Document
mis en distribution
le 16 octobre 2003

N° 1106

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 octobre 2003.

PROJET DE LOI

de **financement** *de la* **sécurité sociale** *pour* **2004***,*

(Renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. JEAN-PIERRE RAFFARIN,

Premier ministre,

PAR M. JEAN-FRANÇOIS MATTEI,

ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Santé et protection sociale.

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décrète :

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, délibéré en Conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat, sera présenté à l'Assemblée nationale par le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

TITRE Ier
ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE

Article 1er

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

TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

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 1er avril 2004 la somme de 1 097 040 364,41 € à l'Agence centrale des organismes de sécurité

sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. »

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

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

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet d'apurer complètement la créance enregistrée en 2000 par les organismes de sécurité sociale au titre des exonérations de cotisation entrant dans le champ du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).

Après le versement de 1 096 969 089,92 € à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) effectué le 1er avril 2003 en application de l'article 14 de la LFSS 2003, il est prévu un nouveau virement apurant complètement la moitié restante de la créance du régime général.

Le I confie cette mission à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et détermine les montants versés aux organismes de sécurité sociale en 2004.

Le II tire les conséquences comptables de cette opération pour les branches du régime général.

Article 3

I. - Le chapitre Ier *quater* du titre troisième du livre Ier 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 du présent article entrent en vigueur le même jour que la loi de finances pour 2004.

Exposé des motifs

Afin d'unifier le mode de remboursement des exonérations de cotisations sociales et de simplifier le financement de la sécurité sociale, cet article supprime le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), créé par la loi de financement de la sécurité sociale n° 99-1140 du 29 décembre 1999, tout en garantissant une compensation intégrale des exonérations, conformément à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale (introduit par la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale).

Le I supprime ainsi les quatre articles du code de la sécurité sociale relatifs au FOREC, qui constituent le chapitre Ier *quater* de ce code.

La compensation intégrale des dispositifs d'allègements généraux de cotisations patronales de sécurité sociale sera désormais à la charge du budget du ministère chargé de l'emploi.

Le II supprime la référence au FOREC contenue à l'article L.135-1 du code de la sécurité sociale, relatif au Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Le III et le IV suppriment l'affectation au FOREC de la taxe sur les contributions au financement des prestations de prévoyance complémentaire et la contribution sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur. Le recouvrement de ces deux taxes, aujourd'hui assuré par l'ACOSS et par les URSSAF, sera ainsi transféré aux services de l'Etat. Le projet de loi de finances prévoit de son côté la réaffectation de la part du droit de consommation sur les tabacs perçue par le FOREC et la réintégration au budget de l'Etat des sept autres produits affectés au FOREC.

Article 4

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

Groupes de produits	Taux normal %
Cigarettes	62
Cigares	25
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	56
Autres tabacs à fumer	49,85
Tabacs à priser	43
Tabacs à mâcher	29,6

II. - Au deuxième alinéa de l'article 575 A du même code, le montant : « 108 € » est remplacé par le montant : « 128 € ».

III. - Le troisième alinéa de l'article 575 A du même code est ainsi rédigé :

« Il est fixé à 68 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, à 60 € pour les autres tabacs à fumer et à 89 € pour les cigares. »

IV. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 5 janvier 2004.

Exposé des motifs

Le I prévoit une hausse des taux proportionnels applicables aux produits du tabac autres que les cigarettes. Le taux applicable aux cigarettes a en effet été augmenté par la loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes, issue d'une proposition de loi parlementaire. Il est donc nécessaire d'accroître la fiscalité applicable aux autres produits du tabac, notamment les tabacs à rouler, pour éviter le déport des fumeurs des cigarettes les moins chères vers ce type de produits.

Les II et III prévoient l'augmentation des minimums de perception applicable aux cigarettes et aux autres tabacs. La mesure a pour objet d'éviter la mise sur le marché de produits à des prix trop bas et de soutenir l'objectif d'augmentation des prix recherché par le Gouvernement.

Article 5

I. - Après le troisième alinéa de l'article L. 376-1 et le troisième alinéa de l'article L. 454-1 du code de la sécurité sociale est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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. »

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. »

Exposé des motifs

De longue date, les organismes de sécurité sociale disposent d'un moyen de forte responsabilisation des assurés sociaux lorsque ceux-ci, par les accidents dont ils sont responsables, occasionnent des dépenses pour la prise en charge médicale des victimes. Cette procédure est celle du recours contre tiers. Elle figure aux articles L. 376-1, L. 454-1 et L. 615-21 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux articles L. 751-9 et L. 752-23 du code rural.

Cette procédure prend la forme d'un recours des caisses contre la personne responsable et son assureur leur permettant de récupérer le montant des prestations servies à la victime à l'occasion des soins nécessités par l'accident. Pour ce qui concerne les accidents de la circulation, cette procédure est aménagée dans le cadre d'un accord conventionnel de mai 1983, conclu entre les organismes de sécurité sociale et les assureurs. En 2002, le rendement de cette procédure pour le régime général est de 866 M€. Plusieurs indices convergents attestent de la possibilité d'une augmentation des sommes recouvrées. Le présent article propose en conséquence les évolutions nécessaires :

I. - Modification de dispositions du code de la sécurité sociale

Le bon fonctionnement de ce dispositif suppose d'améliorer les conditions d'information des caisses en posant l'obligation pour les victimes elles-mêmes, les

établissements de santé et les assureurs d'informer de la survenue d'accidents causés par des tiers.

Le devoir d'information des caisses par les assureurs prévu dans la loi est sanctionné, en cas de méconnaissance, par une majoration de 50% de l'indemnité de gestion due par l'assureur. Cette mesure devrait remédier au déficit d'information constaté.

II. - Modification du code des assurances tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accident de la circulation

L'article L. 211-11 du code des assurances est amendé, afin de permettre aux caisses de présenter une créance provisionnelle en cas du versement de prestation soumise à avis de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) ou de la commission départementale d'éducation spéciale (CDES), ces instances n'ayant pas la possibilité de se prononcer dans le délai de quatre mois consécutif à l'ouverture du dossier au cours duquel les caisses doivent présenter leurs créances selon les dispositions de cet article 14.

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 au quatrième alinéa 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 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.

Exposé des motifs

En application de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, le revenu retenu pour calculer les cotisations des personnes affiliées en qualité de travailleurs indépendants est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Toutefois, certains abattements, déductions ou exonérations accordées sur le plan fiscal ne sont pas applicables sur le plan social : c'est le cas, notamment, de l'abattement de 20 % accordé aux gérants et associés de sociétés dont le revenu est imposé dans la catégorie des traitements et salaires.

C'était du moins le cas jusqu'à ce que l'article 14 de la loi de finances pour 1997 supprime le sixième alinéa de l'article 62 du code général des impôts, qui énonçait, par un renvoi au *a* du 5 de l'article 158 du code général des impôts, la règle de l'abattement de 20 %, et auquel se réfère l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale.

Sur le fond, néanmoins, la règle de l'abattement de 20% vaut toujours pour le calcul de l'impôt sur le revenu : elle figure de manière implicite au cinquième alinéa de l'article 62 CGI.

Le code de la sécurité sociale n'a pas tiré les conséquences de cette modification rédactionnelle. Aussi l'article L. 131-6 est-il modifié de sorte que l'abattement de 20 % ne soit pas applicable aux dirigeants de sociétés pour la fixation de la base de calcul des cotisations dont ils sont redevables en tant que travailleurs indépendants. L'égalité de traitement sera ainsi respectée entre les dirigeants de sociétés, les entrepreneurs individuels et les dirigeants de sociétés affiliés en qualité de salariés. L'article L. 136-4, relatif à la contribution sociale généralisée, doit être également adapté.

Article 7

I. - Les gains et rémunérations, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 741-10 du code rural, versés au cours d'un mois civil aux personnes mentionnées au II du présent article appartenant aux jeunes entreprises innovantes réalisant des projets de recherche et de développement sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des allocations familiales, des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Une entreprise est qualifiée de jeune entreprise innovante réalisant des projets de recherche et de développement lorsque, à

la clôture de l'exercice, elle remplit simultanément les conditions suivantes :

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

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

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

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

- par des personnes physiques ;

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

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

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

II. - Les cotisations exonérées sont celles qui sont dues au titre, d'une part, des salariés énumérés au III et au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 351-4 du code du travail et, d'autre part, des mandataires sociaux qui participent, à titre principal, au projet de recherche et de développement de l'entreprise.

III. - Les salariés mentionnés au II sont les chercheurs, les techniciens, les gestionnaires de projets de recherche et de développement, les juristes chargés de la protection industrielle et

des accords de technologie liés au projet et les personnels chargés des tests pré-concurrentiels.

IV. - L'avis exprès ou tacite délivré par l'administration fiscale, saisie par une entreprise dans les conditions prévues au 4° de l'article L. 80 B du Livre des procédures fiscales dans sa rédaction issue de la loi de finances pour 2004 est opposable à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations de sécurité sociale compétent.

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

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

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

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

Exposé des motifs

Le Gouvernement a décidé de mettre en œuvre un ensemble de mesures pour contribuer à créer un environnement social et fiscal favorable en faveur des jeunes entreprises qui font un effort particulier et durable en matière de recherche et de développement.

Un statut spécifique de « jeunes entreprises innovantes » est ainsi accordé aux sociétés de moins de huit ans dont le capital est détenu directement ou indirectement à 75 % par des personnes physiques et qui réalisent d'importantes dépenses de recherche et développement (ces dépenses doivent représenter plus de 15 % des charges totales).

Le projet de loi de finances pour 2004 contient les articles du code général des impôts définissant ce statut et les mesures fiscales corrélatives : les mesures principales sont une exonération totale d'impôt sur les bénéfices pour les résultats des trois premiers exercices bénéficiaires, cette exonération étant réduite de moitié au titre des deux exercices bénéficiaires suivants ; une exonération de l'imposition forfaitaire annuelle des sociétés ; et, sur délibération des collectivités territoriales, une exonération pendant sept ans de taxe foncière sur les propriétés bâties et de taxe professionnelle.

Le présent article crée une exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale pour les rémunérations versées aux personnels des jeunes entreprises innovantes, dès lors qu'ils participent activement au projet de recherche et de développement de l'entreprise. Sont ainsi concernés les chercheurs, techniciens, gestionnaires de projets de recherche et de développement, juristes chargés de la protection industrielle et des accords de technologie liés au projet ou, encore, les personnels chargés des tests pré-concurrentiels. Cette exonération, s'apparentant davantage à une aide à l'entreprise qu'à une aide à l'emploi, est également ouverte aux mandataires sociaux relevant du régime général de sécurité sociale par détermination de la loi à condition qu'ils participent, à titre principal, au projet de recherche et de développement de l'entreprise.

Cette exonération est applicable pendant au plus huit années, c'est-à-dire jusqu'au dernier jour de la septième année suivant celle de la création de l'entreprise. Si l'entreprise ne remplit plus les conditions au cours d'une année, elle perd définitivement le bénéfice de l'exonération.

Cette exonération sera intégralement compensée pour le régime général de sécurité sociale, en application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

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, dès lors qu'elles ont pour objet de former des provisions destinées à couvrir des engagements de retraite constitués à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

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

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

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

Exposé des motifs

Les institutions de retraite supplémentaire (IRS), qui sont des organismes à caractère paritaire, mettent en œuvre des régimes collectifs obligatoires de retraite supplémentaire dont les prestations s'ajoutent à celles servies par les régimes de base et les régimes complémentaires de l'ARRCO et de l'AGIRC.

A la différence des autres organismes qui interviennent en matière de retraite dans le cadre des directives assurance - telles les institutions de prévoyance, également à caractère paritaire - elles ne font pas l'objet de dispositions normatives contraignantes pour assurer leur sécurité financière.

L'article 116 de la loi portant réforme des retraites organise cette sécurité, en les obligeant, avant le 31 décembre 2008 :

a) Soit à demander un agrément en vue de leur transformation en institution de prévoyance (IP) ou de leur fusion avec une IP ;

b) Soit à se transformer en institution de gestion de retraite supplémentaire (IGRS), c'est-à-dire ne portant aucun engagement, mais assurant, pour le compte des entreprises, les opérations de gestion relatives à la liquidation et au service des prestations.

Il renvoie à la loi de financement de la sécurité sociale le soin de définir les conditions dans lesquelles les contributions des employeurs versées avant le 31 décembre 2008 seront exclues de l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale afin d'inciter ceux-ci à constituer au sein de l'IRS les provisions nécessaires à la garantie des droits des bénéficiaires.

Ainsi, le présent article prévoit qu'à titre exceptionnel et jusqu'au 31 décembre 2008, les contributions des employeurs versées à une institution de retraite supplémentaire, avant sa transformation en IP ou en IGRS ou avant sa fusion avec une IP, ne sont soumises ni aux cotisations de sécurité sociale, ni à la CSG, ni à la CRDS, lorsqu'elles sont destinées à constituer, à hauteur d'un certain niveau, des provisions pour couvrir les engagements de l'IRS.

L'article prévoit en outre que, lorsque ces contributions sont destinées au financement d'un régime de retraite à prestations définies mentionné au I de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas soumises à la contribution instituée par ce même article.

Article 9

I. - Au 2° du II de l'article L.245-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « et des spécialités remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L.162-16 du présent code » sont remplacés par les mots : « à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 ».

II. - Le III de l'article L.245-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« III. - Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du montant de l'assiette définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II.

« Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :

«

PART DE L'ASSIETTE Part = Part de l'assiette	TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)
Part < 2 500 000 € 2 500 000 € ≤ Part < 6 000 000 € 6 000 000 € ≤ Part < 18 000 000 € Part ≥ 18 000 000 €	17 20 24 28

»

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 au deuxième alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos en France métropolitaine ou dans les départements d'outre mer, au titre des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ou faisant l'objet d'un enregistrement en application des dispositions de l'article L. 5121-13 du code de la santé publique et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique est inférieur à 15 millions d'euros.

« 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 du présent article s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1er décembre 2004.

Exposé des motifs

Le dispositif actuel de taxation des dépenses de promotion de médicaments est établi pour chaque entreprise redevable à partir du rapport entre l'assiette de la contribution d'une part, et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments remboursables ou

agréés aux collectivités bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) d'autre part.

Ce dispositif actuel est souvent critiqué pour son inéquité du fait qu'il avantage les laboratoires les plus importants qui sont en mesure de moduler leur politique promotionnelle sur un portefeuille important de médicaments remboursables ou agréés à l'usage des collectivités publiques alors que les plus petits laboratoires qui n'exploitent qu'un nombre limité de spécialités sont contraints de maintenir un fort niveau de promotion sur l'ensemble des médicaments qu'ils exploitent, ce qui les pénalise dans le dispositif actuel de taxation.

Afin de pallier ces disparités de traitement, il est proposé de réformer le dispositif de taxation en mettant en place un barème progressif de taxation par tranche de dépenses de promotion qui se substitue au système de taxation en vigueur. Le barème proposé permettrait une augmentation du rendement de la taxe de 150 M€.

Enfin, les bases d'exonération des entreprises de la contribution sont modifiées pour prendre en compte non plus le chiffre d'affaires hors taxes toutes activités confondues réalisé au cours du dernier exercice clos par l'entreprise et, le cas échéant, ses filiales ou sa maison mère, mais le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre des médicaments disposant d'une AMM ou faisant l'objet d'un enregistrement en application de l'article L. 5121-13 du code de la santé publique (médicaments homéopathiques) inscrits sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux ou sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités et autres services publics. La prise en compte de ce chiffre d'affaires comme base d'exonération est plus conforme à l'assiette de la contribution, c'est à dire les dépenses engagées par les entreprises pour promouvoir ces médicaments.

Article 10

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

« 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 sur 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 auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre 1er du livre 1er de la quatrième partie du code de la santé publique, auprès des masseurs-kinésithérapeutes ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des produits et 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 à l'exception de la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret, dès lors qu'un des dispositifs, tissus, cellules, produits ou prestations y est mentionné.

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

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

« Art. L. 245-5-3. - Sont exonérés de la contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes, au titre des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L.165-1, réalisé en France au cours du dernier exercice clos est inférieur à 763 000 € sauf lorsque les entreprises sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé, réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer, dépasse cette limite ou lorsqu'elles possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires consolidé avec leur propre chiffre d'affaires dépasse cette limite.

« *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 recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 et aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, comportant notamment des majorations, pénalités, taxations provisionnelles ou forfaitaires sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

« *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 entrent en vigueur le 1er janvier 2004.

Exposé des motifs

Seules les dépenses engagées par les laboratoires pharmaceutiques pour promouvoir les médicaments remboursables ou agréés font l'objet d'une contribution, prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale.

Le présent article propose de créer une contribution spécifique au titre des dépenses de promotion et de vente des produits, tissus, cellules, dispositifs et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, qui énumère ceux ouvrant droit à remboursement par l'assurance maladie.

Cette contribution est calculée à partir d'une assiette identique à celle retenue pour la contribution prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale : sont ainsi intégrées dans l'assiette les dépenses liées à l'emploi de salariés ou au recours à des personnels spécifiques qui interviennent auprès des personnes de santé ainsi que les frais de publication concernant ces dispositifs ou prestations. Cependant, dans un but de promotion de ce secteur, les frais de publication et de publicité dans la presse médicale sont exclus de l'assiette de la contribution. Son taux est fixé à 10 %, ce qui correspond au taux moyen de taxation des dépenses de promotion des laboratoires concernant les médicaments remboursés ou agréés.

Les entreprises assujetties à la contribution sont les entreprises intervenant en France métropolitaine et dans les

départements d'outre-mer et fabriquant, important – les mandataires des entreprises étrangères seront donc redevables de la contribution – ou distribuant des dispositifs médicaux à usage individuel ou des prestations de service ou d'adaptation associées, remboursables par l'assurance maladie.

Un abattement général de 100 000 €, prenant en compte l'ampleur des dépenses de promotion et de vente du secteur, est appliqué sur l'assiette de la contribution. Enfin, les entreprises ou les groupes dont le chiffre d'affaires hors taxes est inférieur à 763 000 € ne sont pas redevables de la contribution en raison de leur taille et de leur moindre participation à la croissance des dépenses de santé remboursées.

Le gain attendu pour l'assurance maladie devrait s'élever à 20 millions d'euros en 2004.

Les modalités de déclaration et de versement de la contribution feront l'objet de dispositions réglementaires et s'inscriront dans les « dispositions communes aux contributions recouvrées directement par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale » prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23 du code de la sécurité sociale. Le recouvrement et le contrôle de la contribution sont confiés à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale. La contribution fera l'objet d'une déclaration en double exemplaire et d'un paiement le 1er décembre pour la contribution due au titre de l'exercice précédent.

Article 11

I. - L'article L.138-2 du code de la sécurité sociale 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 1,7 % à la première part et un taux de 5,5 % à la seconde part. Si cette dernière est négative, le produit de la seconde part par le taux de 5,5 % s'impute sur le produit de la première part par le taux de 1,7 %. Néanmoins, le montant de la contribution ne peut

excéder 4 % ni être inférieur à 1,4 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile.

« Lorsqu'une entreprise est soumise pour la première fois à la contribution, elle n'est redevable la première année que de la première part. En ce qui concerne le calcul de la seconde part pour la deuxième année d'acquittement de la contribution, et dans le cas où l'entreprise n'a pas eu d'activité commerciale tout au long de la première année civile, le chiffre d'affaire pris en compte au titre de la première année est calculé au prorata de la durée écoulée afin de couvrir une année civile dans son intégralité.

« 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 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. - Les dispositions du I et du II sont applicables au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1er janvier 2004.

IV. - Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 137-7, les articles L. 138-5 à L. 138-7, l'article L. 138-13, les premier et deuxième alinéas de l'article L. 138-15, les articles L.138-17, L.245-3 et L.245-6 du même code sont abrogés à compter du 1er janvier 2004.

Exposé des motifs

La contribution sur la distribution en gros de médicaments est due par les grossistes-répartiteurs ainsi que par les laboratoires assurant la vente directe de leurs produits. Elle est assise sur le chiffre d'affaires. Actuellement, le taux de la contribution dépend de la croissance globale du secteur : il existe six tranches d'imposition selon la croissance constatée du chiffre d'affaires entre le trimestre considéré et le même trimestre de l'année précédente. Le taux s'applique donc de manière uniforme à l'ensemble des assujettis quelle que soit la croissance individuelle du chiffre d'affaires de chaque entreprise. Ce système, en « solidarisant » les entreprises, conduit à pénaliser celles dont la croissance est la plus

faible et à privilégier celles dont la croissance est la plus forte.

L'article proposé lui substitue une nouvelle contribution assise sur la croissance annuelle du chiffre d'affaires de chaque entreprise. Ce nouveau dispositif permet donc d'éviter de faire peser une contribution trop élevée sur les entreprises à faible croissance. En outre, le nouveau mode de calcul, en abandonnant le principe d'une imposition par tranches, supprime les effets de seuil. Le montant de la contribution est par ailleurs encadré : elle ne pourra excéder 4 % ou être inférieure à 1,4 % du chiffre d'affaires de l'exercice de référence. La création d'un montant plancher permet ainsi de prendre en compte le cas des redevables connaissant une diminution de leur chiffre d'affaires entre deux exercices, tout en limitant la perte de recettes pour la sécurité sociale.

Les entreprises soumises pour la première fois à la contribution sont, en raison de son mode de calcul et afin de favoriser la création d'entreprise, exonérées de la seconde part de la contribution lors du premier exercice. Cette disposition profitera exclusivement aux entreprises nouvellement créées, entrant sur le marché considéré ou intervenant pour la première fois sur le marché français. Lors de la seconde année d'acquittement de la contribution, le chiffre d'affaire de l'exercice précédent est calculé au *prorata* de la durée d'activité de l'entreprise afin de calculer le montant dû à partir d'un chiffre d'affaires annuel.

Les modalités de déclaration et de versement de la contribution feront l'objet de dispositions réglementaires. Le recouvrement et le contrôle de la contribution sont confiés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). La contribution sera versée de manière provisionnelle le 1er septembre de chaque année, pour un montant correspondant à 80% de la contribution due au titre de l'année civile précédente. Une régularisation annuelle interviendra 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.

Ces dispositions sont applicables à compter du chiffre d'affaires réalisé en 2004. La contribution perçue au titre de l'année 2003 est calculée selon l'ancien barème.

En outre, il est procédé à l'abrogation de plusieurs articles concernant les contributions recouvrées directement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale par souci de clarté et de simplification. Cette abrogation est nécessaire compte tenu de l'application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 qui a institué des « dispositions communes aux contributions

recouvrées directement par l'ACOSS ». Ces dispositions doivent faire l'objet prochainement d'un décret en Conseil d'Etat.

Article 12

Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2004 en application du premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 3 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.

Exposé des motifs

L'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, qui instaure une « clause de sauvegarde » sur le médicament, prévoit la fixation d'un taux K essentiel au calcul du montant de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde.

Pour augmenter de 125 M€ le montant de cette contribution en 2004 par rapport à 2003, il est nécessaire dans la loi de financement pour l'année 2004 de prévoir un taux K spécifique fixé à 3 %.

Article 13

Pour 2004, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoire de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

	En milliards d'euros
Cotisations effectives	187,3
Cotisations fictives	31,4
Cotisations prises en charge par l'Etat	19,5
Autres contributions publiques	12
Impôts et taxes affectés	80,7
Transferts reçus	0,1
Revenus des capitaux	0
Autres ressources	4,1
Total des recettes	335,1

Article 14

Pour 2003, les prévisions révisées de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoire de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

	En milliards d'euros
Cotisations effectives	182,5
Cotisations fictives	29,9
Cotisations prises en charge par l'Etat	2,5
Autres contributions publiques	11,7
Impôts et taxes affectés	90,9
Transferts reçus	0,2
Revenus des capitaux	1
Autres ressources	4,3
Total des recettes	323

TITRE III
DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE

Article 15

I. -. Les dispositions de l'article L. 5121-10 du code de la santé publique sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. L. 5121-10. - Pour une spécialité générique définie au 5º de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé procède à l'inscription de cette spécialité dans le répertoire des groupes génériques lorsqu'il délivre l'autorisation de mise sur le marché. Cette inscription atteste le caractère substituable des médicaments figurant dans un même groupe générique. Toutefois, la commercialisation de cette

spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration de ces droits, sauf accord du titulaire de ces droits.

« 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. »

II. - Le 1° de l'article L. 5121-20 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1º Les critères scientifiques justifiant le cas échéant l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5º 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 5º de l'article L. 5121-1, et la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques mentionnés à l'article L. 5121-10. »

Exposé des motifs

A l'occasion d'un recours en annulation introduit par une entreprise pharmaceutique à l'encontre d'une décision du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) portant inscription d'un médicament dans un groupe générique, le Conseil d'Etat a jugé qu'il revenait à l'Afssaps de vérifier que le laboratoire fabriquant un médicament générique dispose d'une licence d'exploitation de la spécialité princeps ou que les droits de propriété intellectuelle attachés à cette spécialité sont expirés préalablement à l'inscription du médicament générique au répertoire qui, se faisant au moment de la commercialisation, fait grief au laboratoire détenteur du princeps en permettant la substitution du générique au princeps par les pharmaciens (Conseil d'Etat, 31 mai 2000, req. n°213882).

Cette obligation pour l'Afssaps de vérifier les droits de propriété intellectuelle entraîne des retards considérables pour la création de nouveaux groupes génériques et la commercialisation de certains génériques. En effet, l'agence, dont la mission principale, est de veiller à la sécurité sanitaire des produits de santé, n'a ni l'expertise, ni surtout la vocation à intervenir dans les débats juridiques relatifs au droit de propriété intellectuelle en matière de médicaments.

Il convient donc d'exonérer clairement l'Afssaps de cette obligation, afin d'accélérer la mise sur le marché de nouveaux génériques. Il est proposé dans cette vue de modifier l'article L. 5121-10 du code de la santé publique

pour que l'inscription dans le groupe générique soit faite dès l'obtention de l'AMM par le générique, avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle. Cet article précise déjà que la commercialisation de cette spécialité générique n'est possible qu'après l'expiration de ces droits. Il est précisé également que l'inscription au répertoire a pour seul objet de garantir le caractère substituable des médicaments figurant dans un même groupe générique.

C'est ainsi au laboratoire se proposant de mettre un générique sur le marché que reviendra le devoir de s'assurer qu'il n'enfreint pas le code de la propriété intellectuelle.

Le décret en Conseil d'Etat créant le répertoire (article R. 5143-8 du code de la santé publique) devra également être modifié afin de préciser que l'inscription au répertoire se fera désormais au moment de l'obtention de l'AMM et non de la commercialisation.

Les estimations réalisées sur les données de juin 2003, montrent que le retard d'inscription de génériques au répertoire lié à la vérification des droits de propriété intellectuelle par l'Afssaps a un coût pour l'assurance maladie de près de 22 millions d'euros. A cette économie devraient s'ajouter les effets de l'entrée dans le domaine public, dans les mois à venir, de médicaments générant un chiffre d'affaires important, permettant d'envisager une réévaluation substantielle des économies potentielles pour l'assurance maladie en 2004.

Article 16

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les actes pris en application des articles L. 162-17 et L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale avant le 1er juillet 2003, en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'irrégularité des avis rendus par la commission de la transparence.

Exposé des motifs

Saisi par un laboratoire pharmaceutique, le Conseil d'Etat a annulé, le 20 juin 2003, un arrêté pris par la ministre de l'emploi et de la solidarité le 14 septembre 2001. Cet arrêté procédait à la baisse du taux de remboursement de certains médicaments et il était attaqué en tant qu'il s'appliquait à deux spécialités.

Cette décision de justice a mis en évidence le caractère insuffisant de la motivation des avis scientifiques préalables aux décisions ministérielles en matière de taux de

remboursement des médicaments, et le risque que les décisions de baisse de taux soient en conséquence illégales. Elle fait donc peser un risque juridique sur les trois arrêtés de septembre et décembre 2001 et avril 2003 décidant la baisse du taux de remboursement de près de mille médicaments ; elle fragilise aussi toutes les décisions prises sur le fondement de ces arrêtés.

Le présent amendement a pour objet de consolider les décisions prises à la suite de la réévaluation des produits de la pharmacopée engagée en 1999 en interdisant de contester leur légalité au motif d'une insuffisante motivation. Cette validation ne fait que corriger l'existence d'un vice de forme qui entache des décisions que le Gouvernement estime parfaitement fondées, et sans priver les entreprises intéressées de leur droit de discuter le fond de ces décisions devant une juridiction. Elle est limitée dans son champ et dans le temps.

Cette mesure exclut les décisions de justice passées en force de chose jugée et ne revient donc pas sur la décision du Conseil d'Etat. Elle empêche la réalisation de risques qui pèseraient lourdement sur les finances publiques et qui, plus largement, mettraient en cause la poursuite de la politique engagée dans le domaine du médicament. Cette mesure doit permettre de sécuriser des décisions qui ont permis une économie de plus de 500 millions d'euros.

Article 17

I. - Il est inséré à la section IV du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale un article L. 162-16-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5. - Le prix de vente maximum aux établissements de santé des spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché, inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament et de l'amélioration du service médical rendu apportée par le

médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique. »

II. - Au 1° de l'article L. 162-17-4 du même code, après les mots : « le prix de ces médicaments » sont insérés les mots : « , à l'exception de ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché. ».

Exposé des motifs

L'article L. 5126-4 du code de la santé publique prévoit que le prix de cession des médicaments rétrocédés aux patients par les établissements de santé est arrêté conjointement par les ministres chargés de l'économie et des finances, de la santé et de la sécurité sociale. Il convient également de fixer un plafond pour le prix de vente de ces médicaments par les laboratoires aux établissements de santé, de manière à permettre, au travers d'une marge perçue par les établissements, la rémunération du service rendu par les pharmacies hospitalières qui auront à gérer cette activité de rétrocession. C'est l'objet du I de cet article.

Par ailleurs, le II prévoit d'exclure la détermination, dans le cadre des conventions passées entre le Comité économique des produits de santé et les laboratoires, du prix des médicaments inscrits sur la liste prévue au deuxième de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale qui ne disposent pas d'une autorisation de mise sur le marché. En effet, pour les médicaments inscrits sur la liste rétrocession disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, les préparations magistrales, les préparations hospitalières et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation autre que celle mentionnée à l'article R. 5143-5-4 du code de la santé publique, le prix d'achat par les établissements de santé reste libre.

Article 18

I. - A la section V du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est créé une sous-section 1 comprenant les articles L. 162-20 à L. 162-22 et ainsi intitulée :

« Sous-section 1

« Dispositions générales »

II. - A l'article L. 162-21 du même code, les mots : « établissements de soins » sont remplacés par les mots : « établissements de santé ».

III. - L'article L.162-21-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-21-1. - L'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les cas et conditions fixées par voie réglementaire, de l'avance des frais d'hospitalisation dans les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L.162-22-6 et à l'article L. 174-1. »

Exposé des motifs

Pour les établissements de santé financés par dotation globale, l'obligation de tiers payant était inutile. Le financement à l'activité induit que tous les établissements pratiquent le tiers payant. Le présent article a donc pour objet d'étendre cette obligation à tous les établissements.

Article 19

I. - A la section 5 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est créé une sous-section 2 comprenant les articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 et ainsi intitulée :

« Sous-section 2
« 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 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 :

« 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 supprimés.

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 des 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. » ;

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

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 du 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 1er 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. »

Exposé des motifs

Les dispositions du présent article ont pour objet d'adapter les dispositions des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale en les restreignant aux seules activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie pour tenir compte de la mise en œuvre d'une tarification à l'activité des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie définie par des dispositions spécifiques prévues à l'article 20 de la présente loi.

L'article L. 162-22-1, qui fonde notamment la classification des prestations d'hospitalisation des établissements de santé privés sous objectif quantifié national (OQN), est restreint aux seules activités de psychiatrie et de soins et suite ou de réadaptation.

L'article L. 162-22-2, qui définit le champ de l'objectif quantifié national (OQN) et fixe les conditions qui président à sa détermination, est également restreint aux seules activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation. En outre, cet article est modifié afin de mettre en œuvre une fongibilité entre toutes les composantes de l'ONDAM. Un décret précisera que l'objectif est arrêté par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. Il fixera également le calendrier.

L'article L. 162-22-3 prévoit qu'il appartient à l'Etat de déterminer, chaque année les taux d'évolution des tarifs des prestations de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation ainsi que leur modulation éventuelle selon les activités et les régions, les tarifs des prestations nouvellement créées et les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués aux établissements.

Un décret précisera que la compétence tarifaire au niveau national relève des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il fixera également le calendrier.

Il prévoit une procédure de révision des tarifs en cours d'année dans le cas où l'évolution observée de l'activité serait incompatible avec le respect de l'objectif en cours.

L'article L. 162-22-4 précise qu'il appartient à l'Etat de déterminer, chaque année les taux d'évolution des tarifs des prestations au sein de la région. Le champ d'application de ce dispositif est limité aux activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie. Un décret précisera que la compétence tarifaire au niveau régional relève du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Il fixera également le calendrier.

L'article L. 162-22-5 complète le dispositif tarifaire applicable aux activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie. Les tarifs des prestations sont fixés par avenant au contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement. Ils prennent effet le 1er mars de chaque année. Cet article prévoit également que, pour ces mêmes activités, les tarifs de responsabilité applicables aux établissements de santé privés n'ayant pas conclu de contrat sont fixés par l'Etat.

Article 20

I. - A la section 5 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est créé une sous-section 3 ainsi rédigée :

« Sous-section 3

« Frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé

« *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 22 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* ci-dessus 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* ci-dessus.

« Ce décret précise :

« 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données 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 et la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dispensés aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, sur présentation des factures ainsi que les conditions dans lesquelles ces spécialités pharmaceutiques et ces produits et prestations peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

« 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.

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

de l'article L. 162-22-10. Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du même article sont également déterminés à partir des données afférentes au coût relatif des prestations établis sur un échantillon représentatif d'établissements.

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

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

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

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

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

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

« II. - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, aux agences régionales de l'hospitalisation ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres

charges et la répartition de ce montant total par région, par établissement et, le cas échéant, par nature d'activité.

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

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

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

« Art. L. 162-22-11. - Dans les établissements mentionnés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du même article, servent de base à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.

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

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

financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

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

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

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

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

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

« La répartition des sommes versées au titre de l'alinéa précédent aux établissements mentionnés au *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 d'une part, et la répartition de celles versées aux établissements de santé privés mentionnés au *d* du même article d'autre part, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans

le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.

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

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

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

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

« 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 ou de 5% des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité ou la prestation objet du contrôle.

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

II. - A la section V du chapitre II du titre VI du livre 1er du même code, il est créé, après l'article L. 162-22-18, une sous-section 4 comprenant les articles L. 162-24-1 à L.162-30-1 ainsi intitulée :

« Sous-section 4
« Dispositions diverses »

Exposé des motifs

I. - L'article L. 162-22-6 fixe le champ des activités et établissements concernés par la tarification à l'activité. Celle-ci s'applique à l'ensemble des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, quel que soit le statut de l'établissement, public ou privé. Seuls les hôpitaux locaux et les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées sont maintenus en dehors du champ de la réforme.

Par ailleurs, il renvoie à un décret en Conseil d'Etat la détermination des catégories de prestations d'hospitalisation prises en charge par les organismes d'assurance maladie ainsi que leurs modalités de facturation et des catégories des prestations pour exigence particulière des patients non prises en charge par les organismes d'assurance maladie.

II. - L'article L. 162-22-7 prévoit, afin d'assurer un meilleur accès des patients aux innovations thérapeutiques, que certaines spécialités pharmaceutiques et produits et prestations (principalement les dispositifs médicaux implantables) figurant sur des listes fixées par l'Etat, bénéficient d'une prise en charge par les organismes d'assurance maladie en sus des tarifs des prestations. Le remboursement intégral de la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie est subordonnée à la signature par l'établissement d'un contrat de bon usage. Un décret renverra à un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le soin de fixer ces listes ainsi que les conditions de prise en charge.

Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des spécialités médicales et des prestations ne bénéficient d'un remboursement qu'à hauteur de 70 %, sans que la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne puisse être mise à la charge du patient.

En cas de non respect total ou partiel du contrat de bon usage après mise en demeure de l'établissement, le montant remboursé peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie, sans que

la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne puisse être mise à la charge du patient.

III. - Indépendamment de la gestion de la transition, il apparaît que la rémunération, sur la seule base de tarifs des prestations, n'est pas adaptée à certaines activités en raison notamment de l'existence de charges fixes importantes (par exemple, les services d'urgence). Dans ce cas, l'article L. 162-22-8 prévoit qu'elles bénéficient de ressources allouées conjointement sous la forme de tarifs des prestations et d'un forfait annuel. La liste de ces activités est fixée par décret. Dans un premier temps, il est envisagé de faire bénéficier de ce mode de financement l'activité d'accueil et de traitement des urgences ainsi que les prélèvements et greffes d'organes.

IV. - L'article L. 162-22-9 a pour objet de définir le champ de l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO). Cet objectif est commun aux établissements publics et privés. Il regroupe les dépenses relatives aux médicaments et aux produits et prestations (par exemple, prothèses internes) facturables en sus des tarifs des prestations d'hospitalisation, les dépenses relatives à la facturation des tarifs de prestations d'hospitalisation de l'ensemble des établissements ainsi que celles relatives aux consultations externes des établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale de financement.

Le montant de cet objectif est fixé par l'Etat en prenant en compte les éventuels changements de régime juridique ou de financement d'établissements consécutifs notamment à un changement de nature des autorisations d'activité. Un décret précisera que l'objectif est arrêté par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. Il fixera également le calendrier.

L'article précise qu'un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités selon lesquelles sont prévus chaque année les différents paramètres définis à l'article L. 162-22-10, déterminant les ressources des établissements. Pour assurer le respect de l'objectif de dépenses, sont notamment pris en compte les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ainsi que les changements de régime juridique et de financement de certains établissements ou services ou activités des établissements concernés.

En outre, la fixation des tarifs des prestations, des forfaits annuels et, le cas échéant, des tarifs de responsabilité des médicaments et produits et prestations remboursables en sus des tarifs tient compte du montant des

dépenses constaté au titre de l'année précédente pour les mêmes éléments.

V. - L'article L. 162-22-10 prévoit que l'Etat fixe les éléments de tarification relatifs à l'allocation de ressources aux établissements publics et privés : les tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation, les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8, et, de manière exceptionnelle, nonobstant l'objectif général de convergence des tarifs, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones géographiques 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 compter du 1er mars de l'année en cours.

L'article prévoit que les tarifs nationaux peuvent être différenciés par catégories d'établissements. Cette disposition renvoie à la fixation de deux barèmes de tarifs, l'un applicable aux établissements antérieurement financés sous DG et intégrant notamment les rémunérations des personnels médicaux et l'autre applicable aux cliniques privées sous OQN excluant la rémunération des praticiens financés à l'acte. Il est toutefois envisagé de faire converger ces barèmes pour obtenir à terme un seul et unique barème de tarifs recouvrant des charges identiques.

Pour assurer le suivi des dépenses à la charge des organismes d'assurance maladie induites par la mise en œuvre des éléments fixés en application du présent article, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés communique chaque année à l'Etat, aux agences régionales de l'hospitalisation et aux fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée, des états provisoire et définitif des dépenses et leur répartition par région, par établissement et, le cas échéant, par nature d'activité. Ces états distinguent en outre les dépenses selon qu'elles sont consécutives à la facturation de certains médicaments et des produits et prestations (par exemple, les prothèses internes) ou à la facturation des tarifs des prestations et au versement des forfaits annuels.

Au titre de l'année en cours, s'il apparaît, au vu de l'état définitif des dépenses de l'année précédente ou de l'état relatif aux dépenses de l'année en cours, que les résultats ne sont pas compatibles avec le respect de l'objectif de l'année (c'est à dire lorsque l'état définitif des dépenses fait apparaître un montant au titre de l'année précédente supérieur à celui de l'état provisoire prise en

compte dans la construction des tarifs de l'année en cours ou que l'évolution de l'activité de l'année en cours est plus rapide que celle qui avait été retenue à titre prévisionnel pour la construction desdits tarifs), l'Etat modifie les tarifs de prestations et les tarifs de responsabilité des médicaments et des produits et prestations remboursables en sus. Un décret précisera qu'il appartient à un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de fixer la décomposition de l'objectif ainsi que les éléments de tarification.

Le III de l'article renvoie à un décret la définition des modalités du suivi statistique des dépenses.

VI. - L'article L. 162-22-11 précise que, dans les établissements antérieurement financés par dotation globale, les tarifs nationaux des prestations servent de base à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non assurés sociaux. Il en est de même dans le cas de recours contre tiers.

VII. - L'article L. 162-22-12 prévoit que l'Etat arrête le montant des forfaits annuels de chaque établissement concerné.

Un décret précisera que la fixation de ces forfaits relève de la compétence du DARH.

VIII. - Pour assurer le financement de certaines missions non directement productrices de soins quantifiables à travers les données du PMSI, l'article L. 162-22-13 prévoit la création d'une dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). A ce titre, cette dotation participe notamment au financement de la mission d'enseignement et de recherche de certains établissements, de certains dispositifs à caractère social et de l'innovation médicale (actes diagnostics et thérapeutiques et médicaments). Par ailleurs, pour accompagner la mise en œuvre des politiques régionales, elle participe également au financement de la mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire, de l'incitation à l'amélioration de la qualité des soins.

Son montant est fixé chaque année par l'Etat. Celui-ci peut en outre préciser 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.

Un décret précisera que l'objectif est arrêté par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. Il précisera que les dotations régionales sont fixées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et fixera également le calendrier.

Un décret fixe la liste des missions d'intérêt général susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.

IX. - L'article L. 162-22-14 prévoit que l'Etat fixe le montant de la dotation de financement des MIGAC des établissements publics et privés. Il se fonde, pour ce faire, sur les missions d'intérêt général et des objectifs et orientations prévus dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et de l'état d'avancement de leur réalisation. Le montant de la dotation est fixé par un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Un décret précisera qu'il appartient au directeur de l'A.R.H. de fixer le montant de la dotation de chaque établissement ainsi que le calendrier.

X. - L'article L. 162-22-15 détermine les modalités de versement des forfaits annuels et des dotations de financement des MIGAC. Les versements sont effectués par douzièmes par les caisses visées à l'article L. 174-2 (« caisse pivot ») pour les établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale et par les caisses visées à l'article L. 174-18 (« caisse centralisatrice des paiements ») pour les établissements privés mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6.

Ils sont répartis entre les régimes d'assurance maladie 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 des établissements visés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 pour les versements opérés par les caisses pivots et au prorata des charges afférentes aux établissements visés au *d* de l'article L. 162-22-6 pour les versements opérés par les caisses centralisatrices des paiements.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article.

XI. - L'article L. 162-22-16 détermine les modalités de financement des activités de soins réalisées par des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie qui compte tenu de leurs caractéristiques particulières ne peuvent pas relever d'un financement sous la forme d'une tarification à l'activité, leur activité (hôpitaux locaux) ou les conditions de sa réalisation (soins aux détenus) n'étant pas correctement décrites par le PMSI.

A ce titre, les hôpitaux locaux et les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées, reçoivent, pour la part des dépenses dispensés aux assurés sociaux, une dotation annuelle de financement.

XII. - L'article L. 162-22-17 renvoie à un décret le soin de définir les modalités d'intervention des agences régionales de l'hospitalisation en matière de contrôle du respect par les établissements de leurs obligations.

XIII. - La nature et donc le montant des prestations d'hospitalisation facturées par les établissements de santé aux organismes d'assurance maladie dépendent directement de la qualité des données collectées dans le cadre du PMSI. Il importe donc de dissuader les établissements d'établir, par le biais d'un codage inapproprié, une facturation majorée de leur prestation.

A cet effet, l'article L. 162-22-18 introduit un dispositif de sanction financière applicable dès lors qu'il apparaît, à l'issue d'un contrôle effectué par comparaison entre la prestation facturée, notamment le GHM codé, et le dossier médical du patient, que les prestations facturées ne sont pas conformes à la pathologie prise en charge ou à la nature des soins délivrés.

Le montant de la sanction ne peut en aucun cas dépasser 5% des recettes d'assurance maladie de l'établissement ou des recettes d'assurance maladie afférentes à l'activité ou à la prestation contrôlée.

L'article renvoie à un décret en Conseil d'Etat la détermination des modalités d'application du présent article.

Article 21

I. - La section 1 du chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi intitulée :

« Section 1

*« **Dotation annuelle de financement et forfait journalier** »*

II. - L'article L. 174-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 174-1. - Dans les établissements de santé mentionnés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6, la part des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation, respectivement mentionnées aux *a* et *b* du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle de financement.

« Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'Etat dans le respect des dispositions de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues par l'article L. 6145-1 du code de la santé publique et précisées par décret en Conseil d'Etat. »

III. - L'article L. 174-1-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-1-1*. - Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :

« 1° Les activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 ;

« 2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ;

« 3° Les activités des unités de soins de longue durée ;

« 4° Les activités de soins dispensés par le service de santé des armées et l'institution nationale des invalides ;

« 5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

« 6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte.

« Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6414-7 du code de la santé publique.

« Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte, outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant.

« Le montant de cet objectif est constitué, après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43, en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales, en matière de politique sanitaire. »

IV. - L'article L.174-2 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-2*. - Les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 des établissements de santé mentionnés au *a, b* et *c* du même article et les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 sont versées

pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implantée l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.

« Le montant des dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 est réparti après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, l'Etat fixe cette répartition.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et, notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations. »

V. - A l'article L. 174-3 du même code, les mots : « Dans les établissements mentionnés à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « Dans les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 ».

Exposé des motifs

Dans un souci de cohérence et de simplification, d'une part, et afin de préparer l'extension progressive de la tarification à l'activité aux activités non MCO, d'autre part, le I du présent article instaure pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, une dotation annuelle de financement qui se substitue au dispositif actuel de la dotation globale de financement.

Un décret précisera que la fixation de cette dotation relève de la compétence du directeur de l'ARH. Il fixera également le calendrier.

Le montant total des dotations annuelles de financement est inscrit, au sein de l'ONDAM, dans un objectif des dépenses d'assurance maladie relatives aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 (établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale de financement) et à l'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 (activités MCO des hôpitaux locaux et de l'établissement d'hospitalisation de Fresnes, non financées par la tarification à l'activité) ainsi qu'aux activités de soins de longue durée, aux activités de soins dispensés par le service de santé des armées, l'institution nationale des invalides et aux activités de soins de l'établissement public de santé, de Mayotte et celui de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le montant de cet objectif et le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, sont arrêtés par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire. Un décret précisera que l'objectif est arrêté par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. Il précisera que les dotations régionales sont fixées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il fixera également le calendrier.

L'article L. 174-2 est modifié afin de permettre à une même caisse (dite caisse pivot) d'assurer tous les versements pour un même établissement quel que soit le régime de financement dont relève l'activité.

Le V adapte le champ de l'article L. 174-3 aux activités qui restent financées par dotation annuelle.

Article 22

I. - La section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

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

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

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

« 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.

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 165-2, les arrêtés prévus à l'article L. 162-22-10 peuvent modifier les tarifs de responsabilité des produits et prestations mentionnés ci-dessus dans les conditions fixées par les articles L. 162-22-9 et L. 162-22-10. »

Exposé des motifs

L'article L. 162-16-6 prévoit qu'une convention conclue entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé, agissant au nom de l'Etat, fixe le prix des médicaments facturables en sus des tarifs des prestations ainsi que, le cas échéant, l'évolution de ce prix en fonction des volumes de ventes et des remises prévues à l'article L. 162-18. A défaut, ce prix est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du Comité.

Ces médicaments sont remboursés à concurrence du tarif de responsabilité, qui est égal au prix de vente sous réserve de l'application des mesures de régulation prévues à l'article L. 162-22-10. Afin de maintenir un dispositif d'incitation à la négociation des prix par les acheteurs hospitaliers, le présent article dispose que l'établissement

bénéficie d'une partie, définie par arrêté, de l'écart entre le tarif de responsabilité et le prix qu'il a payé.

L'article L. 165-7 prévoit les modalités de facturation des frais d'acquisition et de renouvellement des produits et prestations (dispositifs médicaux implantables) facturables en sus des tarifs des prestations.

Afin de maintenir un dispositif d'incitation à la négociation des prix par les acheteurs hospitaliers, le II du présent article dispose que l'établissement bénéficie d'une partie, définie par arrêté, de l'écart entre le tarif de responsabilité (fixé par les pouvoirs publics) et le prix qu'il a payé.

Par ailleurs, il précise que les tarifs de responsabilité de ces produits et prestations peuvent être diminués en cas de dépassement de l'objectif de dépenses.

Article 23

L'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

A. - Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels et les organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou à leurs ayants droit communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit, y compris lorsque ces prestations sont établies à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, et des pathologies diagnostiquées. Les documents prévus au premier alinéa de l'article L. 161-33 doivent comporter l'ensemble de ces informations. Les personnels des établissements de santé chargés de la facturation des prestations, les directeurs de ces établissements ou leur représentant ont connaissance, dans le cadre de leur fonction et pour la durée de leur accomplissement, du numéro de code de ces prestations. »

B. - Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, le personnel des organismes d'assurance maladie a connaissance, dans le cadre de ses fonctions et pour la durée nécessaire à leur accomplissement, des numéros de code de pathologies diagnostiquées, des actes effectués et des prestations servies au bénéfice d'une personne déterminée, y compris lorsque ces

prestations sont établies à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, tels qu'ils figurent sur le support utilisé pour la transmission prévue au premier alinéa ou dans les données issues du traitement susmentionné. »

Exposé des motifs

Cet article vise à asseoir la transmission des prestations établies à partir des données issues du PMSI sur les bordereaux de facturation des établissements. Il ouvre donc aux personnels des services de facturation des établissements et aux personnels des services de liquidation des caisses l'accès aux codes de ces prestations.

Article 24

I - Le chapitre III du titre IV du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

A. - Le 3° de l'article L. 6143-1 est ainsi rédigé :

« 3° Le budget prévu à l'article L. 6145-1 et ses modifications ainsi que les propositions de dotation annuelle de financement et les tarifs de prestations mentionnées respectivement aux articles L. 162-22-16, L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale.

B. - L'article L. 6143-3 est abrogé.

C. - L'article L. 6143-4 est ainsi modifié :

1° Au 2°, les mots : « 3°, à l'exception du rapport prévu à l'article L. 6143-3, » sont supprimés ;

2° Le dernier alinéa du 2° est ainsi rédigé :

« Les délibérations mentionnées au 3º sont réputées approuvées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sauf opposition, pour le budget, dans un délai de trente jours suivant la publication des arrêtés prévus à l'article L. 162-22-10 et au dernier alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ou dans les trente jours suivant la réception dudit état si cette date est postérieure à la date de publication desdits arrêtés. Les modifications du budget sont approuvées dans un délai de 30 jours à compter de leur réception sauf opposition. Les motifs de l'opposition du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.»

II. - Le chapitre IV du titre IV du livre I de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

A. - L'article L. 6144-1 est ainsi modifié :

1° Au 5°, les mots : « sur le rapport prévu à l'article L. 6143-3, » sont supprimés ;

2° Au quatorzième alinéa, les mots : « de la dotation budgétaire allouée » sont remplacés par les mots : « dans le respect des recettes votées par le conseil d'administration ».

B. - Au 2° de l'article L. 6144-3, les mots : « le rapport prévu à l'article L. 6143-3 » sont supprimés.

III. - Le chapitre V du titre IV du livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

A. - L'article L. 6145-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 6145-1. - Le budget est préparé par le directeur. Il est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au 1° de l'article L. 162-22-10, des forfaits annuels prévus à l'article L. 162-22-8, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue à l'article L. 162-22-14, et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il est présenté par le directeur de l'établissement au conseil d'administration et voté par ce dernier. Il est adressé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation au plus tard le 15 mars.

« Dans le cas où le budget n'est pas approuvé, le directeur de l'établissement présente dans le délai de quinze jours au conseil d'administration un nouveau budget intégrant les observations du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ayant motivé le refus d'approbation. Dans l'attente de l'approbation, le directeur de l'établissement est autorisé à engager, liquider et ordonnancer, dans la limite des crédits approuvés au titre de l'exercice précédent, les dépenses indispensables à l'exercice de ses missions.

« Les modifications du budget sont établies dans les mêmes conditions.

« Le budget et ses modifications sont approuvés dans les conditions prévues à l'article L. 6143-4. »

B - L'article L. 6145-4 est ainsi rédigé :

« Art L. 6145-4. - I - Pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou des autres objectifs mentionnés au code de la sécurité sociale, en cas de révision de leur montant, ou en cas de révision des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ou des tarifs de responsabilité mentionnés aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7 du même code dans les conditions prévues au II de l'article L. 162-22-10 susmentionné, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande aux établissements de délibérer sur une modification de leur budget prenant en compte, le cas échéant, les éléments suivants :

« 1° Une modification des éléments mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Une modification des tarifs de responsabilité mentionnés aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7 du même code ;

« 3° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du même code ;

« 4° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.

« 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. »

Exposé des motifs

Le système actuel de financement par dotation globale est fondé sur une régulation des dépenses des établissements. Le financement à l'activité conduit à une régulation par les recettes de l'assurance maladie. Ces recettes dépendent du niveau et de la nature de l'activité de l'établissement, ce qui conduit à établir le budget de l'établissement fondé sur une activité et des recettes évaluatives. Dans la limite de ses recettes, l'établissement fixe librement ses dépenses.

L'établissement établit ce budget en fonction de ses ressources :

- ses prévisions d'activité et des tarifs correspondants ;
- le montant du forfait urgence ;
- le montant de la dotation MIGAC qui lui est attribuée ;

- et éventuellement le montant des dotations annuelles de financement pour les activités financées ainsi.

Ce projet de budget contient également les différentes dépenses que l'établissement doit couvrir pour assurer ses missions. Ce budget doit être équilibré. Il est soumis au vote du conseil d'administration (cf. article L. 6143-1). Le budget est transmis au DARH en vue de son approbation (cf article L. 6143-4). Le DARH vérifie son équilibre ainsi que la conformité des recettes aux décisions qu'il a prises et la cohérence des prévisions de recettes avec les autorisations dont dispose l'établissement et les objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Le respect du montant des objectifs de dépenses d'assurance maladie et du montant des enveloppes limitatives de dépenses d'assurance maladie auxquels sont soumises les recettes des établissements de santé conduit à ce que les services de l'Etat puissent demander, en cours d'année, aux établissements d'ajuster leur budget pour tenir compte de modification des tarifs et des différentes dotations ou forfaits qui leurs sont attribués. Il peut également demander à l'établissement de modifier son budget dans le cas où son activité réelle est manifestement incompatible avec le budget voté. C'est l'objet de l'article L. 6145-4.

Article 25

I. - Le chapitre IV du titre Ier du livre Ier 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 ajouté 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 code de la sécurité sociale. » ;

« 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 forfaits annuels prévus à

l'article L. 162-22-8, de la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 et 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. »

II. - Le chapitre V du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

1° A l'article L. 6115-3, il est ajouté un 11° ainsi rédigé :

« 11° fixe les dispositions prévues aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-12. » ;

2° Au 3° de l'article L. 6115-4, les mots : « l'accord prévu à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale ou, à défaut, son contenu ainsi que » sont supprimés.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet d'adapter les dispositions du code de la santé publique relatives au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements de santé (CPOM), d'une part, et aux compétences du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, d'autre part.

Le I prévoit donc que les CPOM contiennent les engagements de l'établissement qui donnent lieu à versement d'une dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et mentionnent les éléments financiers relatifs au forfait annuel, à la dotation de financement MIGAC pour les activités de MCO et aux tarifs des prestations pour les activités de SSR et de psychiatrie. Le II prévoit que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation fixe les dispositions prévues aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-12 après avis de la commission exécutive de l'agence

Article 26

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

« 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.

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 à 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 ».

V. - L'article L. 174-16 du même code est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« 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. » ;

2° Les deuxième et troisième alinéas sont abrogés.

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

1° Au premier alinéa, les mots : « régis par l'article L. 174-13 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 abrogés.

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 ».

Exposé des motifs

Cet article modifie les références textuelles et rédactionnelles de différents articles du code de la sécurité sociale pour les rendre conformes aux modifications apportées par la présente loi.

Article 27

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

A. - 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 ».

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

II. - Le chapitre Ier du titre VI du livre Ier 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 et au deuxième alinéa de l'article L. 6161-7. »

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 abrogé.

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 ».

Exposé des motifs

Cet article modifie les références textuelles et rédactionnelles de différents articles du code de la santé publique pour les rendre conformes aux modifications apportées par la présente loi.

A cet effet, il étend aux établissements de santé privés à but non lucratif qui avaient opté pour le régime de financement par dotation

globale et aux établissements de santé privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier l'ensemble des dispositions créées pour les établissements publics de santé.

Article 28

Les dispositions des articles 18 à 27 sont applicables à compter du 1er 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 1er mai 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 code de la sécurité sociale 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 transmettent également, selon la même périodicité, 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 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.

L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clôturer 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, 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° de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, 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° de l'article L. 162-22-10 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 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 dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

IV - Pour les années 2005 à 2014, l'Etat fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 162-22-10, des coefficients de transition moyens régionaux ainsi que les écarts maximum entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements mentionné 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 2014.

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.

Les tarifs des prestations mentionnés au 1° de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale 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 2014. 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 2014, 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° 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.

B. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 susmentionné 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 code de la sécurité sociale, l'Etat détermine le montant total des dotations annuelles complémentaires et fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3°, les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires.

D. - Dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale, 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 code de la sécurité sociale 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 ci-dessus 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 code de la sécurité sociale, 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 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 code de la santé publique 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.

Exposé des motifs

Le passage à la tarification à l'activité induit, dans le champ des établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale de financement des changements importants, tant dans les modalités de détermination des ressources que dans les procédures budgétaires et dans les circuits d'information et de traitement des données. Il n'est techniquement pas possible d'opérer l'ensemble des changements requis sur le seul exercice 2004. C'est pourquoi, le schéma proposé repose sur la mise en œuvre de trois étapes successives.

La première, opérée en 2004, maintient le cadre budgétaire actuel ainsi que la procédure budgétaire. En revanche, les budgets sont déterminés et ajustés sur la base de l'activité mesurée par le PMSI.

La deuxième étape, opérée en 2005 (en pratique dès septembre 2004 avec la préparation budgétaire), voit la mise en place d'une nouvelle procédure budgétaire impliquant une réforme du régime budgétaire des établissements. Les recettes liées à l'activité sortent du cadre de financement par la dotation globale. En revanche, pour des raisons de faisabilité technique, les données relatives à l'activité et aux dépenses de certaines spécialités médicales et prestations facturables en sus des tarifs des prestations transitent par les ARH qui notifient ensuite à la caisse pivot de l'établissement le montant à payer à ce titre.

Enfin, la troisième étape plus strictement technique permet aux établissements de facturer directement à l'assurance maladie, sans l'interface de l'ARH, leurs prestations d'hospitalisation ainsi que les spécialités médicales et les prestations facturables en sus des tarifs des prestations.

I. - La deuxième étape de la mise en œuvre de la tarification à l'activité pour les établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale de financement est réalisée en 2005. La quasi-totalité du

nouveau dispositif est ainsi applicable à l'exception des dispositions relatives à la transmission des données d'activité des établissements et à leur exploitation par l'agence régionale de l'hospitalisation qui constituent l'objet des mesures transitoires décrites dans le présent article.

A titre transitoire, les établissements transmettent à échéances régulières leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes ainsi que la consommation de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations figurant sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7. Ces informations sont également adressées à la caisse pivot dont dépend l'établissement.

L'ARH procède ensuite, 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 figurant sur les listes susmentionnées. 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.

En outre, l'écart éventuel entre l'activité prévisionnelle de la fin de l'année 2004 et l'activité réellement constatée pourra faire l'objet d'un ajustement des montants calculés au paragraphe précédent.

L'ARH assure un contrôle des données visant à vérifier la conformité de l'activité décrite avec celle effectivement réalisée (contrôle de qualité des données PMSI). En cas d'erreur défavorable à l'assurance maladie, elle récupère, sans préjudice de l'application des sanctions prévues à l'article L. 162-22-18, les montants indûment perçus sur le montant du ou des trimestres suivants.

II. - A titre transitoire et afin, notamment, de faciliter la prise en compte de la réforme par les organismes d'assurance maladie complémentaire, le calcul du ticket modérateur reste assis sur les tarifs des prestations déterminés selon les modalités antérieures à la présente loi.

III. - La mise en place en 2005, au sein de l'ONDAM, d'un objectif de dépense MCO unique commun aux établissements antérieurement financés par dotation globale et privés sous OQN, au sein duquel devra être fixé l'ensemble des éléments définis à l'article L. 162-22-10, impose de pouvoir reconstituer les réalisations correspondantes au titre de l'année 2004.

La présente disposition précise que l'état provisoire des charges est constitué à partir des charges constatées au titre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements antérieurement financés par dotation globale d'une part et, des établissements de santé privés antérieurement sous OQN d'autre part. Il est également tenu compte des charges constatées au titre de la fourniture des médicaments et produits et prestations facturés en sus en 2004 ainsi que des charges relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile des établissements de santé privés non financés par dotation globale.

IV. - La tarification à l'activité est applicable aux établissements de santé privés mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 dès 2004. Toutefois, l'impact du changement de modalités d'allocation de ressources sur le revenu des établissements conduit à prévoir un dispositif de transition qui régule dans le temps l'évolution des recettes des établissements.

Cette disposition transitoire a pour objet la définition des modalités techniques de régulation de l'effet revenu induit par la réforme. A cet effet, elle prévoit que les tarifs de prestations de chaque établissement seront égaux au tarif national, éventuellement corrigé du coefficient géographique, auquel s'applique un coefficient de transition et le cas échéant un coefficient de haute technicité propres à l'établissement. Le coefficient de transition est calculé pour la campagne tarifaire 2004 de manière à ce que les recettes que l'établissement aurait reçues en 2003 de l'assurance maladie en application du nouveau dispositif de tarification soient égales, à activité identique à celle de l'année 2002 (dernière année connue à la fin de l'année 2003 et au début de l'année 2004 au moment de la préparation de la campagne tarifaire 2004), à ses recettes d'assurance maladie de l'année 2002 majorées du taux d'évolution des tarifs au titre de l'année 2003. Le coefficient ainsi calculé (supérieur à 1 pour les établissements dont les tarifs historiques sont supérieurs aux tarifs nationaux et inférieurs à 1 dans le cas contraire) a ensuite vocation à converger progressivement vers 1 au plus tard avant le 1er janvier 2014.

La convergence des coefficients de transition est organisée à un double niveau :

- au plan national, chaque année, l'Etat arrête, outre les éléments de tarification mentionnés à l'article L. 162-22-10, les coefficients moyens régionaux ainsi que les écarts maximums qui peuvent être maintenus entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements des régions après application des coefficients de transition ;

- au plan régional, l'Etat fixe les règles de modulation du coefficient de transition entre les établissements de la région dans le respect du coefficient régional et de l'écart maximum déterminé en application de l'article L. 162-22-10. Les tarifs de chaque établissement sont ensuite fixés par application du coefficient de transition de l'établissement au tarif national, éventuellement corrigé du coefficient correcteur géographique, dans un avenant au contrat d'objectifs et de moyens.

Le coefficient de haute technicité vise à maintenir une rémunération supérieure à celle résultant de l'application des tarifs nationaux des prestations aux établissements qui bénéficiaient en 2003 d'une majoration de leurs tarifs de prestations pour les activités de médecine ou de chirurgie dites à « soins particulièrement coûteux » du fait de la mise en œuvre de moyens supplémentaires par rapport aux normes techniques de fonctionnement dans le cadre d'interventions chirurgicales « lourdes » ou de la prise en charge de patients nécessitant la mise en place de moyens de surveillance complexes. A terme, ce coefficient sera remplacé par la mise en place d'un supplément journalier aux tarifs des prestations pour les établissements qui bénéficieront, en application des prochains SROS, d'une autorisation de réanimation ou d'une reconnaissance de soins intensifs ou de surveillance continue.

Dans l'attente de la mise en place du dispositif cible en 2005, pour l'année 2004, ces coefficients sont fixés par les accords national et régionaux mentionnés aux articles L. 162-22-3 et L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale.

V. - Afin de permettre un impact progressif de la tarification à l'activité sur les ressources des établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale de financement, les prestations d'hospitalisation sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie sous la double forme d'une fraction du tarif et d'une dotation annuelle complémentaire. Les recettes issues de la facturation des tarifs sont directement proportionnelles à l'activité et dépendent du niveau des tarifs fixés à l'article L. 162-22-10, alors que les recettes issues de la dotation annuelle complémentaire ne sont pas directement liées au niveau de l'activité.

La part financée à l'activité a vocation à s'accroître progressivement aux dépens de la part financée par la dotation annuelle complémentaire pour disparaître en 2015.

La fraction du tarif qui détermine la part des ressources des établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale de financement est fixée par l'Etat.

Afin d'opérer un meilleur suivi des charges constituant l'objectif de dépenses d'assurance maladie commun des activités MCO, il est distingué au sein de l'objectif la part afférente aux dotations annuelles complémentaires.

Le montant total des dotations annuelles complémentaires et les montants régionaux sont fixés par l'Etat dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-10.

L'Etat fixe ensuite, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-12, le montant de la dotation de chaque établissement dans la limite du montant régional. Une fongibilité est toutefois permise entre sa dotation régionale et celle relative aux dotations annuelles de financement des activités et structures qui n'entrent pas dans le champ de la tarification à l'activité.

Il est ensuite précisé que le budget des établissements tient compte de cette dotation qui pourra être modifiée par le DARH dans l'hypothèse où les montants nationaux seraient modifiés pour cause d'incompatibilité avec le respect de l'ONDAM.

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. 6414-7 du code de la santé publique, des informations produites en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique 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 des articles 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, 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 L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale.

C. - Les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale institué par 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 révise, 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 sous réserve des dispositions suivantes :

A. - Le II de l'article L. 162-22-2 est ainsi rédigé :

« II. - Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités selon lesquelles, pour l'année 2004, sont déterminés les taux d'évolution des prestations afférentes aux activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie et les tarifs nationaux mentionnés au 5° de l'article L. 162-22-3 ainsi que les coefficients géographiques et les coefficients de transition mentionnés aux 6° et 7° de l'article L. 162-22-3 compatibles avec le respect de cet objectif. A cet effet, il est tenu compte notamment de l'évolution constatée des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, des prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours et des changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, services ou activités des établissements concernés. Les tarifs nationaux pour l'année 2004 sont calculés à partir des tarifs 2002, majorés de l'évolution des tarifs de l'année 2003, établis sur la base des tarifs moyens observés en regroupant par groupe homogène de séjour à partir des données d'activité et de facturation transmises par les établissements en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. »

B. - Le I de l'article L. 162-22-3 est ainsi modifié :

1° Aux 1°, 2° et 3°, après les mots : « tarifs des prestations » sont insérés les mots : « des activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie » ;

2° Il est inséré, après le 4°, trois alinéas ainsi rédigés :

« 5° les tarifs nationaux des prestations des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;

« 6° les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus des établissements implantés dans des zones précisées par l'accord 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 ;

« 7° 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. Les coefficients de transition moyens régionaux pour 2004 sont déterminés de manière à ce que les recettes d'assurance maladie que les établissements de la région auraient perçues en 2003, en application du nouveau dispositif de tarification, soient égales, à activité identique à celle de l'année 2002, aux recettes d'assurance maladie des établissements de la région de l'année 2002 majorées du taux d'évolution moyen régional pour l'année 2003. Ils sont alors modulés de sorte que l'écart entre leur valeur et la valeur 1 soit réduit. »

C.- L'article L. 162-22-4 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « des tarifs des prestations » sont ajoutés les mots : « des activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie» ;

2° Il est inséré, après le deuxième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

« Cet accord détermine aussi les règles générales de modulation des coefficients de transition mentionnés au 7° de l'article L. 162-22-3. »

D. - Le premier alinéa du I de l'article L. 162-22-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les tarifs des prestations des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie 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. Le coefficient de transition est déterminé pour 2004 de manière à ce que les recettes d'assurance maladie que l'établissement aurait perçues en 2003, en application du nouveau dispositif de tarification, soient égales, à activité identique à celle de l'année 2002, aux recettes d'assurance maladie qu'il a perçues l'année 2002 majorées du taux d'évolution de ses tarifs pour l'année 2003. Il est ensuite modulé de sorte que l'écart entre sa valeur et la valeur 1 soit réduit. Le coefficient de haute technicité est déterminé de manière à ce que les recettes d'assurance maladie que l'établissement percevait antérieurement à la mise en œuvre du nouveau dispositif de tarification au titre de la spécificité de ses installations immobilières et mobilières, de ses équipements techniques et de la mise en œuvre de moyens humains particuliers nécessaires à la prise en charge de certains patients soient maintenues. »

E. - L'article L. 162-22-7 est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase, les mots : « les taux d'évolution moyen des tarifs des prestations » sont remplacés par les mots : « les tarifs nationaux des prestations » ;

2° La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Cet arrêté détermine également les coefficients de transition moyens régionaux mentionnés au 7° de l'article L. 162-22-3 qui peuvent être affectés aux tarifs des prestations des établissements selon les règles définies par l'accord mentionné à l'article L. 162-22-4 ainsi que les écarts maximums entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements de chaque région après affectation de leur coefficient de transition et les coefficients géographiques mentionnés au 6° de l'article L. 162-22-3. »

Exposé des motifs

I - Le I de l'article modifie les dispositions en vigueur pour permettre de déterminer les budgets des établissements publics et privés financés par la dotation globale de financement et de les ajuster par décision modificative en cours d'année en fonction de leur activité ainsi que du montant des dépenses de certaines spécialités médicales et prestations (DMI).

Pour ce faire, le A précise que, pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, les montants des dotations régionales sont fixés en tenant compte de l'activité constatée sur la base des informations produites en application de l'article L. 6113-7 (PMSI) et valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité et de l'évolution prévisionnelle de l'activité. Pour les activités non MCO, les critères relatifs aux orientations des schémas d'organisation sanitaire aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire sont maintenues.

Le B précise les critères de détermination des dépenses encadrées de l'établissement qui, pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, dépendent de l'activité de l'établissement ainsi que de son évolution prévisionnelle valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité (ainsi que des dépenses de médicaments et prestations). Le cas échéant peuvent également être prises en compte à titre complémentaire les orientations des schémas d'organisation sanitaire, les priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire et les dispositions du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Pour les activités non MCO, les critères sont identiques mais non hiérarchisés, les données d'activités issues du PMSI n'intervenant pas (psychiatrie) ou marginalement (soins de suite ou de réadaptation).

Le C fixe les modalités de transmission des données d'activité et de la consommation de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations figurant sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7. Un décret précisera qu'il appartient au directeur de l'ARH de réviser le montant des dépenses autorisées et de fixer les éléments de tarification.

II. - Le II de l'article a pour objet de fixer les adaptations à apporter aux dispositions législatives actuelles pour permettre la mise en place de la tarification à l'activité en 2004 dans le cadre du dispositif contractuel propre à l'OQN :

- l'article L. 162-22-2 est modifié pour définir les modalités de calcul des nouveaux tarifs des prestations afin de rendre les tarifs compatibles avec le respect de l'OQN arrêté pour 2004. Il renvoie à un décret en Conseil d'Etat la définition détaillée de ces modalités ;

- l'article L. 162-22-3 est modifié pour étendre le champ de compétence de l'accord tarifaire national à la fixation des nouveaux tarifs des prestations, des coefficients géographiques et des coefficients de transition qui feront, l'objet dès 2004, d'un premier effort de convergence ainsi que des écarts maximums qui peuvent être maintenus entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements des régions après application des coefficients de transition ;

- l'article L. 162-22-4 est modifié pour étendre le champ de compétence de l'accord régional à la détermination des règles de modulation des coefficients de transition ;

- l'article L. 162-22-5 est modifié de manière à prévoir que les coefficients de transition et le cas échéant, les coefficients de haute technicité propres à chaque établissement sont fixés dans son avenant tarifaire ;

- l'article L. 162-22-7 est modifié pour réviser le contenu de l'arrêté qui fixe chaque année, après avis de fédérations représentatives de l'hospitalisation privée, le taux d'évolution des tarifs des prestations des activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. En 2004, cet arrêté fixera en effet non plus un taux d'évolution, mais les tarifs nationaux ainsi que les coefficients géographiques, les coefficients de transition moyens régionaux et les écarts maximums qui peuvent être maintenus entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements des régions après application du coefficient de transition.

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 1er 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 praticiens hospitaliers et des médecins libéraux.

« 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. Les praticiens hospitaliers peuvent être rémunérés dans des conditions dérogatoires de celles découlant de leur statut selon des modalités fixées par une convention conclue entre l'établissement public de santé 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 *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 d'évaluation de ces expérimentations. »

Exposé des motifs

La coopération entre secteur public et secteur privé à but lucratif pour l'exercice en commun d'une activité se heurte aux limites résultant des modalités différentes de rémunération et de responsabilité des médecins.

L'objectif est donc d'expérimenter des conditions homogènes de rémunération entre les praticiens publics et

privés lorsqu'ils assurent au sein d'un groupement de coopération une activité identique.

Article 31

I. - L'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les soins sont dispensés à des patients atteints de l'une des affections mentionnées aux 3° et 4° de l'article L. 322-3, l'examen conjoint du patient par le médecin traitant et le médecin conseil donne lieu à l'établissement d'un protocole de diagnostic et de soins. Ce protocole révisable définit les actes et prestations strictement nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, au sens de l'article L. 322-3. »

II. - Le 3° de l'article L. 322-3 du même code est complété par les mots : «, pour les actes et prestations figurant dans le protocole mentionné à l'article L. 324-1» et le 4° du même article est complété par les mots : « , pour les actes et prestations figurant dans le protocole mentionné à l'article L. 324-1 ».

III. - Les dispositions du présent article sont applicables aux examens effectués à compter du 1er janvier 2004.

Exposé des motifs

L'objet de l'article est de médicaliser les critères d'exonération du ticket modérateur et de prédéfinir de façon limitative, au terme d'une appréciation médicale, le périmètre des soins considérés comme particulièrement nécessaires dans le cadre d'une pathologie déterminée.

Les dépenses remboursées aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) représentent plus de la moitié du total des dépenses remboursées par l'assurance maladie. Cette situation est due notamment au taux de prise en charge plus élevé de ces personnes puisqu'elles sont exonérées du ticket modérateur pour les frais liés au traitement de leur affection de longue durée.

La progression des dépenses remboursées à ces patients est plus rapide que celle des dépenses remboursées aux autres assurés et elle représente deux tiers de la croissance des dépenses de ville entre 2000 et 2002. Cette progression est due en particulier au fait que le nombre de personnes admises en ALD s'accroît de plus en plus vite, notamment en raison de la prise en charge très précoce des

ALD alors même que les patients ont une vie normale (par exemple, en cas de diabète même à un stade non invalidant). Or, le classement en ALD a pour conséquence d'entraîner l'exonération du ticket modérateur d'un grand nombre de prestations, dont il est le plus souvent difficile de contrôler, *a posteriori*, le lien avec l'ALD elle-même.

La concentration de ces remboursements est particulièrement forte sur les frais de transport (entre 70 % et 85 % du total des remboursements) ou les médicaments (50 %).

Dans ces conditions, il est indispensable d'améliorer très significativement la maîtrise de ces dépenses.

L'article y contribue :

- en donnant une base législative au protocole de soins sur la base duquel est déclenchée l'exonération ;

- en permettant une définition plus précise des prestations faisant l'objet de l'exonération.

Il est notamment nécessaire de renforcer le contrôle médical des caisses sur l'admission à exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée et de responsabiliser parallèlement le médecin traitant et le patient dans cette démarche dérogatoire du droit du remboursement.

L'objet de la disposition qui vous est proposée consiste à appliquer la limitation ou l'exonération du ticket modérateur aux actes et prestations spécifiés dans un protocole de soins, sur la base d'un accord entre le contrôle médical et le médecin traitant. Elle vaut pour les trente ALD répertoriées comme pour les affections « hors liste », qui donneront également lieu à définition des prestations ouvrant droit à une prise en charge intégrale.

Les actes et prestations non prévus dans le protocole, compte tenu de l'état de santé du malade concerné, continueraient à être remboursés au taux de droit commun.

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. »

Exposé des motifs

L'assurance maladie a pour objet de rembourser les soins nécessaires aux assurés sociaux. Ce principe, constamment rappelé, implique qu'une prestation n'a vocation à être prise en charge au titre de l'assurance maladie que si elle correspond à un besoin effectif de soin, et a pour objet le traitement d'une maladie. Par dérogation à ce principe, certains actes de prévention ou de dépistage peuvent être pris en charge, à condition que cela soit expressément prévu par les textes.

Or, le code de la sécurité sociale, et en particulier son article L. 321-1, se limite à décrire le contenu du panier de soins pris en charge, sans prévoir explicitement ce principe.

Ce manque de précision a parfois eu pour effet une prise en charge des actes qui sont effectués ou prescrits non en raison de l'état du patient mais pour répondre à des exigences provenant d'une réglementation extérieure.

Afin d'éviter ces pratiques, il est proposé de préciser le périmètre du panier de soins en excluant les actes effectués en dehors de toute justification médicale.

Article 33

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

« *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 de biologie médicale dérogeant aux indications médicales précisées, le cas échéant, à la nomenclature des actes de biologie médicale ;

« 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 en application de l'article L. 321-1, 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 Ier du même code est inséré, 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 Ier du même code 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 en application de l'article L. 321-1, ils n'établissent pas de 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.

Exposé des motifs

Actuellement, l'article L. 162-4 du code de la sécurité sociale fait obligation aux médecins de mentionner sur l'ordonnance le caractère non remboursable des médicaments prescrits en dehors des indications ouvrant droit au remboursement.

En cohérence avec l'article précédent qui prévoit le caractère non remboursable des actes et prestations effectués pour répondre à des exigences législatives, réglementaires ou contractuelles non prévues par le code de la sécurité sociale et qui ne sont pas rendus nécessaires par l'état du patient, il est proposé de compléter l'article L. 162-4 en prévoyant la même obligation lorsque le médecin prescrit des actes dans cet objectif. Indépendamment des prescriptions, les consultations elles-mêmes ne doivent pas donner lieu à l'établissement d'une feuille de soins dans ce cas de figure.

Il est également opportun de compléter plus largement le champ de l'article, les prescriptions de dispositifs médicaux et des analyses de biologie hors indications remboursables n'étant actuellement pas couvertes par ces dispositions.

Les mêmes dispositions doivent être applicables aux autres professions de santé.

Article 34

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

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

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

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

Exposé des motifs

Cet article vise à améliorer le dispositif de prise en charge des actes et prestations des médecins et des auxiliaires médicaux, ainsi qu'à faciliter la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Actuellement, la réglementation ne permet pas de préciser que la prise en charge d'un acte est subordonné à l'état du patient ou au contexte de réalisation de l'acte : ainsi, par exemple, autant il ne serait pas justifié de prévoir la prise en charge générale des implants dentaires, autant cette prise en charge apparaît indispensable pour permettre le traitement des personnes atteintes de la maladie « orpheline » que constitue l'agénésie dentaire. Le premier alinéa de cet article permet donc de délimiter la prise en charge par l'assurance maladie de certains actes ou prestations, dans le cadre de la nomenclature générale des

actes professionnels (NGAP) ou, prochainement, de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Par ailleurs, dans sa rédaction actuelle l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ne prévoit pas que l'ANAES émette un avis sur l'inscription à la NGAP ou à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) de nouveaux actes, mais en revanche, conditionne la mise en place effective de la CCAM à un avis préalable de l'ANAES sur la totalité des 6000 actes techniques réalisables par les médecins spécialistes, dont la plus grande partie est issue de l'actuelle NGAP. L'ANAES n'a pas la capacité, dans les délais impartis, de se prononcer sur l'ensemble de ces actes déjà pris en charge. En revanche, il serait souhaitable qu'elle soit saisie systématiquement sur l'inscription de tout nouvel acte dans les différentes nomenclatures non médicales, mais qu'elle n'ait pas l'obligation d'examiner la totalité du « stock » des actes décrits par la CCAM (sauf sur saisine des ministres).

Article 35

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

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

« Si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficience des pratiques, ils ne peuvent être conclus 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. »

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

« Les accords régionaux sont approuvés par le directeur de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés 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, son représentant dans la

région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires. »

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, 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 ouvre droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération ou 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 remplacé par l'alinéa suivant :

« 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 n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 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° A la fin de l'article sont ajoutés les alinéas suivants :

« Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficience 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.

« Les contrats régionaux sont approuvés par le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés 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, son représentant dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

« Les contrats nationaux sont transmis 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 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 engagement relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficience 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. 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.

Exposé des motifs

Les accords de bon usage des soins (AcBUS), tout comme les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique, constituent des instruments importants de responsabilisation des médecins visant à une amélioration de l'efficience des soins. Depuis l'AcBUS « visites », notamment, ils connaissent un essor important.

Les dispositions issues de la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie prévoient que les AcBUS peuvent être conclus au niveau national ou au niveau régional. En revanche, les contrats de bonne pratique ne peuvent être conclus qu'au niveau national. Il est proposé de permettre l'élaboration au plan régional des contrats de bonne pratique.

En outre, ces accords et contrats présentent aujourd'hui deux faiblesses.

D'une part, ils ne sont assortis d'aucune légitimité médicale ou scientifique, soit en amont de leur conclusion, soit en aval à titre de validation avant leur publication. Or, l'accord des parties signataires ne suffit pas à garantir leur conformité aux objectifs poursuivis ou aux indicateurs utilisés. La mesure prévoit donc que les accords de bon usage des soins et les contrats de bonne pratique devront avoir reçu l'avis favorable de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Une telle intervention est nécessaire pour garantir que les objectifs de ces dispositifs contractualisés restent validés scientifiquement. En cas de recours au pouvoir de substitution du ministre prévu par l'article L. 162-12-19, la consultation de l'ANAES est également prévue.

D'autre part, leur mise en œuvre est actuellement

retardée par un dispositif lourd d'approbation. Ils sont soumis à l'approbation du ministre dans le délai de quarante-cinq jours, qui est le délai commun d'approbation des conventions ou de leurs avenants. C'est pourquoi il est proposé de ne plus soumettre ces accords et contrats à l'approbation du ministre :

- les AcBUS pourront être mis en œuvre directement par les signataires, sous réserve, pour les accords régionaux, de l'approbation de la CNAMTS ;

- les contrats de bonne pratique, une fois définis par les parties conventionnelles pourront être adaptés régionalement par les syndicats représentatifs et proposés à l'adhésion des professionnels de santé sous réserve, pour les contrats régionaux, de l'approbation de la CNAMTS.

Une articulation avec la convention nationale est maintenue, puisque celle-ci précisera les objectifs et les thèmes qui pourront être déclinés dans ces accords et dans ces contrats. Par ailleurs, l'Etat pourra toujours suspendre l'application de ces accords et contrats pour des motifs de santé publique, de sécurité sanitaire ou de non respect des objectifs poursuivis.

Un tel aménagement permettra de redynamiser et de généraliser ces dispositifs et de leur donner une plus grande légitimité médicale.

Par ailleurs, les engagements pris par les professionnels de santé au sein des contrats de bonne pratique peuvent donner lieu à des contreparties : ces contreparties peuvent être financières et consister en des majorations de prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales.

Il est proposé de moduler ces aides en fonction de la teneur des engagements pris par les professionnels, de façon à permettre, indépendamment des tarifs des actes, aux professionnels d'organiser un profil de carrière.

Des contrats de bonne pratique pourront être spécifiquement orientés vers la permanence des soins et l'exercice en zone sous-médicalisée.

Les articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4 sont rectifiés afin de les mettre en conformité avec les nouvelles dispositions concernant les contrats de bonne pratique.

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 conventions avec des

groupements organisés de professionnels de santé conventionnés exerçant à titre libéral dans une aire géographique définie.

« Les engagements de ces groupements 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.

« La convention 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.

« Ces conventions sont approuvées par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires ; à défaut la convention est réputée approuvée. »

Exposé des motifs

Différentes expériences ont montré que des échanges entre médecins sur leurs pratiques permettent d'obtenir des inflexions de ces pratiques sensibles en termes de maîtrise des dépenses. Il est souhaitable d'encourager ces échanges en permettant aux URCAM d'inciter les professionnels de santé à des formes d'auto-évaluation et d'auto-encadrement collectifs de leurs pratiques.

L'objet de cet article est donc de permettre aux URCAM de passer des conventions avec des groupements de professionnels de santé aux termes desquelles ceux-ci s'engageraient sur des objectifs d'évaluation et d'améliorations de leurs pratiques, assortis d'indicateurs quantifiés, en contrepartie d'une prise en charge des frais correspondant à ces actions (réunions, informations, entretiens…) et d'un éventuel intéressement (les montants correspondant aux prestations de soins elles-mêmes ne seront pas concernés et resteront financées selon les règles en vigueur).

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, 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 ouvrent 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° A la fin de l'article sont ajoutés les alinéas suivants :

« Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficience 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.

« Les contrats régionaux sont approuvés par le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires ; à défaut 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, son représentant dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

« Les contrats nationaux sont transmis 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 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. »

Exposé des motifs

Les contrats de santé publique constituent, tout comme les accords de bon usage des soins (AcBUS) et les contrats de bonne pratique, des instruments importants de responsabilisation des médecins visant à une amélioration de l'efficience des soins.

Comme les contrats de bonne pratique, les contrats de santé publique ne peuvent actuellement être conclus qu'au niveau national. Il est proposé de permettre l'élaboration au plan régional des contrats de santé publique.

En outre, ces contrats présentent aujourd'hui deux faiblesses.

D'une part, ils ne sont assortis d'aucune légitimité médicale ou scientifique, soit en amont de leur conclusion, soit en aval à titre de validation avant leur publication. Or, l'accord des parties signataires ne suffit pas à garantir leur conformité aux objectifs poursuivis ou aux indicateurs utilisés. La mesure prévoit donc que les contrats de santé publique devront avoir reçu l'avis favorable de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Une telle intervention est nécessaire pour garantir que les objectifs de ces dispositifs contractualisés restent validés scientifiquement. En cas de recours au pouvoir de substitution du ministre prévu par l'article L. 162-12-19, la consultation de l'ANAES est également prévue.

D'autre part, leur mise en œuvre est actuellement retardée par un dispositif lourd d'approbation. Ils sont soumis à l'approbation du ministre dans le délai de quarante-cinq jours, qui est le délai commun d'approbation des conventions ou de leurs avenants. Il est proposé de ne plus soumettre ces contrats à l'approbation du ministre : une fois définis par les parties conventionnelles, ils pourront être proposés directement à l'adhésion des professionnels de santé sous réserve, pour les contrats régionaux, de l'approbation de la CNAMTS. A cet effet, ces contrats seront désormais des instruments distincts des conventions nationales entre l'assurance maladie et les professions de santé.

Toutefois, une articulation avec la convention nationale est maintenue, puisque celle-ci précisera les objectifs et les thèmes qui pourront être déclinés dans ces contrats. Par ailleurs, l'Etat pourra toujours suspendre l'application de ces contrats pour des motifs de santé publique, de sécurité sanitaire ou de non respect des objectifs poursuivis.

Un tel aménagement permettra de redynamiser et de généraliser ces contrats et de leur donner une plus grande légitimité médicale.

Article 38

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

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

II. - Au II de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 mentionnée au I, il est inséré, après le premier alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

« A titre expérimental, jusqu'au 31 décembre 2006, le fonds peut accorder des financements à des prestataires de services en vue de la mise en œuvre d'outils nécessaires à l'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, et au partage entre professionnels de santé des données médicales informatisées. »

Exposé des motifs

Cet article vise à prévoir les ressources du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), conformément à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, ainsi que le plafond de dépenses.

Il vise également à compléter les missions du FAQSV en vue du financement des infrastructures relatives au partage des données médicales, à travers l'expérimentation, qui débutera en 2004, d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux, dans quatre régions pilotes.

Article 39

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

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

2° Le III est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par ailleurs, ce fonds contribue au financement des charges supportées par les établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation menée en vue de la validation des référentiels de qualité mentionnés à l'article L. 1414-3 du code de la santé publique. » ;

3° L'article est complété par un IX ainsi rédigé :

« IX. - Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte. »

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

Exposé des motifs

Le III de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 modifiée prévoit que le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) finance des « dépenses de fonctionnement et d'investissement » des établissements de santé, à l'exclusion de toute autre structure dispensant des soins.

Le 1° du I du présent article étend le bénéfice des aides du fonds aux groupements de coopération sanitaire (GCS), qui, aux termes de l'article L. 6133-1 du code de la santé publique ne sont pas des établissements de santé même s'ils peuvent en exercer certaines des missions. Cette disposition permettra de financer, dans le cadre du plan de relance de l'investissement hospitalier « Hôpital 2007 », des opérations d'investissements mettant en œuvre une coopération entre établissements de santé ayant le GCS pour support juridique.

Le 2° du I du présent article étend le bénéfice des aides du fonds aux établissements de santé participant à l'expérimentation de l'évaluation des pratiques professionnelles qui sera au cœur de la nouvelle version de la procédure d'accréditation de l'ANAES. Cette mesure traduit la volonté de valoriser l'accréditation, dans un objectif de meilleure appréciation de la qualité du service médical rendu au patient. Les actions permettant d'acquérir les compétences nécessaires dans ce domaine (formations, consultants extérieurs) constitueront l'essentiel des dépenses auxquelles les établissements auront à faire face.

Le 3° du I étend aux établissements de santé de Mayotte le bénéfice de l'ensemble des subventions du fonds, aides à l'investissement et au fonctionnement mentionnées au III de l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000 et financement des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé sous dotation globale mentionnées au II et au IV du même article. Cette disposition, rendue nécessaire par le statut de la collectivité départementale de

Mayotte, permettra au FMESPP de concourir à l'important effort de mise à niveau de l'offre de soins hospitaliers mahoraise et d'amélioration des conditions de travail des personnels de l'établissement public de santé de Mayotte.

Comme le prévoit le V de l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000, le II du présent article fixe le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP. Pour l'année 2004, il est proposé de fixer ce montant à 470 M€, soit 135 M€ au titre des actions de modernisation sociale et de promotion professionnelle, 15 M€ au titre du financement des missions nationales mises en place pour l'accompagnement du plan « Hôpital 2007 » mentionnées au III de l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000 modifié (mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier et ses correspondants régionaux, mission d'expertise et d'audit hospitaliers, mission pour l'expérimentation de la tarification à l'activité) et 320 M€ pour le financement du plan d'investissement « Hôpital 2007 ».

Article 40

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.

Exposé des motifs

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a prévu que l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affectations iatrogènes et des infections nosocomiales est financé par une dotation de l'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale (art. L. 1142-3 du code de la santé publique).

Pour 2004, le présent article propose une dotation de 70 millions d'euros.

Article 41

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

« 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 1er 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. 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 29 février 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. »

Exposé des motifs

Les dispensaires dépendent actuellement de la collectivité départementale. Mais l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 a prévu dans son article 4, dont est issu l'article L. 6416-1 du code de la santé publique, que « les dispensaires de Mayotte sont rattachés pour leur gestion à l'établissement public de santé, dans des conditions fixées par décret ».

Le financement des dispensaires est actuellement à la charge de la collectivité départementale, qui reçoit annuellement une dotation de l'Etat de 5 M€ à cette fin. Cette dotation, qui couvrait totalement la dépense il y a quelques années, n'a pas été actualisée alors que le coût des dispensaires a été rapidement croissant dans le cadre du dernier contrat de plan : 8,6 M€ en 2000, 12,9 M€ en 2002 et 16,5 M€ en 2003. Pour 2004, le coût prévisionnel est de 18,5 M€. Il inclut la prise en charge des assurés sociaux comme des non assurés sociaux sans ressources.

La décentralisation applicable à Mayotte au 1er janvier 2004 rend nécessaire la clarification des responsabilités et des financements respectifs de l'Etat et de la collectivité et la suppression des financements croisés actuellement en vigueur. Il est donc nécessaire de sécuriser le financement des dispensaires à compter de 2004 par sa prise en charge, pour les assurés sociaux mahorais, par l'assurance maladie de Mayotte. La contribution versée par l'Etat au titre du fonctionnement des dispensaires est

maintenue pour couvrir le coût des soins de non assurés sociaux démunis de ressources (article L. 6415-5 du code de la santé publique – 4,855 M€ pour 2004). Cette dotation devra être actualisée, pour les années à venir, en fonction des coûts constatés.

Article 42

Le Fonds national d'assurance maladie de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés participe 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.

Exposé des motifs

La préparation et la réponse à une action bioterroriste entraînent des dépenses de produits nécessaires à la détection, à la prévention et au traitement d'un grand nombre de personnes exposées et de victimes. Des groupes d'experts de l'AFSSAPS ont, pour chacun des agents de la menace, identifié les produits nécessaires au traitement et à la prophylaxie. Ces produits consistent essentiellement en des antidotes, des immunoglobulines, des antibiotiques, des antiviraux et des vaccins. Il est indispensable d'assurer dans les plus brefs délais la prise en charge des populations exposées ou atteintes, afin d'éviter que se développent des pathologies graves, souvent mortelles ou que surviennent des épidémies. Ceci suppose de disposer dans des délais très courts des produits réputés efficaces, de constituer des stocks dits de précaution permettant la mobilisation rapide et leur délivrance dans des conditions exceptionnelles en dehors des circuits classiques de distribution des médicaments.

Un risque de pandémie grippale doit être envisagé, sans qu'il soit possible d'indiquer quel en sera le déclenchement et il ne peut être exclu qu'il soit lié à un acte bioterroriste. Il est donc nécessaire de constituer un stock de médicaments anti-viraux, dont l'AMM reconnaît l'efficacité pour le traitement précoce d'une grippe et la prophylaxie autour de cas de grippe (oseltamivir). Ces traitements pourraient alors être mis rapidement à disposition d'un nombre important de personnes particulièrement susceptibles d'être mobilisées ou particulièrement exposées (personnes présentant des facteurs de risque importants,

professionnels de santé nécessaires à la continuité de la prise en charge des malades, personnels des services publics ou privés indispensables à la poursuite des activités de maintien de l'ordre, de transport des marchandises….) afin de limiter l'impact d'une épidémie. Ce nombre est évalué à 13,5 millions personnes.

De même, en cas d'attentat chimique ou radiologique il sera nécessaire de disposer d'antidotes permettant la prise en charge rapide des victimes.

Le montant des besoins pour 2003 s'élève à 155,4 M€.

Article 43

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

Article 44

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

Article 45

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

TITRE IV
DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITE SOCIALE

Section 1
Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Article 46

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la

sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, mentionnée au III de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, est fixé à 500 millions d'euros pour l'année 2004.

Exposé des motifs

Le montant fixé pour cette contribution par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 était de 450 millions d'euros. Les prévisions de dépenses pour l'année 2004 laissent anticiper une croissance encore forte de ses dépenses. Compte tenu de la ressource constituée par le versement au fonds d'une part fixée à 0,25 % des droits de consommation sur le tabac, la contribution de la branche devrait être fixée à hauteur de 500 millions d'euros au titre de l'année 2004.

Article 47

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

Exposé des motifs

Le FIVA a été doté comme suit tant au titre des lois de finances qu'au titre des lois de financement de la sécurité sociale de 2001 à 2003 :

Dotations au FIVA (année)	**État en M€**	Branche AT/MP en M€	Total ressources FIVA en M€
2001		438	438
2002	38	180	218
2003	40	190	230
Total au 31/12/2003	78	808	886

Le FIVA est en mesure de recevoir les dossiers des victimes depuis le 1er juillet 2002, date de mise à disposition des formulaires de renseignements nécessaires à l'instruction des demandes.

Dans l'attente de l'adoption du barème indicatif par le Conseil d'administration du FIVA au début de

l'année 2003, le FIVA a répondu aux demandes d'indemnisation déposées par les victimes des maladies de l'amiante par le versement de provisions. L'adoption du barème indicatif a permis, compte tenu du délai d'instruction des demandes, que les premières offres définitives soient proposées en mars et versées en avril 2003.

Début août 2003, le montant total des sommes versées par le FIVA s'élevait à 59 millions d'euros dont 42 millions au titre des provisions et 17 millions au titre des offres, déduction faite des provisions déjà versées.

Depuis que le FIVA est en capacité de proposer des offres définitives, le rythme des dépenses s'accélère. Ainsi, sur les 17 millions d'euros versés jusque début août, 2,06 millions ont été versés au mois d'avril, 2,9 millions au mois de mai, 4,9 millions au mois de juin et 6,25 millions au mois de juillet.

Au regard du nombre de demandes parvenues au FIVA depuis quelques semaines, cette croissance devrait se confirmer durant le deuxième semestre 2003.

Compte tenu des dotations déjà votées, des besoins à venir du FIVA et afin de lisser sur les différents exercices les dotations de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles au fonds, il apparaît opportun de doter le FIVA de 100 millions d'euros en 2004.

Article 48

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2004, à 330 millions d'euros.

Exposé des motifs

Eu égard aux conclusions de la commission prévue à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale qui a été présidée en 2002 par Mme LEVY-ROSENWALD, conseiller maître à la cour des comptes, le versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie-maternité-invalidité-décès du régime général de la sécurité sociale au titre des frais supportés par cette dernière branche en raison des accidents du travail ou des maladies professionnelles non reconnus a été fixé à 330 millions d'euros par l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Les travaux de cette commission étant triennaux, aucun élément nouveau ne justifie de modifier ce montant, qu'il est donc proposé de reconduire en 2004.

Article 49

Pour 2004, l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail-maladies professionnelles de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 9,7 milliards d'euros.

Section 2
Branche famille

Article 50

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

1° Le 1° est ainsi rédigé :

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

2° Les 9° et 10°sont supprimés ;

3° Le 11° devient le 9°.

II. - Le titre III du livre V du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Titre III
« PRESTATION D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

*« CHAPITRE IER*
« DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES A 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 au 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 du présent article 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 du présent article.

« 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 I du présent article 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 code du travail.

« 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 de l'article L. 531-4, sauf si ce dernier est versé au titre du VI de l'article L. 531-4.

« 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, versé au titre de cet enfant, est maintenu 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 du présent article. Il est cumulable, en cours de droit, avec les indemnisations et allocations mentionnées aux 1° à 4° du II du présent article 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 du présent article.

« CHAPITRE III

« DISPOSITIONS RELATIVES AUX EXAMENS MEDICAUX DE LA MERE 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 code de la santé publique 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 code de la sécurité sociale, 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 code de la sécurité sociale sont abrogés ;

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

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 modifié comme suit :

a) Le 4° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 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 modifié comme suit :

- 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 modifié comme suit :

a) Le *c* est supprimé ;

b) Le *d* devient le *c* et le *e* devient le *d* ;

c) Il est ajouté 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 remplacé par les dispositions suivantes :

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

10° L'article L. 552-1 du même code est modifié comme suit :

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 mots : « L. 512-1, L. 512-2, L. 512-3 » sont remplacés par les mots : « 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° A 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.

V. - Les modalités d'application des I à III du présent article 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 Ier du livre V du code de la sécurité sociale, il est créé 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 d'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 1er janvier 2004 pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er 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 1er janvier 2004 bénéficient de la prime à la naissance à compter de cette date. Les mensualités d'allocation pour jeune enfant perçues à ce titre antérieurement au 1er janvier 2004 sont déduites du montant de la prime à la naissance. Pour les personnes dont le septième mois de grossesse est antérieur au 1er janvier 2004, cette prime est versée à compter de cette date ;

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 1er janvier 2004 pour un enfant né avant cette date, continuent à percevoir ces allocations jusqu'à leur terme.

Les personnes qui bénéficient au 1er janvier 2004 des prestations mentionnées à l'alinéa précédent pour un enfant né avant cette date, et qui ont à compter du 1er 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 du présent article pour l'ensemble des enfants à charge qui remplissent les conditions de cette prestation. Le droit à la prestation mentionnée aux II et III du présent article 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 1er janvier 2004, le complément de libre choix d'activité est versé sans examen des conditions d'activité professionnelle antérieures ;

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

Exposé des motifs

Les diverses prestations existantes en matière d'accueil des jeunes enfants ont été mises en place au gré des circonstances sans grande logique d'ensemble. Elles apparaissent aujourd'hui peu lisibles pour les familles. De

plus l'accès à un mode de garde n'est pas toujours équitable ; les parents ayant des revenus modestes ou moyens n'ont en pratique bien souvent aucun vrai libre choix de leur mode de garde et connaissent notamment de grandes difficultés à accéder à une assistante maternelle. Aujourd'hui un nombre encore trop important de femmes (en particulier les plus fragiles) sont obligées de quitter leur emploi pour s'occuper de leurs jeunes enfants.

C'est pourquoi les I et II de l'article instituent la prestation d'accueil du jeune enfant, qui regroupe les cinq prestations existant en faveur de la petite enfance (allocation pour jeune enfant, allocation d'adoption, allocation parentale d'éducation, aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée et allocation de garde d'enfant à domicile) dans un souci tout d'abord de simplification et de lisibilité pour les familles. Mais l'instauration de cette prestation répond également à la volonté d'améliorer significativement l'aide apportée aux parents de jeunes enfants pour concilier leur vie familiale et professionnelle, en leur permettant de cesser ou de réduire leur activité ou de faire le choix de continuer à travailler en ayant la liberté et la possibilité financière de recourir au mode de garde de leurs enfants qui leur parait le plus adapté. L'objectif est ainsi de concilier dans une même prestation des objectifs de politique familiale et des objectifs favorables à la croissance économique et à l'emploi et d'augmenter ainsi à moyen terme à la fois la natalité et le taux d'activité.

La prestation d'accueil du jeune enfant comprendra, d'une part, une prime à la naissance ou à l'adoption qui sera suivie d'une allocation de base versée dès la naissance et, d'autre part, un complément de libre choix en fonction du choix des parents quant à la garde et à l'éducation de leurs enfants :

- la prime à la naissance ou à l'adoption, d'un montant de 800 euros, sera versée lors du 7ème mois de la grossesse ou lors de l'arrivée au foyer d'un enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption, pour permettre de faire face aux dépenses liées à l'arrivée de l'enfant ;

- l'allocation de base, d'un montant mensuel d'environ 160 euros, sera versée du mois de la naissance de l'enfant jusqu'à ses trois ans. Elle est versée par famille mais, en cas de naissances multiples, l'allocation de base sera versée pour chaque enfant. Les familles adoptantes auront droit à l'allocation de base. Elle leur sera versée, quel que soit l'âge de l'enfant, pendant la même durée que pour les enfants naturels (soit 36 mensualités) assurant ainsi l'égalité des droits et améliorant de façon importante les droits des familles adoptantes. La prime comme l'allocation

de base sont versées sous conditions de ressources. Le plafond de ressources sera augmenté de 37 % par rapport à l'actuelle APJE, de façon à ce que 90 % des familles en bénéficient. La PAJE touchera ainsi un nombre jamais atteint de familles, y compris des familles à revenus moyens aujourd'hui exclues de l'APJE. Ce sont 200 000 familles supplémentaires qui vont toucher 160 euros par mois pendant 3 ans ;

- le complément de libre choix d'activité d'un montant d'environ 340 euros par mois sera attribué lorsque l'un des parents cesse ou réduit son activité pour s'occuper d'un enfant de moins de trois ans. Le montant de l'allocation à taux partiel sera augmenté de 15 % par rapport à l'actuelle allocation parentale d'éducation. Pour faciliter l'accueil du très jeune enfant juste après la naissance, le complément sera étendu aux familles d'un enfant qui pourront le percevoir pendant les 6 mois suivant le congé de maternité ou de paternité. Ce complément sera majoré pour les personnes qui n'ouvrent pas droit à l'allocation de base, garantissant le maintien du même niveau de droits qu'actuellement pour ces personnes. Pour bénéficier du complément de libre choix d'activité, le parent devra avoir exercé une activité professionnelle de 2 ans dans les 2 ans qui précédent la naissance d'un enfant de rang 1 ou dans les 4 ans s'il s'agit d'un deuxième enfant ou dans les 5 ans pour les enfants de rang trois ou plus. Afin de développer l'offre de garde et de favoriser le libre choix des familles, le complément sera attribué aux parents qui recourent à une entreprise ou à une association pour assurer la garde de leurs enfants ;

- le complément de libre choix du mode de garde consiste en la prise en charge de tout ou partie des cotisations sociales afférentes à l'emploi d'une assistante maternelle ou d'une garde à domicile. Il comprend également la prise en charge d'une partie du salaire net de ces personnes, dans la limite d'un plafond variable selon les revenus de la famille. Par rapport à l'actuelle AFEAMA, les montants d'aide sont fortement revalorisés notamment pour les familles les plus modestes, de façon à donner effectivement à ces familles un vrai libre choix du mode de garde. Le complément de libre choix du mode de garde est également versé pour les enfants âgés de plus de trois et de moins de six ans, à un montant réduit.

La prestation d'accueil du jeune enfant sera aussi l'occasion de simplifier et de moderniser les relations des familles avec leur caisse d'allocations familiales. En effet, les circuits de gestion de ce complément seront simplifiés par rapport à ceux existant actuellement pour l'AGED et

l'AFEAMA. Après que la CAF aura vérifié les droits à l'allocation, la déclaration des rémunérations versées se fera auprès d'un centre de recouvrement au moyen d'un volet social, sur le modèle du dispositif existant pour le chèque emploi service. Les formalités imposées aux familles seront allégées, les risques de rupture des droits supprimés.

Le III prévoit que la PAJE sera versée dans les DOM dans les mêmes conditions qu'en métropole. De leur côté, les IV à VI procèdent au toilettage du code de la sécurité sociale nécessité par la création de la PAJE.

Enfin le VII prévoit les conditions d'entrée en vigueur de la prestation d'accueil du jeune enfant. Elle sera versée à partir du 1er janvier 2004 pour les enfants nés à compter de cette date, y compris pour les enfants nés prématurément avant cette date mais dont la naissance devait intervenir à compter de cette date. Les familles qui bénéficient des anciennes prestations continuent à les percevoir jusqu'à leur terme. Toutefois si une nouvelle naissance intervient à compter du 1er janvier 2004, la PAJE sera versée pour l'ensemble des enfants. A partir du 1er janvier 2007, l'ensemble des familles percevront la prestation d'accueil du jeune enfant.

Article 51

La part prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des dépenses mentionnées au 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est égale à une fraction fixée à 60 % pour l'année 2004.

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu un allègement de la charge résultant pour le Fonds solidarité vieillesse (FSV) du remboursement au régime général, aux régimes alignés sur lui (ORGANIC, CANCAVA, salariés agricoles) et au régime des exploitants agricoles de la majoration de pension pour enfants, par le transfert de cette charge à la branche famille.

Pour l'année 2004, la fraction des majorations de pensions pour enfants prise en charge par la branche famille est fixée à 60 %.

Article 52

Pour 2004, l'objectif de dépenses de la branche famille de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de

vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 45,5 milliards d'euros.

Section 3
Branche vieillesse

Article 53

Pour 2004, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse-veuvage de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 146,6 milliards d'euros.

TITRE V
OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2003

Article 54

Pour 2003, les objectifs révisés de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :

	(en milliards d'euros)
Maladie, maternité, invalidité et décès	138,1
Vieillesse et veuvage	140,7
Accidents du travail	9,5
Famille	44

TITRE VI
MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRÉSORERIE

Article 55

I. - Le deuxième alinéa de l'article L. 133-3 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'admission en non valeur des créances, des cotisations sociales et des majorations et pénalités prévues en cas de renvoi tardif de la déclaration de revenus et en cas de non acquittement des cotisations à l'échéance, des créances recouvrées pour le compte de tiers, est prononcée par le conseil d'administration de

l'organisme de sécurité sociale dans les conditions fixées par décret. »

II.- L'article L. 243-3 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 243-3.* - L'admission en non valeur des créances, des cotisations sociales et des majorations et pénalités prévues en cas de renvoi tardif de la déclaration de revenus et en cas de non acquittement des cotisations à l'échéance, des créances recouvrées pour le compte de tiers, est prononcée par le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale dans les conditions fixées par décret. »

Exposé des motifs

La procédure d'admission en non valeur des créances, des cotisations sociales et des majorations et pénalités prévues en cas de renvoi tardif de la déclaration de revenus et en cas de non acquittement des cotisations à l'échéance prévoit un avis conjoint du directeur régional des affaires sanitaires et sociales et du trésorier payeur général sur la demande présentée par l'organisme de sécurité sociale, préalablement à la décision du conseil d'administration de l'organisme.

Cette procédure est lourde dans la mesure où elle prévoit un contrôle *a priori* exercé par deux tutelles.

Les nouvelles dispositions ont pour objet, d'une part, de simplifier la procédure d'admission en non valeur en mettant fin à un contrôle *a priori* des décisions des conseils d'administration (le contrôle des admissions en non valeur s'effectuera désormais *a posteriori* dans le cadre des contrôles des comptes exercés par les comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale) et, d'autre part, de combler un vide juridique en étendant la procédure d'admission en non valeur aux créances recouvrées par les organismes pour le compte de tiers.

Article 56

I. - Aux premier et troisième alinéas de l'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale et aux premier et troisième alinéas du II de l'article L. 725-7 du code rural, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois ».

II. - Le premier alinéa de l'article L. 244-3 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'avertissement ou la mise en demeure ne peut concerner que les cotisations exigibles au cours des trois années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi. En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal établi par un agent verbalisateur, l'avertissement ou la mise en demeure peut concerner les cotisations exigibles au cours des cinq années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi. »

III. - Au premier alinéa de l'article L. 243-5 du même code, les mots : « dans le délai de trois mois » sont remplacés par les mots : « dans le délai de six mois ». Au troisième alinéa, les mots : « pendant deux années et trois mois » sont remplacés par les mots : « pendant deux années et six mois ».

IV. - La dernière phrase de l'article L. 244-2 du même code est abrogée.

Exposé des motifs

Il est proposé quatre mesures relatives au recouvrement des cotisations et contributions sociales visant à :

- aligner les délais de prescription des créances de cotisations et contributions sociales. Actuellement, les organismes de recouvrement disposent d'un délai de reprise d'une durée de 3 ans alors que les demandes de remboursement des indus des cotisants se prescrivent par 2 ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations et contributions ont été acquittées. Les délais de prescription des créances susvisées seront tous deux d'une durée égale à 3 ans ;

- fixer le point de départ de la prescription du délai de reprise des cotisations et contributions sociales pour accroître la sécurité juridique et circonscrire dans le temps les contrôles relatifs au paiement des cotisations et contributions sociales. Computée en année civile, la période d'exercice du contrôle devient une période égale à 3 années civiles plus l'année en cours. L'analogie avec la réglementation fiscale ainsi opérée est complétée par la proposition de prévoir une prescription plus longue dès lors que les éléments constitutifs d'une infraction de travail dissimulé ont été constatés. Dans ce cas, le délai de prescription est augmenté de 2 années civiles afin de

renforcer les moyens donnés aux organismes de recouvrement dans la lutte contre le travail dissimulé et l'évasion sociale qui en découle ;

- renforcer le rôle de la procédure amiable de recouvrement en prolongeant le délai dans lequel les organismes de protection sociale sont tenus d'inscrire leurs créances de cotisations et contributions sociales sous peine de leur faire perdre leur caractère privilégié. L'allongement du délai de 3 à 6 mois, favorable au cotisant, facilitera le règlement amiable des dossiers débiteurs ;

- supprimer la dernière phrase de l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale afin de mettre en adéquation la pratique et le texte, la disposition étant tombée en désuétude.

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. 243-1-1 rédigé comme suit :

« *Art. L. 243-1-1.* - L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et cotisations de sécurité sociale auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par décret. Pour remplir ses obligations, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui sera 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 créé au code rural, après l'article L. 741-1, un article L. 741-1-1 rédigé comme suit :

« *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 de sécurité sociale auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par décret. Pour remplir ses obligations, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui sera 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. »

Exposé des motifs

Dans le contexte actuel d'une mobilité internationale accrue du personnel salarié, il est proposé la mise en place d'un dispositif permettant à un employeur non établi en France de remplir ses obligations relatives aux déclarations et versements de cotisations et contributions auxquels il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié exerçant son activité sur notre territoire et relevant du régime général de la sécurité sociale et du régime agricole auprès d'un organisme de recouvrement unique, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant désigné à cet effet.

Ce dispositif permettra également de donner compétence à cet organisme unique pour recevoir les cotisations soit de l'employeur étranger, soit de son mandataire, lorsque le rattachement obligatoire au régime français résultera, pour une activité hors du territoire français, des dispositions des accords internationaux auxquels la France est partie.

Article 58

Est ratifié le décret n° 2003-921 du 26 septembre 2003 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale.

Exposé des motifs

En application de l'article LO. 111-3, I, 5° du code de la sécurité sociale, l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a fixé la limite de recours à des avances de trésorerie, pour le régime général, à 12,5 milliards d'euros.

Or, son déficit sera supérieur de plusieurs milliards d'euros à celui initialement prévu. Dans ces conditions, le besoin de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, à la fin de l'année 2003, devrait excéder cette somme.

Face à cette situation, les mesures prises par le Gouvernement pour améliorer la situation de la trésorerie du régime général n'ont permis que de limiter l'ampleur de ces dépassements.

Il a donc été nécessaire de procéder à un relèvement du plafond d'emprunt du régime général. Conformément à l'article LO. 111-5 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement l'a porté à 15 milliards d'euros par décret pris en conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat. Les assemblées en ont été informées par le dépôt d'un

rapport dans les quinze jours qui ont suivi la publication de ce texte.

La même disposition exige aujourd'hui que la ratification de ce décret soit demandée au Parlement : tel est l'objet de cet article.

Article 59

Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :

	(en millions d'euros)
Régime général	33 000
Régime des exploitants agricoles	4 100
Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales	500
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines	200
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	80

Le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles, créé à compter du 1er janvier 2004 dans les conditions prévues par la loi de finances, assure le remboursement à la caisse de mutualité sociale agricole mentionnée à l'article L. 723-11 du code rural des intérêts de l'emprunt qu'elle contracte en 2004 pour le financement de la mensualisation des retraites des personnes non salariées des professions agricoles. Il reçoit à ce titre une ressource affectée financée selon des modalités déterminées en loi de finances.

Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.

Exposé des motifs

L'article LO. 111-3, I, 5° du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale fixe, chaque année, pour chacun des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, ou des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement, les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par des ressources non permanentes.

Le présent article fixe la liste des régimes et organismes autorisés à recourir à l'emprunt en 2004, ainsi que les plafonds d'emprunt fixés. Ces régimes et organismes sont les mêmes que ceux inscrits dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

Pour la CNRACL, la CANSSM et le FSPOEIE, il est proposé -compte tenu des prévisions de trésorerie de ces régimes- de fixer des plafonds d'emprunt pour 2004 identiques à ceux de 2003.

Pour le BAPSA, le plafond est porté à 4 100 M€, compte tenu des réformes intervenant dans le financement des prestations sociales agricoles et de l'impact de la mensualisation des retraites agricoles, dont le coût est estimé à 1 400 M€.

S'agissant du régime général, les prévisions de l'ACOSS conduisent à proposer un relèvement important du plafond, le portant de 15 à 33 milliards d'euros. En effet, du fait de la poursuite d'un décalage important entre les évolutions des encaissements et des charges, la variation annuelle de trésorerie serait d'environ - 19 milliards d'euros en 2004 (-11,6 milliards d'euros en 2003), avec un point bas à - 32 milliards d'euros environ (contre - 13,2 milliards d'euros attendus en 2003).

Fait à Paris, le 8 octobre 2003.

Signé : JEAN-PIERRE RAFFARIN

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées
Signé : JEAN-FRANÇOIS MATTEI

A N N E X E

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

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 efficience.

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 clefs 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 65 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 70 mesures articulées autour de six objectifs : prévenir, dépister, soigner, accompagner, comprendre et découvrir, mobiliser. Ces mesures traduisent une vision rénovée 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 efficients. Elle doit rester en parfaite cohérence avec les objectifs de santé publique.

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.

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 secteur 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 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 ;
- 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 longue durée représente deux tiers de la croissance des dépenses de soins de ville observée entre 2000 et 2002. Le projet de loi de financement propose donc de modifier la portée du protocole inter-régimes 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'accueils de jour, d'hébergements temporaires 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 « Vieillissement 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.

b) La prise en charge des personnes handicapées

Le projet de loi de financement 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 terme de places (Ile-de- France, Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur) ;
- d'achever des opérations de MAS ou 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.

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 diminue.

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 chiffrages -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

Le projet de loi de financement institue au 1er 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 seront traduites financièrement dans le PLFSS pour 2004 :

- 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'Objectif et de Gestion (COG) entre l'Etat et la 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, le projet de loi de financement 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 accident 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 DOM dans les mêmes conditions qu'en métropole. Les plafonds de ressources de l'allocation de base de la PAJE seront donc alignés.

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 allégements de charge et la réaffectation à la sécurité sociale d'une partie des recettes qui avaient été utilisées pour le financement du 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. Le projet de loi de financement 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.