa, les mots : « de l'allocation parentale d'éducation à taux partiel » sont remplacés par les mots : « du complément de libre choix d'activité à taux partiel ».

7. A l'article L. 522-1 du même code, les mots : « la charge d'un nombre d'enfants ayant tous au moins l'âge au-delà duquel l'allocation pour jeune enfant ne peut plus être prolongée » sont remplacés par les mots : « la charge d'un nombre déterminé d'enfants ayant tous un âge supérieur à l'âge limite visé au premier alinéa de l'article L. 531-1 ».

8. L'article L. 542-1 du même code est ainsi modifié :

a) Le c du 1° est abrogé ;

b) Le *d* du 1° devient le *c* et le *e* du 1° devient le *d* ;

c) Il est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° A la personne seule sans personne à charge à compter du premier jour du mois civil suivant le quatrième mois de la grossesse et jusqu'au mois civil de la naissance de l'enfant. »

9. Le 6° de l'article L. 544-8 du même code est ainsi rédigé :

« 6° Le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant ; ».

10. Le premier alinéa de l'article L. 552-1 du même code est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, après les mots : « à l'exception de l'allocation de parent isolé », sont insérés les mots : « , de l'allocation de base, du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge » ;

b) Dans la deuxième phrase, les mots : « sauf en cas de changement de situation de famille pour l'allocation de parent isolé et sauf en cas de » sont remplacés par les mots : « sauf en cas de perception du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de cette dernière prestation lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge, de changement de situation de famille pour l'allocation de parent isolé ou de ».

11. A l'article L. 755-3 du même code, les références : « L. 512-1, L. 512-2, L. 512-3 » sont remplacées par les références : « L. 512-1 à L. 512-4 ».

12. A l'article L. 755-16 du même code, les mots : « ait au moins l'âge au-delà duquel l'allocation pour jeune enfant ne peut plus être prolongée » sont remplacés par les mots : « ait un âge supérieur à l'âge limite prévu au premier alinéa de l'article L. 531-1 et qu'au moins l'un d'entre eux ait un âge inférieur à un âge limite ».

13. Dans l'intitulé du chapitre VII du titre V du livre VII du même code, les mots : « Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants » sont supprimés.

IV *bis.* – 1. A l'article L. 755-2-1 du même code, les mots : « à L. 755-25 » sont remplacés par les mots : « à L. 755-22 ».

2. Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 331-4 et dans le troisième alinéa de l'article L. 331-7 du même code, les mots : « à l'article L. 512-4 et » sont supprimés. Dans le deuxième alinéa de l'article L. 331-6 du même code, les mots : « aux articles L. 512-3 et L. 512-4 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 512-3 ».

3 (*nouveau*). A l'article L. 762-6 du code rural, la référence : « L. 755-24 » est remplacée par la référence : « L. 755-22 ».

4 (*nouveau*). *Supprimé*.....



5 (*nouveau*). Dans le 3° du III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux articles L. 841-1 et L. 842-1 du présent code et » sont supprimés.

6 (*nouveau*). A l'article L. 421-5 du code de l'action sociale et des familles, la référence : « L. 841-1 » est remplacée par la référence : « L. 531-1 ».

7 (*nouveau*). Le 9° du II de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est abrogé.

8 (*nouveau*). Dans le III du même article, les références : « , 8° et 9° » sont remplacées par la référence : « et 8° ».

9 (*nouveau*). Dans le IV du même article, la référence : « et 9° » est supprimée.

V. – Les modalités d'application des I à III sont définies par décret en ce qui concerne les âges d'ouverture à la prestation d'accueil du jeune enfant ou à ses compléments, ses montants, sa durée de versement et par décret en Conseil d'Etat pour les autres dispositions.

VI. – Au chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre V du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 512-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 512-4.* – Les prestations familiales sont versées, pour les enfants adoptés ou confiés en vue d'adoption, à la condition que :

« 1° Le ou les enfants soient adoptés par décision de la juridiction française ou soient confiés en vue d'adoption par le service de l'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption ;

« 2° Le ou les enfants soient confiés en vue d'adoption ou adoptés par décision de l'autorité étrangère compétente et autorisés à entrer à ce titre sur le territoire français et que le postulant à l'adoption ou l'adoptant soit titulaire de l'agrément mentionné aux articles L. 225-2, L. 225-3 et L. 225-15 du code de l'action sociale et des familles. »

VII. – 1. Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 ainsi que pour les enfants nés avant cette date alors que leur date de naissance présumée était postérieure au 31 décembre 2003.

2. Les personnes qui ont perçu moins de cinq mensualités d'allocation pour jeune enfant au titre de la grossesse pour des mois antérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2004 bénéficient de la prime à la naissance dans le courant du mois de janvier 2004. Les mensualités d'allocation pour jeune enfant perçues à ce titre antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2004 sont déduites du montant de la prime à la naissance.

3. Les personnes bénéficiaires de l'allocation pour jeune enfant, de l'allocation d'adoption, de l'allocation parentale d'éducation, de l'allocation de garde d'enfant à domicile ou de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée en vertu de la réglementation applicable antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2004 pour un enfant né avant cette date continuent à percevoir ces allocations jusqu'à leur terme.

Les personnes qui bénéficient au 1<sup>er</sup> janvier 2004 des prestations mentionnées à l'alinéa précédent pour un enfant né avant cette date, et qui ont à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 un nouvel enfant à charge du fait d'une naissance ou d'une adoption, ouvrent droit à la prestation mentionnée aux II et III pour l'ensemble des enfants à charge qui remplissent les conditions de cette prestation. Le droit à la prestation mentionnée aux II et III est dans ce cas ouvert le mois qui suit la naissance de l'enfant. Toutefois, en cas de bénéfice de l'allocation de garde d'enfant à domicile ou de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée, le droit au complément de libre choix du mode de garde est ouvert à compter du premier jour du mois qui suit le trimestre civil où intervient la naissance de l'enfant. Pour les personnes ayant bénéficié de l'allocation parentale d'éducation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004, le complément de libre choix d'activité est versé sans examen des conditions d'activité professionnelle antérieures.

4. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, l'ensemble des ménages et personnes bénéficient de la prestation prévue aux II et III dès lors qu'ils répondent à ses conditions de droit.

#### **Article 50 bis**

L'article L. 115-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

« Pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale se communiquent les renseignements qu'ils détiennent sur leurs ressortissants lorsque ces renseignements :

« 1° Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ;

« 2° Sont nécessaires à l'information des ressortissants sur l'ensemble de leurs droits en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes. » ;

2° Au second alinéa, les mots : « par l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « par le présent article ».

.....

#### **Article 52 bis**

.....Suppression maintenue.....

#### Section 3

#### **Branche vieillesse**

.....

#### **Article 53 bis**

L'article 96 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites est ainsi modifié :

1° Au I, après les mots : « le 1<sup>er</sup> janvier 2004 » sont insérés les mots : « , à l'exception de l'article 91 qui prend effet le 1<sup>er</sup> juillet 2004 » ;

2° Au III, la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2004 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> juillet 2004 ».

### **Article 53 *ter***

Le bénéfice des dispositions de l'article 74 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites est étendu aux sapeurs-pompiers professionnels admis jusqu'au 31 décembre 2003 au bénéfice d'un congé pour difficulté opérationnelle accordé dans les conditions prévues à l'article 3 de la loi n° 2000-628 du 7 juillet 2000 relative à la prolongation du mandat et à la date de renouvellement des conseils d'administration des services d'incendie et de secours ainsi qu'au reclassement et à la cessation anticipée d'activité des sapeurs-pompiers professionnels.

## TITRE V

### **OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2003**

---

## TITRE VI

### **MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES À LA TRÉSORERIE**

---

### **Article 55**

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 133-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« L'admission en non-valeur des créances autres que les cotisations sociales, les impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale dans des conditions fixées par décret. »

II. – L'article L. 243-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-3.* – L'admission en non-valeur des cotisations sociales, des impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale dans des conditions fixées par décret. »

---

### **Article 57**

I. – La sous-section 1 de la section 1 du chapitre III du livre II du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 243-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-1-2.* – L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Pour remplir ses obligations, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui est personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues. Les modalités d'application du présent article sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – Il est inséré, dans le code rural, après l'article L. 741-1, un article L. 741-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 741-1-1.* – L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et

cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Pour remplir ses obligations, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui est personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues. Les modalités d'application du présent article sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

#### **Article 57 bis A**

I. – Avant la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 3 *bis* intitulée « Droits des cotisants », comprenant un article L. 243-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-6-1.* – Tout cotisant, confronté à des interprétations contradictoires concernant plusieurs de ses établissements dans la même situation au regard de la législation relative aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale, a la possibilité, sans préjudice des autres recours, de solliciter l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en ce qui concerne l'appréciation portée sur sa situation par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

« A la suite de l'analyse du litige, l'agence centrale peut demander aux organismes d'adopter une position dans un délai d'un mois. A l'expiration de ce délai, s'ils ne se sont pas conformés à cette instruction, l'agence centrale peut se substituer aux organismes pour prendre les mesures nécessaires. »

II. – L'article L. 225-1-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° De définir ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ; »

2° Après le 3°, sont insérés les 3° *bis* à 3° *quinquies* ainsi rédigés :

« 3° *bis* D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;

« 3° *ter* D'autoriser lesdits organismes à porter les litiges devant la Cour de cassation ;

« 3° *quater* D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;

« 3° *quinquies* D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ; ».

III. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

#### **Article 57 *bis***

*[Pour coordination]*

I. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les procès-verbaux mentionnés aux articles L. 243-7 du code de la sécurité sociale et L. 324-12 du code du travail, les mises en demeure prévues par l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale et les contraintes prévues par l'article L. 244-9 du même code, les ordres de recettes mentionnés à l'article 163 et les états exécutoires mentionnés à l'article 164 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique pris par les agents chargés du contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale relative aux cotisations et aux contributions sociales et aux contributions recouvrées en application du 3° de l'article L. 225-1-1, mentionnés à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, par les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du même code et par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 225-1-1 à la suite des actions de contrôle menées en application des articles L. 225-1-1 (3°) et L. 243-7 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 324-12 du code du travail sont réputés réguliers en tant qu'ils seraient contestés par le moyen tiré de l'illégalité de l'agrément du ou des agents ayant procédé aux opérations de contrôle ou par le moyen tiré de l'incompétence de leur auteur.

II. – La deuxième phrase de l'article L. 243-9 du code de la sécurité sociale est supprimée ainsi que l'avant-dernière phrase du dernier alinéa du V de l'article 126 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

#### **Article 57 *ter***

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Le contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale au titre des cotisations et contributions sociales dont les services déconcentrés de l'Etat sont redevables auprès du régime général est assuré par les organismes visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 qui reçoivent leurs déclarations et paiements. »

II. – Le même article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« La Cour des comptes est compétente pour contrôler les administrations centrales de l'Etat. Elle peut demander l'assistance des organismes mentionnés à l'alinéa précédent et notamment requérir la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement.

« Il est fait état du résultat des contrôles mentionnés aux deux alinéas précédents dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale prévu à l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières. »

III. – L'article L. 111-6 du code des juridictions financières est ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-6.* – La Cour des comptes fait état des résultats des contrôles prévus aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale prévu par l'article L.O. 132-3 du présent code. »

## **Article 60**

I. – L'article 52 de la loi n° 2002-92 du 22 janvier 2002 relative à la Corse est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« I. – Les débiteurs de cotisations patronales, dues au régime de base obligatoire de sécurité sociale des salariés agricoles pour des périodes antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2003, installés en Corse au 23 janvier 2002 ou au moment de la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n°            du            ), peuvent bénéficier d'une aide de l'Etat, dans la limite de 50 % de la totalité des cotisations patronales dues.

« Les débiteurs dont l'exploitation ou l'entreprise agricole est issue d'une reprise, fusion, absorption, dans le cadre familial, ou qui a connu une évolution de son statut juridique avec persistance de dettes antérieures de cotisations sociales pour l'emploi de main-d'œuvre salariée agricole, peuvent bénéficier des présentes dispositions pour ces dettes antérieures, sous réserve qu'ils s'engagent personnellement à reprendre à leur compte lesdites dettes. » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Dans le troisième alinéa, les mots : « au 31 décembre 1998 » sont remplacés par les mots : « au 31 décembre 2002 » ;

b) Dans le cinquième alinéa, les mots : « au 1<sup>er</sup> janvier 1999 » sont remplacés par les mots : « au 1<sup>er</sup> janvier 2003 » ;

c) Le septième alinéa est complété par les mots : « , pour les seules parts salariales non visées par les dispositions de l'article L.725-21 du code rural » ;

3° Le III est abrogé.

II. – La demande d'aide prévue au I de l'article 52 de la loi n° 2002-92 du 22 janvier 2002 relative à la Corse doit être présentée à l'autorité administrative de l'Etat dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

*Délibéré en séance publique, à Paris le 27 novembre 2003.*

*Le Président,*

*Signé : JEAN-LOUIS DEBRÉ*

## ANNEXE

### **RAPPORT SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE ET LES OBJECTIFS QUI DÉTERMINENT LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

La sécurité sociale est au cœur de notre politique de solidarité et de notre contrat social. Grâce à un financement dépendant des revenus de chacun, elle permet une véritable solidarité entre l'ensemble de nos concitoyens. Elle est un élément central de notre pacte républicain.

La qualité de notre système de protection sociale est reconnue tant en France qu'à l'étranger. Les régimes de retraite sont l'expression de la solidarité entre les générations. Les plus âgés des Français bénéficient aujourd'hui de ressources d'un niveau comparable à celui des ressources des plus jeunes générations. Les régimes d'assurance maladie nous assurent un égal accès à des soins de qualité. C'est d'abord cette caractéristique qui assure l'excellence de notre système de santé. Notre politique familiale permet d'assurer un bon niveau de ressources aux familles les plus nombreuses et favorise un bon accueil des enfants.

Toutefois, la viabilité de notre système de protection sociale est menacée. De nombreuses inéquités demeurent, liées à l'emploi ou à l'appartenance socioprofessionnelle. Par ailleurs, le drame de l'été 2003 a pointé certains dysfonctionnements de notre système de veille et d'alerte sanitaires auxquels il nous faut impérativement remédier. Enfin et surtout, des difficultés financières significatives sont devant nous. Le vieillissement de la population et notre aspiration commune à mieux vivre entraînent une forte croissance des dépenses. A partir de 2007, avec l'arrivée à la retraite des premières générations issues du baby boom, l'évolution des recettes pourrait être insuffisante pour financer une progression trop rapide, et concomitante, de ces dépenses. Le ralentissement conjoncturel actuel aggrave, par ailleurs, la situation financière.

Face à cette situation, le choix du Gouvernement n'est pas de recourir à des expédients conjoncturels mais de moderniser en profondeur notre sécurité sociale en respectant et en confortant ses principes fondateurs, en particulier la solidarité et la justice sociale, et en garantissant sa viabilité financière et son efficacité.

La loi portant réforme des retraites a été promulguée le 21 août 2003. Elle est le résultat d'un processus de concertation qui a duré plusieurs mois. Elle garantit l'équité de notre système de retraites tout en assurant sa viabilité financière.

Dans le domaine de la santé, le projet de loi de santé publique a été présenté au Parlement. Il donne, pour la première fois, un véritable cap à notre politique de santé. La modernisation de l'hôpital est, elle aussi, en marche grâce au plan « Hôpital 2007 ». Enfin, le Gouvernement a lancé une démarche de diagnostic, de concertation et de négociation qui aboutira d'ici septembre 2004 à une modernisation ambitieuse, nécessaire mais longtemps repoussée, de notre système d'assurance maladie.

La sauvegarde de notre sécurité sociale, et donc des éléments fondamentaux de notre pacte social, est en jeu. Le Gouvernement s'est engagé résolument dans l'action. Le dialogue avec les différents partenaires, le choix de la confiance, mais aussi la détermination sont les clés de la réussite.

## **1. La politique de santé et d'assurance maladie**

La santé publique, la promotion de l'innovation thérapeutique et de l'excellence du système de soins, la modernisation de l'assurance maladie et l'amélioration de la prise en charge des personnes fragiles sont les principales priorités de la politique de santé et d'assurance maladie.

### **1.1. Première orientation : priorité à la santé publique**

La santé publique est un devoir impérieux. Dans notre pays qui a tacitement préféré l'approche curative individuelle à la prévention et à la santé publique, il s'agit de renforcer l'action collective et préventive pour améliorer l'état de santé de la population. C'est dans cet objectif que le Gouvernement a déposé un projet de loi relatif à la politique de santé publique au Parlement.

Le premier objet du projet de loi est de clarifier le rôle de l'Etat en la matière. Si l'Etat n'a pas le monopole de l'action dans ce domaine, il lui revient d'organiser, sous son autorité, un partenariat associant les différents acteurs.

Le deuxième objet du projet de loi relatif à la politique de santé publique est de définir une série d'objectifs de santé publique. Ces objectifs permettront de donner une véritable direction commune aux acteurs. Une question clé est de savoir si les ressources consacrées au système de santé ont le meilleur impact possible sur l'état de santé de la population. Le projet de loi a pour ambition d'améliorer la correspondance entre les moyens engagés et les résultats obtenus.

Le troisième grand objectif du projet de loi est d'organiser l'action sur le terrain, là où se gagne la bataille de la santé publique. Il revient à l'Etat d'organiser, d'impulser et de



coordonner l'action sur le terrain. Cette coordination est indispensable, comme l'a montré la catastrophe de cet été. Il faut éviter la dispersion des moyens.

Cette politique de santé publique conduira enfin au développement de la prévention dans notre pays, alors que ses insuffisances actuelles expliquent, dans une large mesure, le niveau relativement élevé de mortalité prématurée (avant soixante-cinq ans) dans notre pays.

Parmi les objectifs de santé publique, la lutte contre le cancer apparaît particulièrement importante compte tenu du nombre de décès causés chaque année par ce fléau (150 000). Le « plan cancer » a été lancé en mars 2003 par le Président de la République, qui a fait de la lutte contre le cancer un grand chantier présidentiel depuis juillet 2002. Le plan cancer comporte soixante-dix mesures articulées autour de six objectifs : prévenir, dépister, soigner, accompagner, comprendre et découvrir, mobiliser. La généralisation du dépistage du cancer du sein devient réalité ; les mammographies continueront à être prises en charge par l'assurance maladie. Ces mesures traduisent une vision renouvelée d'un combat partagé par les patients, leurs proches et les équipes médicales et soignantes. Le plan cancer est exemplaire de ce que devrait être la réforme de notre système de santé.

## **1.2. Deuxième orientation : l'excellence du système de soins**

La recherche de l'excellence du système de santé vise à une meilleure utilisation des moyens consacrés à la santé et, par conséquent, doit permettre simultanément d'améliorer l'état de santé de la population et de réduire le rythme de croissance des dépenses.

Cette politique passe d'abord et avant tout par une meilleure organisation des acteurs, le développement de processus de soins innovants et l'utilisation des outils, notamment technologiques, les plus efficaces. Elle doit rester en parfaite cohérence avec les objectifs de santé publique.

Dans ce cadre et comme cela a été fait pour les masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif à la politique de santé publique, il sera rétabli un ordre des pédicures-podologues.

La politique nationale en direction de l'hôpital, en particulier à travers l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu à l'article 44 de la présente loi, prend en compte les inégalités territoriales et vise au rattrapage des régions sousdotées.

### *a) La modernisation de l'hôpital*

La modernisation de l'hôpital à travers le plan « Hôpital 2007 » est une des composantes les plus visibles de la politique de promotion de l'excellence des soins conduite par le Gouvernement.

Cette modernisation passe d'abord par une relance sans précédent de l'investissement hospitalier. En dégageant un financement supplémentaire de 6 milliards d'euros d'ici 2007, le Gouvernement a amplifié de près d'un tiers le rythme naturel des investissements hospitaliers. Cet effort d'investissement permet d'accompagner les priorités sanitaires nationales (cancer, urgences et périnatalité) et toutes les autres priorités de santé publique, telles que la prise en charge des personnes âgées ou la psychiatrie.

En 2004, le Gouvernement mettra en œuvre les moyens pour permettre aux établissements de santé de certaines zones frontalières de fidéliser les étudiants infirmiers qui souhaitent exercer dans ces établissements après obtention de leur diplôme.

La modernisation passe aussi par une allocation efficiente des ressources à travers la tarification à l'activité. Ce mode de tarification vise à libérer le dynamisme des établissements de santé et leur potentiel d'adaptation dans un environnement en mutation. A l'étude depuis plus de dix ans, il sera mis en œuvre progressivement à partir de 2004. L'objectif est d'aboutir à une convergence des modalités de financement et des tarifs entre secteurs public et privé à une échéance de dix ans. L'entrée en vigueur de la tarification à l'activité permettra aussi la reconnaissance des missions d'intérêt général (recherche, enseignement, innovations et recours) et de certaines activités particulières (urgences, prélèvement d'organes par exemple).

La recherche de la proximité est également le gage d'une meilleure réponse aux besoins des usagers. Une ordonnance de simplification dans le domaine sanitaire a traduit cet objectif en modernisant et en simplifiant les procédures de planification. A une planification fondée sur des indices a priori, se substitue une régulation des capacités de soins au regard des nécessités régionales. L'efficacité de cette dernière passe par une contractualisation d'objectifs avec les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements.

Enfin, la responsabilisation des acteurs hospitaliers exige, en contrepartie, une autonomie accrue et une plus grande souplesse de gestion dans les établissements publics. La concertation spécifique lancée avec les acteurs du monde hospitalier devra aboutir au cours de l'année 2004.

#### *b) La maîtrise médicalisée*

Dans le domaine de la médecine de ville, le Gouvernement a choisi de s'engager résolument dans la maîtrise médicalisée. Cette politique est la seule voie possible pour respecter les deux exigences distinctes de qualité des soins ambulatoires et de maîtrise de la croissance des dépenses ambulatoires. C'est une ardente obligation.

L'accord de juin 2002 entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins généralistes contient pour la première fois de véritables contreparties à la hausse des honoraires : hausse des prescriptions des génériques, réduction des prescriptions d'antibiotiques, diminution du nombre de visites inutiles. Les évolutions constatées depuis lors ont crédibilisé la démarche retenue même si des progrès doivent encore être faits.

L'avenant sur la gestion du risque de 2003 signé entre l'Etat et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) est un autre élément de progrès. L'assurance maladie, notamment son service médical, est appelée à se mobiliser. L'Etat lui en donne les moyens à travers les mesures proposées dans les projets de loi de financement successifs.

Les actions de maîtrise médicalisée doivent être approfondies et accélérées par l'ensemble des acteurs, en particulier les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé. Cela passe notamment par :

- la signature d'accords de bon usage et de contrats de bonne pratique ;

- le développement de la formation continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles. La formation continue des professions de santé est instaurée. Elle sera obligatoire, financée et évaluée. Ses conditions de mise en œuvre seront précisées par décret ;
- le contrôle accru des indemnités journalières.

Un effort particulier doit être consenti pour le suivi des affections de longue durée. En effet, la croissance des soins liés aux affections de longue durée représente deux tiers de la croissance des dépenses de soins de ville observée entre 2000 et 2002. La présente loi propose donc de modifier la portée du protocole interrégimes d'examen spécial (PIRES) pour qu'il devienne un véritable contrat entre le médecin traitant et le médecin conseil. Ce protocole ouvre en effet des droits supplémentaires importants pour le patient et implique, en contrepartie, le respect des références de bonne pratique.

### *c) Une politique du médicament en faveur de l'innovation*

Le Gouvernement souhaite poursuivre la politique qu'il a engagée en faveur de l'innovation.

Favoriser l'innovation permet d'apporter des soins de la meilleure qualité possible aux patients. Toutefois, cette politique ne peut être conduite au détriment du revenu des cotisants. Même si la croissance des dépenses pharmaceutiques ralentit, la consommation de médicaments en France reste l'une des plus élevées du monde. Il est donc indispensable de mener une politique de maîtrise médicalisée renforcée et de recherche d'économies reposant sur le développement des médicaments génériques.

Aussi, la mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital facilitera l'utilisation des médicaments coûteux les plus innovants grâce à une harmonisation des règles de financement de ces médicaments entre les deux secteurs d'hospitalisation. Cette harmonisation devra s'accompagner d'un meilleur respect des bonnes pratiques de prescription. En ville, l'accord-cadre signé en 2003 prévoit par ailleurs un dispositif de mise sur le marché rapide des médicaments les plus innovants.

La politique de développement du générique sera donc également poursuivie, avec l'extension des tarifs forfaitaires de remboursement à d'autres groupes génériques. Par ailleurs, le Gouvernement continuera à tirer toutes les conséquences de la procédure de réévaluation des médicaments.

### *d) La coordination des soins*

L'amélioration de la coordination de l'ensemble des acteurs qui contribuent à l'offre de soins est un enjeu majeur de la modernisation de notre système de santé. Organiser la permanence des soins, rapprocher la ville de l'hôpital et développer des réseaux sont des chantiers majeurs que le Gouvernement a lancés depuis dix-huit mois.

Le développement des réseaux constitue une priorité dans l'évolution de l'organisation des soins. Ainsi, dans le cadre du plan cancer, les professionnels sont appelés à former des réseaux spécifiques. La dotation nationale des réseaux a été doublée en 2003 et sera quasiment triplée en 2004. Parallèlement, le Gouvernement a simplifié les procédures d'agrément des réseaux. Le financement relève désormais du niveau régional, les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) étant conjointement responsables des décisions.

La mise en place d'un dossier médical partagé doit représenter, au vu des expériences étrangères, un progrès majeur pour une prise en charge coordonnée du patient. Cette meilleure coordination des professionnels conduira à des soins de meilleure qualité et une suppression des actes redondants et des interactions médicamenteuses. En 2004, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville financera des expérimentations pilotes qui seront mises en œuvre en concertation avec les caisses d'assurance maladie, les professionnels et les représentants des patients.

Enfin, une meilleure organisation de la permanence des soins doit permettre une réponse plus rapide et mieux proportionnée aux demandes urgentes de la population. Après concertation avec les acteurs, le Gouvernement a pris deux décrets qui réorganisent les gardes médicales de la médecine libérale. La permanence des soins est désormais organisée sur la base du volontariat, mais le conseil de l'ordre et le préfet peuvent intervenir en cas de carence.

L'ensemble de ces actions seront activement poursuivies. Le processus de concertation et de négociation sur la modernisation de l'assurance maladie devra notamment prolonger la réflexion sur les moyens d'une coordination accrue des différents acteurs.

De même, il conviendra d'examiner si, au-delà des incitations à une meilleure répartition géographique des professionnels de santé instituées notamment dans le cadre du fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL), les objectifs de lutte contre la désertification médicale de certaines zones de notre territoire ou de répartition harmonieuse de l'offre médicale justifient, pour l'avenir, l'introduction de dispositifs plus contraignants.

### **1.3. Troisième orientation : la modernisation de l'assurance maladie**

Le Gouvernement s'engage résolument dans la voie de la modernisation de l'assurance maladie. L'objectif est de sauvegarder notre assurance maladie en respectant ses grands principes qui sont la clef de l'excellence du système de santé français : un financement solidaire et un égal accès pour tous à des soins de grande qualité. Cette modernisation devra conduire à une nouvelle répartition des rôles entre l'Etat, garant de la santé, et les partenaires sociaux, gestionnaires de l'assurance maladie, dans le cadre d'une plus grande autonomie de gestion de l'assurance maladie.

La modernisation doit être conduite dans le dialogue social avec l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie. La méthode et le calendrier proposés par le Gouvernement aux partenaires sont les suivants :

– l'établissement d'un diagnostic partagé constitue la première phase. Un Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie établira ce diagnostic avant la fin de l'année 2003. Mais le Haut Conseil inscrira ses travaux dans la durée et les poursuivra au-delà de cette échéance ;

– à la suite de ce diagnostic, des groupes de travail établiront dans la concertation les éléments constitutifs de la modernisation de notre assurance maladie ;

– des solutions devront être proposées à nos concitoyens avant l'été.

Il s'agit là d'un chantier majeur pour l'avenir de notre protection sociale.

#### **1.4. Quatrième orientation : une meilleure prise en charge des personnes les plus fragiles**

##### *a) La prise en charge des personnes âgées dépendantes*

La politique en faveur des personnes âgées dépendantes repose sur trois piliers principaux :

– la poursuite de l'amélioration de la qualité dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes à travers notamment une médicalisation accrue des établissements. Au 31 août 2003, sur les 8 500 établissements concernés, 1 800 environ ont conclu un processus de conventionnement avec l'Etat et les départements les engageant dans une telle démarche de modernisation ;

– la création de nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Réparties entre 1 700 services, les 72 800 places existantes doivent répondre à un besoin grandissant compte tenu de la proportion de personnes âgées dépendantes souhaitant rester à domicile ;

– l'ouverture de services d'accueil de jour, d'hébergement temporaire ou autres alternatives offertes aux personnes âgées et aux familles qui le souhaitent, notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Visant d'une part à offrir une alternative à la prise en charge à domicile, d'autre part à soulager les aidants, le nombre de ces services est destiné à croître très sensiblement du fait de la prévalence des maladies dégénératives.

Ces orientations seront poursuivies et développées dans le cadre du plan « Vieillesse et solidarités », décidé par le Premier ministre pour faire suite aux conséquences de la canicule. Celui-ci proposera des développements sur ces différents volets à partir d'une approche globale adaptée instaurant une continuité de prise en charge entre domicile et établissement, dans le cadre de procédures allégées.

La fin de vie est un problème majeur de notre société. Il conviendra donc d'augmenter le nombre de lits de soins palliatifs et d'équipes mobiles.

##### *b) La prise en charge des personnes handicapées*

La présente loi prévoit une hausse des moyens consacrés aux personnes handicapées. Il est prévu de reconduire l'effort actuel en matière de création de places dans les établissements. L'objectif est :

– de développer les services permettant le soutien et l'accompagnement à domicile tant des enfants (SESSAD) que des adultes ;

- de renforcer les services de diagnostic et d’accompagnement précoce (CAMSP), en particulier pour les troubles autistiques ;
- d’encourager l’accueil temporaire qui offrira aux familles des possibilités d’alterner la prise en charge à domicile et le séjour en institution ;
- de poursuivre le programme spécifique de rattrapage pour les régions connaissant les plus grands déficits en termes de places (Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte-d’Azur) ;
- d’achever des opérations de maisons d’accueil spécialisé (MAS) ou foyers d’accueil médicalisé (FAM) n’ayant bénéficié jusqu’alors que de financements partiels.

Par ailleurs, le Gouvernement modifiera avant la fin de l’année la loi de 1975 afin d’assurer un droit à la compensation aux personnes handicapées et de promouvoir leur intégration véritable dans notre société.

### *c) La prise en charge des personnes les plus démunies*

Les personnes ne bénéficiant pas de la couverture maladie universelle complémentaire bénéficieront d’une aide personnalisée à la santé. Cette aide, inversement proportionnelle aux revenus, permettra à ces personnes de financer l’assurance complémentaire qu’ils choisiront librement.

## **2. La branche accidents du travail**

### **2.1. Première orientation : rénover la gouvernance de la branche**

La signature d’une convention d’objectifs et de gestion entre l’Etat et la branche accidents du travail et maladies professionnelles, avant la fin de l’année 2003, devra permettre d’améliorer la gestion de cette branche de manière significative.

De plus, le Gouvernement souhaite que la branche renforce son autonomie, ce qui passe par la constitution d’un conseil d’administration dont la composition soit propre à la branche. L’action de la branche continuerait naturellement de s’appuyer sur le réseau de l’assurance maladie. Une disposition législative spécifique sera prochainement présentée au Parlement.

Respectant la volonté majoritairement exprimée par les partenaires sociaux membres de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, le Gouvernement a décidé de ne pas relever le taux de cotisation, sous réserve que la surveillance des comptes de la branche n’amène pas à constater, en cours d’année, un trop grand déséquilibre.

Enfin, dans un souci de clarification des comptes, le montant des transferts pris en charge par la branche reste stable, voire diminuée.

### **2.2. Deuxième orientation : prendre une décision sur l’évolution des conditions d’indemnisation des victimes d’accidents du travail et de maladies professionnelles**

Les travaux du comité de pilotage présidé par M. Michel Yahiel, puis par M. Michel Laroque, chargé d’approfondir l’expertise sur la réparation intégrale dans ses aspects

juridiques, financiers et organisationnels doivent aboutir prochainement. Des premiers chiffreages qui méritent d'être complétés et affinés ont été réalisés.

Un bilan d'étape sera très prochainement disponible.

Sur leur fondement, le Gouvernement mènera une concertation approfondie avec les partenaires sociaux et les associations de victimes, afin d'être en mesure d'élaborer des propositions opérationnelles.

L'objectif est de parvenir à une solution consensuelle, qui permette à la fois de prendre en compte les évolutions de la jurisprudence, d'améliorer l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles les plus graves et de rester compatible avec l'impératif de maîtrise de nos dépenses publiques.

### **2.3. Troisième orientation : suivre avec attention la montée en charge du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**

Grâce à l'adoption d'un barème définitif d'indemnisation, le 21 janvier 2003, la réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante est désormais effective. Au 31 août 2003, 45,3 millions d'euros avaient été versés au titre des provisions. Des offres avaient été présentées pour plus de 80 millions d'euros. Le taux d'acceptation des offres (97 %) apparaît particulièrement satisfaisant.

## **3. La politique d'assurance vieillesse**

### **3.1. Première orientation : appliquer la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites**

La loi du 21 août 2003 permet à notre pays de se préparer au choc démographique de l'arrivée à la retraite de la génération du baby boom, tout en introduisant d'importantes mesures d'équité et de justice sociale.

Conformément à son article 27, la revalorisation des pensions de vieillesse de 1,7 % sera déterminée par voie réglementaire. Elle sera supérieure de 0,2 % à l'inflation prévue pour 2004, afin d'éviter de pénaliser le pouvoir d'achat des retraités, du fait du léger surcroît d'inflation constaté en 2003.

Un certain nombre de dispositions de la loi portant réforme des retraites nécessitent des décrets d'application. Le Gouvernement s'attachera à ce que ces textes soient publiés sans délai.

Au cours de l'année 2004, le relèvement du taux d'activité des salariés âgés – qui est l'un des enjeux de la réforme de 2003 – fera aussi l'objet d'une attention toute particulière.

### **3.2. Deuxième orientation : améliorer le droit à l'information**

Le débat du premier semestre 2003 sur les retraites a montré l'importance d'apporter à nos concitoyens une meilleure connaissance sur la situation et les règles des différents régimes de retraite. L'objectif est également de leur assurer une meilleure information sur leurs perspectives propres de droit à pension. Conformément à l'article 10 de la loi du 21 août

2003, un groupement d'intérêt public sera mis en place en 2004, afin de faciliter l'échange de données entre les régimes.

#### **4. La politique de la famille**

##### **4.1. Première orientation : favoriser l'accueil des jeunes enfants**

La présente loi institue au 1<sup>er</sup> janvier 2004 la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui va regrouper les six prestations existant en faveur de la petite enfance. L'instauration de cette prestation répond à la volonté du Gouvernement de simplifier et d'améliorer significativement l'aide apportée aux parents de jeunes enfants pour concilier leur vie familiale et professionnelle.

Le développement de l'offre de garde est un complément indispensable à la mise en œuvre de la PAJE. Plusieurs mesures importantes sont traduites financièrement dans la présente loi.

– le plan de création de places de crèches permettra de créer 20 000 places supplémentaires. Ce plan fera l'objet d'un avenant à la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'Etat et la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) d'ici la fin de l'année. Il sera orienté en particulier en faveur des projets les plus innovants et souples pour les parents ainsi qu'en faveur de l'accueil des enfants handicapés ;

– pour ouvrir le secteur de l'offre de garde au maximum d'intervenants, la présente loi prévoit de permettre aux parents de passer par une entreprise ou une association sans être employeurs directs de leur assistante maternelle ou de leur garde à domicile tout en bénéficiant du complément de garde de la PAJE ;

– enfin, concernant la revalorisation du statut des assistantes maternelles, les cotisations relatives à la création d'un fonds de formation professionnelle ainsi que d'un fonds du paritarisme seront prises en charge par la sécurité sociale dans le courant de l'année 2004 ; en 2005, ce sera au tour des cotisations sociales de prévoyance avec la création d'une complémentaire santé et accidents du travail.

Par souci de simplification, le complément de garde de la PAJE sera proposé aux familles sous forme d'un « chéquier PAJE » inspiré du chèque-emploi service actuel. Grâce à ce chéquier, le versement du complément sera fortement accéléré, les formalités imposées aux familles seront allégées et les risques de rupture des droits supprimés.

Par ailleurs, les familles adoptantes auront droit à une prime d'adoption ainsi qu'à l'allocation de base de la PAJE. Elle leur sera versée, quel que soit l'âge de l'enfant, pendant la même durée que pour les enfants naturels, assurant ainsi l'égalité des droits et améliorant de façon importante les droits des familles qui adoptent.

Dans le même souci de répondre aux besoins spécifiques, l'allocation de base de la PAJE sera versée, en cas de naissances multiples, pour chaque enfant et sera cumulable avec le complément de libre choix d'activité qui remplace l'APE.

Enfin, la PAJE sera versée dans les départements d'outre-mer dans les mêmes conditions qu'en métropole. Les plafonds de ressources de l'allocation de base de la PAJE seront donc



alignés. A compter de 2004, le Gouvernement déposera sur le bureau de l'Assemblée nationale et sur celui du Sénat un rapport faisant état de la pertinence de modifier les conditions portant sur l'exercice antérieur d'une activité professionnelle permettant l'ouverture du droit au complément de libre choix d'activité.

#### **4.2. Deuxième orientation : l'accompagnement de l'adolescence**

Après avoir lancé pour les années à venir une politique d'accueil de la petite enfance claire et ambitieuse, le Gouvernement souhaite se concentrer en 2004 sur une politique d'accompagnement de l'adolescence.

La Conférence de la famille sera donc axée sur l'adolescence. Comme celle de 2003, cette conférence privilégiera la concertation. Elle sera aussi à l'écoute des adolescents.

Dès cet automne seront lancés différents groupes de travail sur des sujets aussi variés que la santé, la découverte de la vie professionnelle ou encore les temps libres des adolescents.

#### **5. Le financement et l'équilibre de la sécurité sociale**

##### **5.1. Première orientation : clarifier les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale**

La clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale est essentielle au processus de modernisation de l'assurance maladie. En effet, elle est un préalable à la responsabilisation des différents partenaires.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a engagé les premières mesures permettant cette clarification : l'engagement de l'Etat de compenser intégralement les nouveaux allègements de charge et la réaffectation à la sécurité sociale d'une partie des recettes qui avaient été utilisées pour le financement du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).

En 2004, le Gouvernement souhaite supprimer le FOREC. Ce fonds est un élément important de cette tuyauterie de financements complexe et très critiquée. La création du FOREC puis la gestion de son équilibre ont en effet été marquées par une forte instabilité liée notamment à la difficulté de prévoir efficacement ses dépenses comme ses recettes.

La suppression du fonds permet de revenir à la logique de la loi du 25 juillet 1994 qui veut que l'Etat compense l'intégralité des exonérations de charge qui privent la sécurité sociale de recettes. Elle permet de simplifier de nombreux circuits de financement et surtout d'identifier les compétences financières de l'Etat et celles de la sécurité sociale.

##### **5.2. Deuxième orientation : stabiliser le déficit de l'assurance maladie pour préparer le redressement des comptes**

La crise financière à laquelle fait face le régime général et en premier lieu l'assurance maladie est trop profonde pour permettre un redressement financier des comptes sans une véritable modernisation en profondeur. Ce processus de modernisation est en cours.

Toutefois, il n'est ni possible ni souhaitable de laisser le déficit croître. Le Gouvernement a donc décidé de stabiliser le déficit de l'assurance maladie, les autres branches restant proches de l'équilibre.

Une telle stabilisation, par son ampleur, nécessite un effort significatif de tous les acteurs : offreurs de soins, patients, industrie et caisses d'assurance maladie. La présente loi et un certain nombre d'actes réglementaires mettront en œuvre les mesures nécessaires. Toutefois, une intense mobilisation en faveur de la maîtrise médicalisée est indispensable immédiatement.

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du 27 novembre 2003.*

*Le Président,*

*Signé : JEAN-LOUIS DEBRÉ.*



Composé et imprimé pour l'Assemblée nationale par JOUVE  
11, bd de Sébastopol, 75001 PARIS

---

Texte adopté n° 207 : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004