

« II. – Lorsqu'il apparaît que l'évolution de l'activité réelle de l'établissement est manifestement incompatible avec le respect de son budget, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande à l'établissement de délibérer sur une modification de son budget tenant compte de l'écart entre l'activité réelle et l'activité prévisionnelle prise en compte lors du vote du budget. »

35

ANU

### Article ~~251~~ 3D

I. – Le chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A l'article L. 6114-1, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-18 » ;

2° Après le premier alinéa de l'article L. 6114-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils précisent la ou les missions d'intérêt général mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale auxquelles l'établissement concerné participe et ses engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que ses autres engagements donnant lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du même code. » ;

3° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 6114-4 est ainsi rédigée :

« Pour les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les contrats fixent le montant des tarifs de prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5 du même code. »

II. – 1. L'article L. 6115-3 du même code est ainsi modifié :

a) Après le douzième alinéa, il est inséré un 11° ainsi rédigé :

« 11° Fixe les dispositions prévues aux articles L. 162-22-4, L. 162-22-12 et L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale. » ;

b) A la fin de la première phrase du treizième alinéa, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « aux 1° à 11° ».

2. Le 3° de l'article L. 6115-4 du même code est ainsi rédigé :

« 3° Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-1 ainsi que les engagements contractuels spécifiques prévus à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. »

ANU

### Article ~~261~~ 3 1

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

-----

36

« Cet arrêté précise également la constitution de la dotation nationale en parts qui s'imputent respectivement sur l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2, sur l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun mentionné à l'article L. 162-22-9, sur l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1, sur l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et sur l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du présent code. »

II. - A l'article L. 174-12 du même code, le mot : « globale » est supprimé par trois fois.

III. - L'article L. 174-14 du même code est abrogé.

IV. - A l'article L. 174-15 du même code, les mots : « de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements de santé défini par l'article L. 174-1-1 » sont remplacés par les mots : « de l'objectif des dépenses d'assurance maladie défini à l'article L. 174-1-1 ».

de I de

V. - L'article L. 174-16 du même code est ainsi <sup>révisé</sup> ~~modifié~~ :

1° Le I est ainsi rédigé :

HJ

« I. - Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 sont prises en charge dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14. »

19

~~2° Supprimé.....~~

HJ

VI. - L'article L. 174-17 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « régis par l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 » et les mots : « dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « dans la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 » ;

2° Les deuxième et troisième alinéas sont supprimés.

VII. - Le III de l'article L. 315-1 du même code est complété par les mots : « notamment au regard des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7 ».

(ANL)

### Article 271 32

I. - L'article L. 6133-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Aux deuxième et troisième alinéas, les mots : « par les établissements de santé mentionnés aux articles L. 6161-4 et L. 6161-6 » sont remplacés par les mots : « par les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-22-16 du même code » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « les établissements de santé privés autres que ceux placés pour tout ou partie sous le régime de financement prévu par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code ».

---

II. - Le chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

A. - Le premier alinéa de l'article L. 6161-4 est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé privés à but non lucratif ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier, mentionnés au c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ayant opté pour le financement par dotation globale sont, pour ce qui concerne les activités définies par les articles L. 6111-1 et L. 6111-2 et les modalités de tarification applicables, soumis aux dispositions fixées aux articles L. 6145-1 et L. 6145-4. »

B. - L'article L. 6161-7 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « à l'article L. 6145-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 6145-1 et L. 6145-4 » ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.

C. - A l'article L. 6161-8, les mots : « , L. 6143-2-1 et L. 6143-1 » sont remplacés par les mots : « et L. 6143-2-1 ».

Article 2833

~~(Texte du Sénat)~~

22 à 32

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.

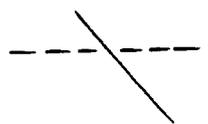
Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

37

CHP

25 H

23 H



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'État 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'État 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.

30

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'État 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'État 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.

---

40

D. - Dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-12 du même code, l'État 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'État. 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.

HP

Article ~~29~~ 3 4

~~(Texte du Sénat)~~

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 ~~les~~ 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 ~~les~~ 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

42

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'État.

Au vu de l'évolution de l'activité de l'établissement valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité, l'État 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 ;

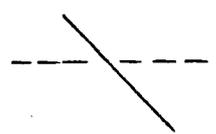
b) En application du 1° de l'article L. 162-22-6 du même code, dans sa rédaction issue de la présente loi, à compter du 1<sup>er</sup> octobre. Les tarifs de ces prestations sont fixés en application du 2 et s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> octobre.

2. A. - L'État 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.



43

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'État 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'État 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.

(CMP)

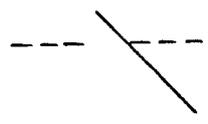
Article ~~29 bis~~ 3. 5

~~Texte du Sénat~~

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~~ de la présente loi ; *HP*
- 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.

33 H



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.

012

Article ~~30~~ 36

~~(Texte du Sénat)~~

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. »

(GHP)

Article ~~30 bis~~ 3 7

~~(Texte du Sénat)~~

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.

premier H

La prise en compte de la prime spéciale de sujétion mentionnée au ~~H9~~ 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'État.

19

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.

46

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.

ANJ

Article ~~31~~ 38

I. - L'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque les soins sont dispensés à des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant et le médecin-conseil établissent conjointement un protocole de diagnostic et de soins. Ce protocole révisable définit les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3.

« Les modalités de mise en œuvre du présent article, notamment les conditions dans lesquelles l'assuré prend connaissance du protocole de soins et le communique au médecin lors de la prescription, sont fixées par décret. »

II. - L'article L. 322-3 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré. »

III. - Les dispositions du présent article sont applicables aux patients pour lesquels un protocole de soins est élaboré ou renouvelé à compter de l'entrée en vigueur du décret qui en fixe les conditions d'application.

~~Article 31 bis~~

~~Supprimé par la commission mixte paritaire~~

