



N° 330 – TOME V- 1<sup>ère</sup> partie

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 octobre 2002.

## RAPPORT

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE  
PROJET DE LOI de **financement de la sécurité sociale pour 2003** (n° 250),

TOME V

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

PAR M. YVES BUR, M. JEAN BARDET,  
MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU et M. DENIS JACQUAT

Députés.



## SOMMAIRE

---

	Pages
<b>TABLEAU COMPARATIF .....</b>	<b>5</b>
<b>ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF .....</b>	<b>84</b>
<b>AMENDEMENTS PORTANT SUR LE RAPPORT ANNEXÉ ADOPTÉS PAR LA COMMISSION.....</b>	<b>87</b>
<b>AMENDEMENTS NON ADOPTÉS PAR LA COMMISSION .....</b>	<b>89</b>



## TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<b>Ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires</b>	<b>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003</b>  TITRE I <sup>ER</sup>  <b>ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE</b>  Article 1 <sup>er</sup>  Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2003.	<b>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003</b>  TITRE I <sup>ER</sup>  <b>ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE</b>  Article 1 <sup>er</sup>  Sans modification  TITRE I <sup>ER</sup> BIS  <b>CONTROLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE</b>  Amendement n° 24  <i>Article additionnel</i>  <i>Après l'article 6 septies de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, il est inséré un nouvel article 6 octies ainsi rédigé :</i>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

« Art. 6 octies - I. - La délégation parlementaire dénommée Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé a pour mission d'informer le Parlement des conséquences des choix de politique de santé, effectués notamment dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, afin d'éclairer ses décisions. A cet effet, elle veille à l'application des politiques de santé, recueille des informations, met en œuvre des programmes d'études et procède au contrôle, au suivi et à l'évaluation de ces politiques.

« II. - La délégation est composée de douze députés et douze sénateurs désignés de façon à assurer, au sein de chaque assemblée, une représentation proportionnelle des groupes politiques, chaque groupe ayant au moins un représentant. Les députés sont désignés au début de chaque législature pour la durée de celle-ci. Les sénateurs sont désignés après chaque renouvellement partiel du Sénat.

« Après chacun de ses renouvellements, la délégation élit son président et son premier vice-président qui ne peuvent appartenir à la même assemblée.

« III. - La délégation est assistée d'un conseil scientifique composé de six personnalités choisies en raison de leurs compétences dans le domaine des politiques de santé.

« Les membres du conseil scientifique sont désignés pour trois ans dans les conditions prévues par le règlement intérieur de la délégation.

« Le conseil scientifique est saisi dans les conditions prévues par le règlement intérieur de la délégation, chaque fois que celle-ci l'estime nécessaire.

« IV. - La délégation peut recueillir l'avis des professionnels de santé, ainsi que des organisations

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

*syndicales et professionnelles et des associations intervenant dans le domaine de la santé.*

*« V. – La délégation est saisie par :*

*« 1° Le Bureau de l'une ou l'autre assemblée, soit à son initiative, soit à la demande d'un président de groupe, soit à la demande de soixante députés ou de quarante sénateurs :*

*« 2° Une commission spéciale ou permanente.*

*« VI. – La délégation dispose des pouvoirs définis par le paragraphe IV de l'article 164 de l'ordonnance n° 58-1374 du 30 décembre 1958 portant loi de finances pour 1959.*

*« En cas de difficultés dans l'exercice de sa mission, la délégation peut demander, pour une durée n'excédant pas six mois, à l'assemblée d'où émane la saisine de lui conférer les prérogatives attribuées par l'article 6 aux commissions parlementaires d'enquête, à leurs présidents et à leurs rapporteurs. Lorsque la délégation bénéficie de ces prérogatives, les dispositions relatives au secret des travaux des commissions d'enquête sont applicables.*

*« VII. – Les travaux de la délégation sont confidentiels, sauf décision contraire de sa part.*

*« Les résultats des travaux exécutés et les observations de la délégation sont communiqués à l'auteur de la saisine.*

*« Après avoir recueilli l'avis de l'auteur de la saisine, la délégation peut les rendre publics.*

*« Toutefois, lorsque la délégation a obtenu le bénéfice des dispositions de l'article 6 ci-dessus, la décision de publication ne peut être prise que par l'assemblée intéressée, dans les conditions fixées par son règlement pour la publication des rapports des commissions d'enquête.*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

**Code des juridictions financières**

*Art. L. 134-1.* - Sont soumis au contrôle de la Cour des comptes tous les organismes de droit privé jouissant de la personnalité civile ou de l'autonomie financière qui assurent en tout ou partie la gestion d'un régime légalement obligatoire :

.....  
Les unions et fédérations desdits organismes sont soumises au même contrôle.

**Code de la santé publique**

LIVRE IV  
**Administration générale de la santé**  
TITRE I<sup>ER</sup>  
**Institutions**  
CHAPITRE I<sup>ER</sup>  
**Politique de santé publique**

« VIII. – La délégation établit son règlement intérieur ; celui-ci est soumis à l'approbation des Bureaux des deux assemblées.

« IX. – Les dépenses afférentes au fonctionnement de la délégation sont financées et exécutées comme dépenses des deux assemblées parlementaires dans les conditions fixées par l'article 7. »

**Amendement n° 25**

*Article additionnel*

*L'article L. 134-1 du code des juridictions financières est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

« La Cour des comptes examine également la gestion des centres hospitaliers régionaux mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique. »

**Amendement n° 26**

*Article additionnel*

*Après l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :*

« Art. L. 1411-7. - La Commission des comptes de la santé analyse, chaque année, les comptes nationaux de la santé. Elle examine notamment la répartition des dépenses de santé par pathologie.



Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la  
Commission

« La commission comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, de la Cour des comptes, des organisations professionnelles, syndicales, et sociales, des conseils d'administration des organismes d'assurance maladie, des organismes mutualistes, des professions et établissements de santé, ainsi que des personnalités qualifiées.

« Le rapport de la Commission des comptes de la santé est transmis au Parlement avant le 15 octobre. »

**Amendement n° 27**

*Article additionnel*

*Les rapports d'activité des commissions visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique sont remis chaque année au Parlement.*

**Amendement n° 28**

*Article additionnel*

*Le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 15 octobre 2003, un rapport présentant la mise en place du codage des actes de médecine de ville et proposant des réformes en la matière.*

**Amendement n° 29**

*Article additionnel*

*Le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 15 octobre 2003, un rapport présentant l'évolution des indemnités journalières maladie et proposant des réformes en la matière.*

**Amendement n° 30**

*Article additionnel*

*Le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 15 octobre 2003, un rapport présentant l'impact financier de*

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><b>Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997</b></p> <p><i>Art. 3.</i> - Pour l'information du Parlement, le Gouvernement lui présente chaque année un rapport rattaché à l'annexe visée au b du II de l'article L.O.111-4 du code de la sécurité sociale et comprenant les éléments suivants :</p> <p>.....</p>	<p>Article 2</p> <p>L'article 3 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« - une analyse de l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. »</p>	<p><i>l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et les vingt années suivantes.</i></p> <p><b>Amendement n° 3 de la commission des finances saisie pour avis</b></p> <p>Article 2</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport analysant l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.</i></p> <p><b>Amendement n° 31</b></p> <p><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> septembre 2003, un rapport présentant un état des coûts de gestion des relations entre l'Etat et la sécurité sociale et proposant des réformes en la matière.</i></p> <p><b>Amendement n° 32</b></p> <p><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Après l'article L. 114-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre IV ter ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« CHAPITRE IV ter</i></p> <p><i>« Comité des finances sociales</i></p> <p><i>« Art. L. 114-1-2.- Le comité des finances sociales établit le montant des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale qui doivent être compensées aux régimes concernés en application des articles L. 131-7 et</i></p>

LIVRE I<sup>ER</sup>  
**Généralités-Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base**  
TITRE I<sup>ER</sup>  
**Généralités**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

*L. 131-9. Il contrôle les conditions dans lesquelles cette compensation est réalisée.*

*« Ce comité a également pour mission de proposer des mesures de simplification du financement de la sécurité sociale et d'analyser l'impact économique et sur l'emploi des exonérations de cotisations.*

*« Il élabore un rapport, transmis au Parlement avant le 15 octobre de chaque année.*

*« Art. L. 114-1-3.- Le comité des finances sociales comprend :*

*« 1° Deux députés désignés par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale ;*

*« 2° Deux sénateurs désignés par la commission des affaires sociales du Sénat ;*

*« 3° Les présidents des conseils d'administration des caisses nationales du régime général et de la mutualité sociale agricole, de la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines et de l'Etablissement public national des invalides de la marine ;*

*« 4° Le président du conseil d'administration du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale ;*

*« 5° Quatre représentants de l'Etat désignés par décret.*

*« Il est présidé par un parlementaire, désigné par le comité en son sein.*

*« Le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale assure le secrétariat du comité. »*

**Amendement n° 33**

TITRE II

TITRE II

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX**

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>RESSOURCES</p>	<p>RESSOURCES</p>
<p>LIVRE I<sup>ER</sup> <b>Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</b> TITRE III <b>Dispositions communes relatives au financement</b> CHAPITRE I<sup>ER</sup> <i>quater</i> <b>Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale</b> <i>Art. L. 131-10.</i> - Les produits du fonds sont constituées par : 1° Une fraction égale à 90,77 % du produit du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts ;</p>	<p>Article 3</p>	<p>Article 3</p>
<p>..... LIVRE II <b>Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses</b> TITRE IV <b>Ressources</b> CHAPITRE I<sup>ER</sup> <b>Généralités</b> Section 1 <b>Assurances sociales</b> Sous-section 1 <b>Assurance maladie, maternité, invalidité et décès</b> <i>Art. L. 241-2.</i> - ..... Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par : 1° Une fraction égale à 8,84 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;</p>	<p>I. - Au 1° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, le pourcentage : « 90,77 % » est remplacé par le pourcentage : « 84,45 % ».</p>	<p>Sans modification</p>
<p>..... <b>Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999</b> <i>Art. 41.</i> - I. - Une allocation de cessation anticipée d'activité est versée aux salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de</p>	<p>II. - Au septième alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le pourcentage : « 8,84 % » est remplacé par le pourcentage : « 15,20 % ».</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>matériaux contenant de l'amiante, des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales, sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :</p>	<p>III. - Dans la deuxième phrase du III de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, le pourcentage : « 0,39 % » est remplacé par le pourcentage : « 0,35 % ».</p>	
<p>.....</p> <p>III. - Il est créé un Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, chargé de financer l'allocation visée au I. Ses ressources sont constituées d'une fraction égale à 0,39 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.</p> <p>.....</p>	<p>IV. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux sommes à recevoir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003.</p>	
<p><b>Code général des impôts</b></p>	<p>Article 4</p>	<p>Article 4</p>
<p>LIVRE I<sup>ER</sup> <b>Assiette et liquidation de l'impôt</b> PREMIERE PARTIE <b>Impôts d'État</b> TITRE III <b>Contributions indirectes et taxes diverses</b> CHAPITRE IV <b>Tabacs, allumettes, briquets</b> Section 1 <b>Tabacs</b></p>	<p>I. - Le code général des impôts est modifié ainsi qu'il suit : A. - A l'article 572, le deuxième alinéa est abrogé.</p>	<p>I. – Alinéa sans modification A. - Non modifié</p>
<p>I. - Régime économique <i>Art. 572.</i> - ..... Pour la catégorie des cigarettes brunes définies au dernier alinéa de l'article 575 A et pour la catégorie des autres cigarettes, le prix aux 1 000 unités des produits d'une catégorie vendus sous une même marque, quels que soient les autres éléments enregistrés avec la marque, ne peut être inférieur, indépendamment du mode ou</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>de l'unité de conditionnement utilisés, à celui appliqué au produit le plus vendu de cette marque.</p>	<p>B. - A l'article 572 <i>bis</i>, les mots : « pour les produits d'une marque reprise » sont remplacés par le mot : « repris ».</p>	B. – Non modifié
<p>..... <i>Art. 572 bis.</i> - Le prix de vente au détail des produits livrés aux voyageurs par les acheteurs-revendeurs désignés au troisième alinéa de l'article 568 est librement déterminé, sans que toutefois ce prix puisse être inférieur au prix de détail exprimé aux 1 000 unités ou aux 1 000 grammes pour les produits d'une marque reprise à l'arrêté d'homologation. Les acheteurs-revendeurs sont tenus d'inscrire dans leur comptabilité matières et de porter sur la déclaration de liquidation des droits tous les changements de prix intervenus au cours de la période couverte par ladite déclaration.</p>	<p>C. - L'article 575 est ainsi modifié :</p>	C. – Non modifié
<p>II. - Régime fiscal <i>Art. 575.</i> - Les tabacs manufacturés vendus dans les départements de la France continentale sont soumis à un droit de consommation.</p>	<p>1° Au premier alinéa, après les mots : « de la France continentale », sont insérés les mots : « et les tabacs qui y sont importés » ;</p>	
<p>Le droit de consommation sur les cigarettes comporte une part spécifique par unité de produit et une part proportionnelle au prix de détail. Toutefois, pour les cigarettes de la classe de prix la plus demandée, le montant du droit de consommation est déterminé globalement en appliquant le taux normal de ce droit, prévu à l'article 575 A, à leur prix de vente au détail.</p>	<p>2° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>	
<p>..... Le montant du droit de consommation ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé par 1.000 unités.</p>	<p>« Le montant du droit de consommation applicable à ces cigarettes ne peut être inférieur à 60 € par 1000 unités, et, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2006, à 64 € par 1000 unités. » ;</p>	
<p><i>Art. 575 A.</i> - Pour les différents groupes de produits définis à l'article 575, le taux normal est fixé</p>	<p>3° Au sixième alinéa, après les mots : « du droit de consommation », sont insérés les mots : « applicable aux cigarettes mentionnées au précédent alinéa » ;</p> <p>D. - L'article 575 A est ainsi modifié :</p>	D. – Alinéa sans modification

<b>Dispositions en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Propositions de la Commission</b> —
<p>conformément au tableau ci-après : .....</p> <p>Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 90 euros pour les cigarettes. Toutefois, pour les cigarettes brunes, ce minimum de perception est fixé à 87 euros.</p> <p>Il est fixé à 45 euros pour les tabacs de fine coupe destinés à rouler les cigarettes et les autres tabacs à fumer et à 55 euros pour les cigares.</p> <p>Sont considérées comme cigarettes brunes les cigarettes dont la composition en tabac naturel comprend un minimum de 60 % de tabacs relevant des codes NC 2401-10-41, 2401-10-70, 2401-20-41 ou 2401-20-70 du tarif des douanes.</p> <p><i>Art. 575 C.</i> - Le droit de consommation est exigible à la mise à la consommation. .....</p> <p>A l'importation, le droit est recouvré comme en matière de douane.</p>	<p>1° Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 106 € pour les cigarettes. » ;</p> <p>2° Au troisième alinéa, les montants : « 45 € » et « 55 € » sont remplacés, respectivement, par les montants : « 53 € » et « 64 € » ;</p> <p>3° Le quatrième alinéa est abrogé.</p> <p>E. - L'article 575 C est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est complété par les mots : « ou lors de l'importation » ;</p> <p>2° Le cinquième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « A l'importation, le droit est dû par l'importateur, il est recouvré comme en matière de douane. ».</p> <p>II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 6 janvier 2003.</p>	<p>1° Le ...</p> <p>.... fixé à 108 € pour les cigarettes. » ;</p> <p><b>Amendement n° 34</b></p> <p>2° <i>Au troisième alinéa, le montant : « 45 € » est remplacé par le montant : « 56 € » ;</i></p> <p><b>Amendement n° 35</b></p> <p>3° Non modifié</p> <p>E. – Non modifié</p> <p>II. – Non modifié</p>
<p><b>Code général des impôts</b></p> <p><i>Art. 520 A.</i> - I. Il est perçu un droit spécifique : .....</p>		<p><i>Article additionnel</i></p> <p>I. – <i>Après le troisième alinéa du I de l'article 520 A du code général des impôts, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« 100 € par degré alcoolométrique pour les bières dont le titre alcoolométrique excède 8 % vol ; ».</i></p> <p>II. – <i>Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003.</i></p> <p><b>Amendement n° 36</b></p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

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

Article 5

Article 5

*Art. 2.* - La Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission, d'une part, d'apurer la dette mentionnée aux I et II de l'article 4 et, d'autre part, d'effectuer les versements prévus aux III et IV du même article.

I. - L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 créant la Caisse d'amortissement de la dette sociale est ainsi modifiée :

I. – Alinéa sans modification

1° A l'article 2, les mots : « III et IV du même article » sont remplacés par les mots : « III, IV et V du même article » ;

1° Non modifié

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

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

2° Alinéa sans modification

« V. - La caisse verse en 2003 la somme de 1 096 969 089,92 euros 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 de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

« V. - La caisse verse le 1<sup>er</sup> avril 2003 la ...

« Elle verse, au titre de la créance relative aux exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale constatée dans les comptes de chacun des régimes au titre de l'exercice 2000, la somme de 171 465 344, 88 euros à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, la somme de 10 484 547, 75 euros à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire, la somme de 2 118 360,20 euros

... salariés.  
**Amendement n° 37**  
« Elle verse à la même date, au titre ...



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;"><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p style="text-align: center;">LIVRE II <b>Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses</b></p> <p style="text-align: center;">TITRE IV <b>Ressources</b></p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE V <b>Ressources autres que les cotisations</b></p> <p style="text-align: center;">Section 1 <b>Contribution des entreprises de préparation de médicaments</b></p> <p><i>Art. L. 245-2.</i> - L'assiette de la contribution est égale au total des charges comptabilisées au cours du dernier exercice clos au titre des frais de prospection et d'information des praticiens afférents à l'exploitation en France des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Toutefois, il est procédé sur une assiette</p>	<p>à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines et la somme de 1 801 493, 21 euros à l'établissement national des invalides de la marine. »</p> <p>II. - Est comptabilisée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sur l'exercice 2003 au titre des exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale la somme de 1 096 969 089,92 euros venant en déduction des montants inscrits aux comptes de 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 de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés au prorata des créances sur exonérations de cotisations comptabilisées dans les comptes de chacune des branches.</p> <p style="text-align: center;">Article 6</p> <p>I. - L'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p style="text-align: center;">« <i>Art. L. 245-2.</i> - La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du dernier exercice clos au titre :</p> <p style="text-align: center;">« 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférant, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique qu'elles</p>	<p style="text-align: right;">... marine. »</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 38</b></p> <p>II. – Non modifié</p> <p style="text-align: center;">Article 6</p> <p>I. - L'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est <i>ainsi rédigé</i> :</p> <p style="text-align: center;">« <i>Art. L. 245-2.</i> – I.- La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du dernier exercice clos au titre :</p> <p style="text-align: center;">« 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférant, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>à un abattement forfaitaire égal à 460000 euros et, le cas échéant, à un abattement d'un montant égal à 40 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, et au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins remboursables ou inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Il est également procédé sur cette assiette à un abattement de 3 % du montant des rémunérations versées au titre de l'emploi des salariés mentionnés à l'article L. 5122-11 du code de la santé publique.</p>	<p>soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre mer, auprès des professionnels régis par les dispositions du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p>« 2° Des remboursements de frais de transport, de repas et d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;</p> <p>« 3° Des achats d'espaces publicitaires, quel qu'en soit le support, dès lors qu'une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique y est mentionnée.</p> <p>« Toutefois, il est procédé sur cette assiette à un abattement forfaitaire égal à 345 000 euros et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du présent article.</p> <p>« Il est également procédé :</p> <p>« a) A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;</p>	<p>soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p>« 2° Des remboursements de frais de transport, <i>à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition</i>, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° <i>du présent I</i> ;</p> <p>« 3° Des achats d'espaces publicitaires, quel qu'en soit le support, dès lors qu'une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique y est mentionnée.</p> <p>« II.- Il est procédé sur l'assiette <i>définie au I</i> :</p> <p>« 1° A un abattement forfaitaire égal à 500 000 euros et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I ;</p> <p>« 2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique <i>et des spécialités remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au cours du dernier exercice clos entre, d'une part, l'assiette définie à l'alinéa précédent et tenant compte, le cas échéant, de l'abattement prévu au même alinéa et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au titre des médicaments inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p> <p><i>Art. L. 245-4.</i> - Sont exonérées de cette contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes est inférieur à 15 millions d'euros, sauf</p>	<p>« b) A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, inscrites sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>« Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au présent article et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus aux alinéas précédents et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>« Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une de ces quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p> <p><b>Cf. tableau en annexe</b></p> <p>II. - L'article L. 245-4 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 245-4.</i> - Sont exonérées de cette contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos est</p>	<p>sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p>« 3° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>« III.- Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>« Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p> <p><b>Cf. tableau en annexe Amendement n° 39</b></p> <p>II. – Non modifié</p>

<b>Dispositions en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Propositions de la Commission</b>
<p>lorsqu'elles sont filiales à 50 p. 100 au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé, réalisé en France, dépasse cette limite. Le seuil mentionné ci-dessus est revalorisé en fonction de l'évolution des conditions économiques par arrêté interministériel.</p>	<p>inférieur à 15 millions d'euros, sauf lorsqu'elles sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé, réalisé en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, dépasse cette limite ou lorsqu'elles possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires consolidé avec leur propre chiffre d'affaires dépasse cette limite. Le seuil mentionné ci-dessus est revalorisé en fonction des conditions économiques par arrêté ministériel. »</p>	<p><i>II bis. – Le c) de l'article L. 138-11 du même code est ainsi rédigé :</i></p>
<p style="text-align: center;">TITRE III <b>Dispositions communes relatives au financement</b> CHAPITRE VIII <b>Contributions à la charge des entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596</b> Section 2 <b>Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique</b></p>	<p>III. - Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre 2003.</p>	<p><i>« c) A concurrence de 30 % sur les charges mentionnées au I de l'article L. 245-2, après déduction, le cas échéant, des abattements prévus au II du même article, exposées par l'ensemble des entreprises redevables. »</i> <b>Amendement n° 40</b></p>
<p><i>Art. L. 138-11.-</i> Le montant global de la contribution tel que calculé en application de l'article L. 138-10 est ainsi réparti :</p>		<p>III. – Non modifié</p>
<p>..... c) A concurrence de 30 %, sur les charges exposées par l'ensemble des entreprises redevables au titre des dépenses de prospection et d'information visées à l'article L. 245-2. .....</p>		

**Dispositions en vigueur**

**Code de la santé publique**

QUATRIEME PARTIE

**Professions de santé**

LIVRE I<sup>ER</sup>

**Professions médicales**

TITRE I<sup>ER</sup>

**Exercice des professions médicales**

CHAPITRE III

**Règles communes d'exercice de la profession**

*Art. L. 4113-6.* - Est interdit le fait, pour les membres des professions médicales mentionnées au présent livre, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Est également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages.

.....  
Les conventions mentionnées aux deuxième et troisième alinéas sont transmises aux ordres des professions médicales par l'entreprise. Lorsque leur champ d'application est interdépartemental ou national, elles sont soumises pour avis au conseil national compétent, au lieu et place des instances départementales, avant leur mise en application. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de la transmission de ces conventions ainsi que les délais impartis aux ordres des professions médicales pour se prononcer. Si ceux-ci émettent un avis défavorable, l'entreprise transmet cet avis aux professionnels de santé, avant la mise en oeuvre de la convention. A défaut de réponse des instances ordinales dans les délais impartis, l'avis est réputé favorable.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*IV.- Avant le dernier alinéa de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« Les entreprises mentionnées au premier alinéa participent aux frais de fonctionnement des conseils des professions médicales résultant de la mise en œuvre des dispositions du*

**Dispositions en vigueur**

Les dispositions du présent article ne sauraient ni soumettre à convention les relations normales de travail ni interdire le financement des actions de formation médicale continue.

**Code de la sécurité sociale**

LIVRE II

**Organisation du régime général,  
action de prévention, action sanitaire  
et sociale des caisses**

TITRE IV

**Ressources**

CHAPITRE V

**Ressources autres que les cotisations**

Section 2

**Contribution à la charge des  
entreprises assurant l'exploitation  
d'une ou plusieurs spécialités  
pharmaceutiques**

*Art. L. 245-6-1.* - Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, au titre des ventes en gros de spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, et des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité est due par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

*présent article par le versement d'un droit fixe exigible pour chaque demande d'avis. Le montant de ce droit est arrêté par le ministre chargé de la santé. »*

**Amendement n° 41**

*V.- La perte de recettes pour la CNAM est compensée par la majoration à due concurrence des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.*

**Amendement n° 39**

*Article additionnel*

*I.- La section II du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, comprenant les articles L. 245-6-1 à L. 245-6-4, est abrogée.*

**Dispositions en vigueur**

Le taux de cette contribution est fixé à 2,5 % pour les spécialités pharmaceutiques qui ne peuvent être délivrées que sur prescription et de 1,5 % pour les autres spécialités pharmaceutiques.

*Art. L. 245-6-2.* - La contribution due par chaque entreprise est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article L. 138-3.

Les déclarations servant de base au calcul de la contribution sont celles prévues à l'article L. 138-5.

Lorsqu'une entreprise n'a pas produit la déclaration prévue à l'alinéa précédent dans les délais prescrits ou a produit une déclaration manifestement erronée, le taux de sa contribution est fixé à titre provisionnel d'office à 10 %, la contribution étant appelée sur une assiette constituée par le montant du dernier chiffre d'affaires connu ou, à défaut, déterminée par tous autres moyens.

Lorsque l'entreprise produit ultérieurement la déclaration du trimestre considéré, le montant de sa contribution dû au titre de ce trimestre est majoré de 10 %. Les entreprises peuvent formuler une demande gracieuse en réduction de cette majoration en cas de bonne foi dûment prouvée.

*Art. L. 245-6-3.* - La contribution est versée de façon provisionnelle au plus tard le dernier jour de chaque trimestre civil sur la base du chiffre d'affaires réalisé au cours du trimestre civil précédent.

Au titre d'une année civile, l'ensemble des contributions versées fait l'objet d'une régularisation annuelle au plus tard le dernier jour du trimestre civil suivant l'année civile concernée.

Si le montant des contributions définitives est différent du montant des contributions versées à titre provisionnel, le solde est imputé lors de

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

**Dispositions en vigueur**

l'échéance suivante de la contribution.

*Art. L. 245-6-4.* - Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

**Texte du projet de loi**

Article 7

Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2003 en application du premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 4 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.

**Propositions de la Commission**

*II.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003.*

*III.- La perte de recettes pour la CNAM est compensée par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.*

**Amendement n° 42 rectifié**

Article 7

*Article additionnel*

*I.- Le 3° l'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale est supprimé.*

LIVRE III

**Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général**

TITRE IV

**Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général – Dispositions d'application du livre III**

CHAPITRE PRELIMINAIRE

**Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France**

*Art. L. 380-3.* - Les dispositions de l'article L. 380-1 ne s'appliquent pas aux personnes suivantes :

.....  
3° Les personnes résidant en France qui, au titre d'une activité professionnelle exercée par elle-mêmes ou par un membre de leur famille sur territoire d'un Etat étranger, ont la faculté d'être affiliées à titre volontaire à un régime d'assurance maladie,



**Dispositions en vigueur**

conformément à la législation de cet Etat, si cette affiliation leur permet d'obtenir la couverture des soins reçus sur le territoire français ;

.....

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*II.- Il est inséré, après l'article L. 380-3 du même code, un article L. 380-3-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 380-3-1- I. – Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, mais qui sur leur demande sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord, sont affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l'article L. 380-1.*

*« II.- Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie, peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, pendant une période transitoire se terminant au plus tard sept ans après la date d'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français.*

*« Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999, au titre des dispositions du I de l'article 19 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.*

*« Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

*ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I.*

*« III.- Les dispositions du I et du II sont également applicables aux titulaires de pensions ou de rentes suisses, ainsi qu'à leurs ayants droit, résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999, mais qui sur leur demande sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord.*

*« IV.- Les travailleurs frontaliers et les titulaires de pensions et de rentes affiliés au régime général dans les conditions fixées au I ne sont pas assujettis aux contributions visées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 et ne sont pas redevables des cotisations visées aux deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1 et à l'article L. 380-2.*

*« Ils sont redevables d'une cotisation fixée en pourcentage du montant de leurs revenus définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.*

*« La cotisation et recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat. »*

*III.- Les dispositions de l'article 18 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle sont applicables*

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
—	—	—
		<i>aux contrats d'assurance maladie en cours de validité lors de l'affiliation au régime général dans les conditions fixées au I. »</i>
		<b>Amendements n° 43 et n° 1 du Gouvernement</b>
	Article 8	Article 8
	Pour 2003, 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 :	Alinéa sans modification
	<b>Cf. tableau en annexe</b>	<b>Cf. tableau en annexe Amendement n° 44</b>
	Article 9	Article 9
	Pour 2002, les prévisions révisées de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :	Sans modification
	<b>Cf. tableau en annexe</b>	
	TITRE III	TITRE III
	<b>DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE</b>	<b>DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE</b>
LIVRE I <sup>ER</sup> <b>Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</b> TITRE VI <b>Dispositions relatives aux prestations at aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</b> CHAPITRE II <b>Dispositions générales relatives aux soins</b> Section 5 <b>Etablissements de soins</b>	Article 10	Article 10
	I. - L'article L. 162-22-2 du	Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 162-22-2. - I. -</i> Chaque année, est défini un objectif quantifié national des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, constitué par le montant annuel des frais d'hospitalisation dans ces établissements pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le contenu est fixé par décret. Toutefois, n'entrent pas dans ce montant les versements de l'assurance maladie afférents aux activités d'alternatives à la dialyse en centre ainsi que d'hospitalisation à domicile.</p>	<p>code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>b) Sous le régime de financement prévu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 174-1 du présent code.</p>	<p>A. - Le premier alinéa du I est remplacé par les dispositions suivantes : « Chaque année, est défini un objectif quantifié national des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans ces établissements au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Toutefois, n'entrent pas dans ce montant les charges afférentes aux activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. Le contenu de cet objectif quantifié national est précisé par décret.</p>	
<p>II. - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il tient compte à cet effet notamment de l'évolution constatée des dépenses au titre de l'année antérieure, et des changements de régime juridique et financier de certains établissements.</p>	<p>B. - Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Ce montant prend également en compte les évolutions à l'issue desquelles des établissements auparavant régis par l'article L. 6114-3 du code de la santé publique se trouvent placés, compte tenu de leur activité réelle, sous le régime de financement prévu à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles ».</p> <p>C. - La deuxième phrase du II est remplacée par les dispositions suivantes :</p> <p>« Il prend en compte à cet effet, notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, et les changements de régime juridique et financier de certains établissements. »</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi
<p><i>Art. L. 162-22-3.-</i> I. - Chaque année, au plus tard le 25 février, un accord entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au moins une des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique détermine :</p> <p>.....</p>	<p>II. - L'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>
<p>II. - Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et la ou les organisations nationales les plus représentatives des établissements signataires de l'accord mentionné au I observent l'évolution des dépenses entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, au moins deux fois dans l'année : une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu des résultats des huit premiers mois de l'année.</p>	<p>A. - Les deux premiers alinéas du II sont remplacés par les dispositions suivantes :</p>
<p>Chaque année, au plus tard le 30 janvier, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat et aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant total des versements afférents aux frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 au titre de l'année précédente et sa répartition par région, établissement et nature d'activité.</p>	<p>« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et la ou les organisations nationales les plus représentatives des établissements signataires de l'accord mentionné au I observent l'évolution des charges entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, au moins une fois dans l'année, au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année.</p>
<p>En vue de permettre un suivi de l'objectif quantifié national en cours d'année, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant des frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par</p>	<p>« Chaque année, au plus tard le 30 janvier, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat et aux Agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-2 du code de la santé publique, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, établissement et nature d'activité. »</p>
	<p>B. - Au troisième alinéa du II, les mots : « le montant des frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par</p>

**Propositions de la Commission**

<b>Dispositions en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Propositions de la Commission</b> —
<p>région :</p> <p>1° Le 15 juin au plus tard, pour les quatre premiers mois ;</p> <p>2° Le 15 octobre au plus tard, pour les huit premiers mois.</p> <p>Lorsqu'il apparaît que l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec l'objectif fixé en application de l'article L. 162-22-2, les parties à l'accord déterminent les mesures de toute nature propres à garantir son respect.</p> <p>.....</p> <p>III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des dépenses, y compris en cas de défaut de transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés des données mentionnées aux alinéas précédents, dans les délais prévus aux mêmes alinéas.</p> <p><i>Art. L. 162-22-8.</i> - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-1, l'activité de soins d'accueil et de traitement des urgences exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique peut bénéficier d'un financement conjoint sous la forme de tarifs des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-1 et d'un forfait annuel versé par douzième dans les conditions prévues à l'article L. 174-18, à compter, lorsque celle-ci intervient en cours d'année, de la date de mise en oeuvre de l'autorisation mentionnée au deuxième alinéa.</p> <p>.....</p> <p>La répartition des sommes</p>	<p>région » sont remplacés par les mots : « le montant des charges définies au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, le 31 août au plus tard, pour les quatre premiers mois. »</p> <p>C. - Au sixième alinéa du II, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « des charges ».</p> <p>D. - Les 1° et 2° du II sont supprimés.</p> <p>E. - Le III est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, y compris en cas de défaut de transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés des données mentionnées aux alinéas précédents dans les délais prévus aux mêmes alinéas. »</p> <p>III. - Le quatrième alinéa de l'article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« La répartition des sommes</p>	

<b>Dispositions en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Propositions de la Commission</b> —
<p>versées aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique au titre de l'alinéa précédent, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des dépenses supportées par chacun de ces régimes pour lesdits établissements au titre de l'exercice précédent, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>versées aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique au titre de l'alinéa précédent, 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 dans ces établissements l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. »</p>	
<p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p>		
<p>LIVRE III</p>		
<p><b>Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services</b></p>		
<p><b>TITRE I<sup>ER</sup></b></p>		
<p><b>Etablissements et services soumis à autorisation</b></p>		
<p>CHAPITRE IV</p>		
<p><b>Dispositions financières</b></p>		
<p>Section 2</p>		
<p><b>Règles budgétaires et de financement</b></p>		
<p><i>Art. L. 314-3.</i> - Le financement de celles des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses.</p>		
<p>..... Ce montant total annuel est constitué, après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale, en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations est fixé par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations définies par les schémas prévus à l'article L. 312-5, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des</p>	<p>IV. - Le troisième alinéa de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Il prend en compte les</p>	

<p><b>Dispositions en vigueur</b></p> <p>—</p>	<p><b>Texte du projet de loi</b></p> <p>—</p>	<p><b>Propositions de la Commission</b></p> <p>—</p>
<p>ressources entre régions.</p>	<p>évolutions à l'issue desquelles des établissements auparavant régis par l'article L. 6114-3 du code de la santé publique se trouvent placés, compte tenu de leur activité réelle, sous le régime de financement prévu au présent article. »</p>	
<p><b>Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001</b>  <i>Art. 40. - I. - .....</i></p>	<p>Article 11</p>	<p>Article 11</p>
<p>III. - Ce fonds finance également des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé.</p>	<p>I. - Le III de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est complété par les mots : « ainsi qu'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements les références et recommandations de gestion hospitalière qu'elle élabore à partir des résultats des audits. »</p>	<p>Sans modification</p>
<p><b>Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal</b>  <i>Art. 1<sup>er</sup>. - .....</i>            Ne sont pas considérés comme documents administratifs, au sens du présent titre, les actes des assemblées parlementaires, les avis du Conseil d'Etat et des juridictions administratives, les documents de la Cour des comptes mentionnés à l'article L. 140-9 du code des juridictions financières et les documents des chambres régionales des comptes mentionnés à l'article L. 241-6 du même code, les documents d'instruction des réclamations adressées au Médiateur de la République <i>et les documents préalables à l'élaboration du rapport d'accréditation des établissements de santé visé à l'article L. 710-5 du code de la santé publique.</i></p>	<p>II. - La fin du dernier alinéa de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, après les mots : « Médiateur de la République », est remplacée par les mots : « , les documents préalables à l'élaboration du rapport d'accréditation des établissements de santé prévu à l'article L. 6113-6 du code de la santé publique et les rapports d'audit des</p>	



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code de la santé publique</p> <p style="text-align: center;">SIXIEME PARTIE ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE I<sup>ER</sup> Etablissements de santé TITRE II Equipelement sanitaire CHAPITRE II Autorisations</p> <p><i>Art. L. 6122-19.</i> - Le Gouvernement peut expérimenter, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, <i>fondés sur une tarification à la pathologie.</i></p>	<p>établissements de santé mentionnés à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001. »</p> <p style="text-align: center;">Article 12</p> <p>Au premier paragraphe de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique : les mots « fondés sur une tarification à la pathologie » sont remplacés par les mots « fondés sur leurs activités et établis en fonction des informations qu'ils recueillent et transmettent en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du présent code et du 7° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p style="text-align: center;"><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les mandats globaux relatifs aux indemnisations des gardes effectuées par les internes ou faisant fonction d'interne en médecine dans les établissements publics de santé au titre des exercices 1998 à 2001, en tant que leur régularité est mise en cause sur le fondement de la prise en compte d'un taux d'indemnisation correspondant à celui des praticiens hospitaliers.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 45</b></p> <p style="text-align: center;">Article 12</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport d'étude sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de soins.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 46</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><b>Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000</b></p> <p><i>Art. 33.</i> — .....</p> <p>VIII. - A. - Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000, un fonds destiné à financer, dans le respect du schéma régional d'organisation sanitaire :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- des opérations concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers au niveau régional ;</li><li>- à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001, des actions en matière sociale et salariale, réalisées par les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique.</li></ul> <p>Les subventions au titre des</p>	<p>Article 13</p> <p>I. - Les obligations et créances du Fonds pour la modernisation des cliniques privées créé par l'article 33 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 sont transférées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au Fonds pour la modernisation des établissements de santé créé par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.</p> <p>II. - Le solde disponible au 31 décembre 2002 du Fonds pour la modernisation des cliniques privées est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé. Le montant du solde est constaté par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p> <p>III. - Le VIII de l'article 33 de la loi du 29 décembre 1999 susmentionnée est abrogé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003.</p>	<p>Article 13</p> <p>I. – Non modifié</p> <p>II. – Non modifié</p> <p><i>II bis. - Le nouveau Fonds né de la fusion du Fonds pour la modernisation des cliniques privées et du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est dénommé : « Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. »</i></p> <p>III. – Non modifié</p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

actions réalisées en matière sociale et salariale sont attribuées selon des modalités définies par décret en fonction des données utilisées pour fixer les règles générales et les critères de modulation des tarifs. Ces règles et critères sont tels que définis à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale : la place de l'établissement dans le schéma régional d'organisation sanitaire, l'ensemble des ressources dont ils disposent pour ces actions, en particulier le niveau des tarifs des prestations des établissements de la région apprécié en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

Ce fonds, dénommé "Fonds pour la modernisation des cliniques privées", est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

B. - Les établissements de santé concernés reçoivent des subventions versées par la Caisse des dépôts et consignations à la demande de l'agence régionale de l'hospitalisation et dans les conditions prévues au D ci-dessous.

C. - Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et pour 2000, à 100 millions de francs.

La répartition entre les différents régimes est effectuée au prorata des dépenses d'assurance maladie supportées par chacun d'entre eux pour les établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique au titre de l'exercice précédent.

D. - L'attribution des subventions est confiée, dans la limite des crédits alloués, aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'articles L. 710-17 du code de la santé publique.

E. - Les modalités d'utilisation de la subvention par l'établissement bénéficiaire font l'objet d'un avenant au

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>contrat d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.</p>		
<p>Les modalités d'application du présent VIII, notamment les opérations et les actions éligibles à un financement par le fonds, ainsi que les informations mises à la disposition de l'agence régionale de l'hospitalisation par l'établissement à l'appui de sa demande, sont déterminées par décret.</p>		
<p><b>Code de la santé publique</b></p>		
<p>SIXIEME PARTIE <b>ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE</b> LIVRE I<sup>ER</sup></p>		
<p><b>Etablissements de santé</b></p>		
<p>TITRE VI</p>		
<p><b>Etablissements de santé privés</b></p>		
<p>CHAPITRE I<sup>ER</sup></p>		
<p><b>Dispositions générales</b></p>		
<p><i>Art. L. 6161-9.</i> - .....</p>	<p>IV. - A l'article L. 6161-9 du code de la santé publique, les mots : « Fonds pour la modernisation des cliniques privées » sont remplacés par les mots : « Fonds pour la modernisation des établissements de santé ».</p>	<p>IV. - A ...  ... santé publics et privés ».</p>
<p>Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions pour leurs équipements, à l'exception des subventions du fonds pour la modernisation des cliniques privées.</p>	<p>V. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est fixé pour l'année 2003 à 450 millions d'euros.</p>	<p><b>Amendement n° 47</b>  V. – Non modifié</p>
<p><b>Loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique</b></p>	<p>Article 14</p>	<p>Article 14</p>
<p><i>Art. 14.</i> - Il est créé, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1995, un fonds pour l'emploi hospitalier, qui a pour objet de prendre en charge :</p>	<p>I. – A l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, il est créé un I comportant les dix alinéas de cet article.</p>	<p><i>L'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, est complété par un II ainsi rédigé :</i></p>
<p>1° Les deux tiers de l'indemnité exceptionnelle allouée aux agents qui bénéficient des dispositions de l'ordonnance n° 82-298 du 31 mars 1982 précitée ;</p>		
<p>2° Les deux tiers de la différence</p>		

**Dispositions en vigueur**

entre la rémunération versée aux agents autorisés à travailler à temps partiel dans une proportion de 80 p. 100 ou 90 p. 100 du temps plein et celle qui résulterait d'une réduction proportionnelle de leur traitement indiciaire.

Le fonds peut également prendre en charge le financement d'aides à la mobilité et d'actions de formation.

Les agents mentionnés ci-dessus sont les fonctionnaires régis par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée et les agents contractuels visés à l'article 10 de ladite loi.

Ce fonds, dont la gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, est alimenté par une contribution à la charge des établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée.

Cette contribution est assise sur le montant des rémunérations soumises à retenues pour pension. Son taux, qui ne peut excéder 1,8 p. 100, est fixé par décret.

Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et selon les mêmes règles que les contributions versées par les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.

**Texte du projet de loi**

II. - Le même article est complété par un II comportant quatre alinéas ainsi rédigés :

« II. - Le fonds pour l'emploi hospitalier contribue en outre, dans les conditions fixées par décret, au financement des droits à congés acquis au titre de la réduction du temps de travail non pris ou portés dans un compte épargne temps en raison de la réalisation progressive des recrutements. Ne peuvent être financés à ce titre que

**Propositions de la Commission**

***Alinéa supprimé***  
**Amendement n° 48**

« II. – Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code des marchés publics</p> <p>TITRE II</p> <p>Dispositions générales</p>	<p>les droits acquis en 2002, 2003 et 2004 par les médecins, pharmaciens et odontologistes mentionnés au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique et en 2002 et 2003 par les agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière et sous réserve que les rémunérations des uns et des autres sont prises en compte pour le calcul des ressources allouées par l'assurance maladie à l'établissement.</p> <p>« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant des crédits ouverts à ce titre dans les comptes du fonds.</p> <p>« Les opérations du fonds réalisées pour l'exercice de cette mission font l'objet d'un suivi distinct en comptabilité.</p> <p>« Les régimes obligatoires d'assurance maladie abondent le fonds pour l'exercice de cette mission à hauteur du montant des crédits ouverts chaque année à ce titre par l'arrêté ministériel prévu au sixième alinéa du présent article. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>« Les régimes obligatoires d'assurance maladie alimentent le fonds pour l'exercice de cette mission à la hauteur du montant des crédits ouverts chaque année à ce titre par l'arrêté interministériel mentionné au deuxième alinéa du présent II. La ...</i></p> <p>... sociale. »</p> <p><b>Amendement n° 49</b></p> <p><i>Le dernier alinéa du I de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique est ainsi rédigé:</i></p> <p><i>« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent I. »</i></p> <p><b>Amendement n° 50</b></p> <p><i>Article additionnel</i></p>

**Dispositions en vigueur**

—

**CHAPITRE III  
Coordination et groupement de  
commandes**

*Art. 8. — .....*

VI. - La convention constitutive du groupement peut également avoir prévu que le coordonnateur sera mandaté pour signer et exécuter le marché au nom de l'ensemble des membres du groupement. Dans ce cas, la commission d'appel d'offres est celle du coordonnateur.

**Code de la santé publique**

**SIXIEME PARTIE  
ETABLISSEMENTS ET SERVICES  
DE SANTE  
LIVRE I<sup>ER</sup>  
Etablissements de santé  
TITRE V  
Personnels médicaux et  
pharmaceutiques  
CHAPITRE IV  
Activité libérale des praticiens temps  
plein**

*Art. L. 6154-3. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.*

**Texte du projet de loi**

—

**Propositions de la  
Commission**

—

*Le VI de l'article 8 du code des marchés publics est ainsi rédigé :*

*La convention constitutive du groupement peut également avoir prévu que le coordonnateur sera mandaté pour signer le marché au nom de l'ensemble des membres du groupement, le notifier au cocontractant et le transmettre au contrôle de légalité. Dans ce cas, la commission d'appel d'offres est celle du coordonnateur. Les membres du groupement sont responsables des autres actes d'exécution du marché. Ils rendent compte au coordonnateur de ses conditions d'exécution.*

**Amendement n° 51**

*Article additionnel*

*L'article L. 6154-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :*

*« I.- Le premier alinéa est ainsi rédigé :*

*« Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance dans des conditions déterminées par décret.

*de l'hôpital ».*

*« II.- Après le premier alinéa, il est inséré un deuxième alinéa ainsi rédigé :*

*« Par dérogation aux dispositions du 2° de l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale, les informations pertinentes relatives à l'activité et aux recettes de praticiens exerçant une activité libérale sont transmises au président de la commission de l'activité libérale mentionnée à l'article L. 6154-5 de l'établissement public de santé dans lequel ils exercent cette activité. »*

**Amendement n° 52**

**Code de la sécurité sociale**

LIVRE I<sup>ER</sup>

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

TITRE VI

**Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical –**

**Tutelle aux prestations sociales**

CHAPITRE II

**Dispositions générales relatives aux soins**

Section 1.1

**Médecins**

Sous-section 2

**Règlement conventionnel**

Article 15

Article 15

I. - L'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – Non modifié



<b>Dispositions en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Propositions de la Commission</b>
<p><i>Art. L. 162-5-9. – I. - .....</i> III. - Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-13, après consultation, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et de l'organisation en charge des questions de déontologie de cette profession.</p> <p>IV. - Le règlement prévu au présent article peut comporter toute disposition entrant dans le champ des conventions nationales en application des dispositions du présent code.</p>	<p>A. - Le III est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« III. - Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-13, après consultation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi que, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et, en tant que de besoin, de l'organisation en charge des questions de déontologie de cette profession. »</p> <p>B. - Le IV est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Ce règlement fixe les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés en dehors des cas de dépassements autorisés. »</p>	<p>II. – Non modifié</p>
<p>Section 3.1 <b>Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3</b> Sous-section 2 <b>Dispositions relatives à la fixation et au suivi des objectifs de dépenses</b> <i>Art. L. 162-15-2. - I. - En</i> l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession :</p> <p>1° L'objectif des dépenses de la profession, incluant les dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires, un objectif étant fixé pour les médecins généralistes, d'une part, et pour les médecins spécialistes, d'autre part ; cet objectif s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile</p>	<p>II.- Dans la section 3-1 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du même code, la sous-section 2 comprenant les articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3 est abrogée.</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

concernée et porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail ;

2° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux, en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention, pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

3° Le cas échéant, les mesures de toute nature propres à garantir le respect de l'objectif fixé et notamment :

a) Toute action visant à réduire le volume des actes non justifiés au plan médical et notamment les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ;

b) Les modifications, dans la limite de 20 % de la cotation des actes inscrits à la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie auxquelles les parties à la convention peuvent procéder.

II. - En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins deux fois dans l'année, une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année.

Lorsqu'elles constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application du I, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée et après

**Dispositions en vigueur**

consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession, les mesures de toute nature propres à garantir son respect et notamment celles prévues au 3° du I ainsi que, le cas échéant, les ajustements des tarifs prévus au 2°.

En cas de carence des caisses nationales ou lorsqu'il apparaît que les mesures proposées au titre des deux alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses, un arrêté interministériel fixe les tarifs et mesures mentionnés aux 2° et 3° (b) du I.

*Art. L. 162-15-3. - I. -* Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget dans un délai de cinquante jours à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, accompagné le cas échéant, des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie.

Ce rapport comporte les éléments permettant d'apprécier la compatibilité des annexes ou des mesures déterminées par les caisses nationales avec l'objectif de dépenses déléguées mentionné au II de l'article L. 227-1.

Le rapport indique également les moyens mis en oeuvre par l'assurance maladie pour maîtriser l'évolution des dépenses de prescription des médecins, sages-femmes et dentistes. Il détaille à

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

**Dispositions en vigueur**

ce titre les actions, notamment de contrôle, prévues par le service médical, les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que celles menées au titre des accords médicalisés visés à l'article L. 162-12-17. Le rapport précise l'effet projeté de chaque action sur les dépenses de prescription, par catégorie.

Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

II. - Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget au plus tard le 15 juillet, accompagné, le cas échéant, des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie.

Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

III. - Les mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie au titre de l'article L. 162-15-2 font l'objet d'une approbation unique des ministres

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

Ces mesures sont réputées approuvées si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dans le délai de quinze jours à compter de leur réception, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou en raison des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.

En cas d'opposition, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose d'un délai de dix jours pour revoir le contenu des mesures et les présenter à nouveau, dans les conditions fixées au premier alinéa du I et au II ci-dessus, aux ministres compétents.

IV. - *Abrogé*

V. - En l'absence de convention, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés, en vigueur au 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur des mesures fixées par les caisses nationales dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-2.

Section 1.1

**Médecins**

Sous-section 3

**Dispositions diverses**

*Art. L. 162-5-13.* - I. - Les tarifs des médecins mentionnés à l'article L. 162-15-2 ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient.

**Texte du projet de loi**

III. - A l'article L. 162-5-13 du même code, les mots : « à l'article L. 162-15-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-14-2 et L. 162-5-9 ».

**Propositions de la Commission**

III. – Non modifié

**Dispositions en vigueur**

II. - .....

Section 10

**Réseaux**

*Art. L. 162-45. - .....*

1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;

.....

Section 3.1

**Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3**

Sous-section 1

**Conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants**

*Art. L. 162-15. - Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13, leurs annexes et avenants sont transmis, au nom des parties signataires, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes est consulté par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à la caisse et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.*

.....

**Texte du projet de loi**

—

IV. - A l'article L. 162-15 du même code, les mots : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, » sont supprimés.

**Propositions de la Commission**

—

*III bis. A l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale, les mots « L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 » sont remplacés par les mots : « et L. 162-14 ».*

**Amendement n° 53**

IV. – Non modifié

<b>Dispositions en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Propositions de la Commission</b>
<p style="text-align: center;">LIVRE III</p> <p><b>Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général</b></p> <p style="text-align: center;">TITRE II</p> <p><b>Assurance maladie</b></p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE II</p> <p><b>Prestations en nature</b></p> <p style="text-align: center;">Section 2</p> <p><b>Frais de déplacement de l'assuré – Frais de transport</b></p> <p><i>Art. L. 322-5-1. - .....</i></p> <p>La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-2 ou L. 162-15-2.</p>	<p>V. - A l'article L. 322-5-1 du même code, la référence à l'article L. 162-15-2 est remplacée par la référence à l'article L. 162-5-9.</p>	<p>V. – Non modifié</p>
<p style="text-align: center;">LIVRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</b></p> <p style="text-align: center;">TITRE VI</p> <p><b>Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</b></p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE II</p> <p><b>Dispositions générales relatives aux soins</b></p> <p style="text-align: center;">Section 2.1</p> <p><b>Références professionnelles</b></p> <p><i>Art. L. 162-16-16. - .....</i></p> <p>A défaut de mise en place du comité médical paritaire local ou à défaut d'un avis rendu dans le délai prévu ou en cas de partage égal des voix, le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3 est saisi.</p> <p>Sur la base des faits litigieux retenus par le comité médical paritaire local <i>ou, à défaut, par le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3</i>, le service du contrôle médical propose à la caisse la sanction financière prévue par les conventions ou le règlement</p>	<p>VI. - L'article L. 162-12-16 du même code est ainsi modifié :</p> <p>A. - Le troisième alinéa est abrogé.</p> <p>B. - Au quatrième alinéa, les mots : « ou, à défaut, par le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3 » sont supprimés.</p>	<p>VI. – Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>mentionnés au premier alinéa.</p> <p>.....</p> <p>LIVRE III</p> <p><b>Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général</b></p> <p>TITRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Assurance maladie</b></p> <p>CHAPITRE V</p> <p><b>Contrôle médical</b></p> <p><i>Art. L. 315-3.</i> - En cas de non-respect des règles d'établissement des feuilles de soins et des ordonnances destinées aux assurés reconnus atteints d'affections relevant des dispositions de l'article L. 324-1, en cas de non-respect des règles de prescription de médicaments définies à l'article L. 162-4, de non-respect des conditions de prise en charge des frais de transport visés au 2° de l'article L. 321-1 ou de non-respect des conditions prévues pour l'attribution des indemnités visées au 5° du même article, le service du contrôle médical saisit un comité médical régional composé de deux représentants désignés en son sein par la section correspondante de l'union des médecins exerçant à titre libéral, de deux médecins conseils désignés par le service régional du contrôle médical et du médecin inspecteur régional, ou de son représentant, qui en assure la présidence. Ce comité se prononce sur la matérialité des faits et les sanctions financières susceptibles d'être prises à l'encontre de l'auteur des actes ou des prescriptions irrégulières, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>L'avis rendu par le comité médical s'impose à la caisse et au professionnel concerné. Le montant des sanctions peut aller jusqu'au remboursement à la caisse de la dépense supportée par elle, au titre des actes et des prescriptions irréguliers.</p> <p>La mise en oeuvre de ces sanctions ne fait pas obstacle à l'application des mesures pouvant être</p>	<p>VII. - L'article L. 315-3 du même code est abrogé.</p>	<p>VII. – Non modifié</p>



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>prises à l'égard du bénéficiaire de la prestation concernée, conformément au deuxième alinéa de l'article L. 315-2.</p>		
<p>Par dérogation aux dispositions de l'article L. 145-1, les litiges nés de l'application de ces dispositions sont portés devant les juridictions du contentieux général de la sécurité sociale.</p>		
<p>LIVRE VI</p>		
<p><b>Régime des travailleurs non salariés</b></p>		
<p>TITRE I<sup>ER</sup></p>		
<p><b>Assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles</b></p>		
<p>CHAPITRE V</p>		
<p><b>Champ d'application du régime - Prestations</b></p>		
<p>Section 2</p>		
<p><b>Dispositions relatives aux soins –</b></p>		
<p><b>Contrôle médical</b></p>		
<p>Sous-section 3</p>		
<p><b>Contrôle médical</b></p>		
<p><i>Art. L. 615-13. – .....</i></p>	<p>VIII. - Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les mots : « , L. 315-2-1 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « et L. 315-2-1 ».</p>	<p>VIII. – Non modifié</p>
<p>Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 sont applicables au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p>		
<p><b>Code rural</b></p>		
<p>LIVRE VII</p>		
<p><b>Dispositions sociales</b></p>		
<p>TITRE III</p>		
<p><b>Protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles</b></p>		
<p>CHAPITRE II</p>		
<p><b>Prestations</b></p>		
<p>Section 2</p>		
<p><b>Assurance maladie, invalidité et maternité</b></p>		
<p><i>Art. L. 732-5. -</i> Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime d'assurance</p>	<p>IX. - Au premier alinéa de l'article L. 732-5 du code rural, les mots : « et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « et L. 315-2-1 ».</p>	<p>IX. – Non modifié</p>

<b>Dispositions en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Propositions de la Commission</b> —
<p>maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles.</p> <p>.....</p> <p><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p>LIVRE II</p> <p><b>Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses</b></p> <p>TITRE II</p> <p><b>Organismes nationaux</b></p> <p>CHAPITRE VIII</p> <p><b>Conseils de surveillance</b></p> <p><i>Art. L. 228-1.</i> - .....</p> <p>Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an pour examiner les conditions de mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion visées aux articles L. 227-1 et suivants. Il examine un rapport à cet effet présenté par les caisses nationales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son président remet un avis au Parlement sur la mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion. Il fixe l'ordre du jour du conseil de surveillance.</p> <p>.....</p>	<p>Article 16</p> <p>A l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, le quatrième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Le conseil de surveillance de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés veille à la cohérence des conventions passées entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé avec l'objectif national prévu au 4° de l'article LO. 111-3. »</p>	<p>Article 16</p> <p><i>Après le quatrième alinéa de l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, insérer l'alinéa suivant :</i></p> <p>« Le ...</p> <p>... LO. 111-3. <i>Lorsque le conseil de surveillance, saisi à cet effet par le conseil d'administration de la caisse, estime qu'une ou plusieurs dispositions d'une convention ne sont pas cohérentes avec le respect de l'objectif national prévu au 4° du I de l'article LO. 111-3, il en informe le conseil d'administration en adoptant un avis motivé à la majorité de ses membres, le président ayant une voix prépondérante. Le conseil d'administration transmet l'avis au Parlement et au Gouvernement. En outre, le conseil de surveillance rend chaque année, avant le 30 juin, un rapport sur la politique conventionnelle de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce rapport, adopté à la majorité de ses membres, le président ayant une voix prépondérante, est transmis au Parlement au Gouvernement. »</i></p> <p><b>Amendement n° 54</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">LIVRE I<sup>ER</sup> <b>Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</b> TITRE VI <b>Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</b> CHAPITRE II <b>Dispositions générales relatives aux soins</b> Section 4 <b>Pharmaciens – Entreprises pharmaceutiques</b> <i>Art. L. 162-16. – .....</i> Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, <i>en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique</i> ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1 du présent code ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget. .....</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 17</p> <p style="text-align: center;">Au deuxième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, les mots : « en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-3 du code de la santé publique, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique » sont remplacés par les mots : « l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère conforme à la prescription, qu'elle appartienne à un groupe générique ou non, ».</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 17</p> <p style="text-align: center;"><b>Supprimé</b> <b>Amendement n° 55</b></p>
	<p style="text-align: center;">Article 18</p> <p>I. - Dans le code de la sécurité sociale, les mots : « service du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « service médical de l'assurance maladie ».</p>	<p style="text-align: center;">Article 18</p> <p>I. - A. Dans le code de la sécurité sociale, au premier alinéa de l'article L. 162-1-2 et de l'article L. 162-4-1, au quatrième alinéa de l'article L. 162-12-16, au cinquième alinéa de l'article L. 162-12-18, au dernier alinéa de l'article L. 224-7, au II, III, IV et V de l'article L. 315-1, au premier, deuxième et dernier alinéa de l'article L. 315-2, par trois fois au premier alinéa de l'article L. 315-2-1, à l'article L. 544-3 et à l'article L. 766-1-4, les mots « service du contrôle médical » sont remplacés par les mots « service médical de l'assurance maladie ».</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">TITRE VIII <b>Dispositions diverses – Dispositions d’application</b> CHAPITRE III <b>Unions régionales des caisses d’assurance maladie</b> Section 4 <b>Pharmaciens – Entreprises pharmaceutiques</b> <i>Art. L. 183-1. – .....</i> Elle dispose du concours <i>des services de l’échelon régional du contrôle médical</i> du régime général. Elle coordonne l’activité <i>des services du contrôle médical</i>, au plan régional et local, de l’ensemble des régimes. .....</p> <p style="text-align: center;">LIVRE III <b>Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général</b> TITRE I<sup>ER</sup> <b>Assurance maladie</b> CHAPITRE V <b>Contrôle médical</b></p>	<p>II. - Au cinquième alinéa de l’article L. 183-1 du même code, les mots : « des services de l’échelon régional du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « de l’échelon régional du service médical de l’assurance maladie ». Au même alinéa, les mots : « des services du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « des services médicaux de l’assurance maladie ».</p> <p>III. - L’intitulé du chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre III du même code est remplacé par l’intitulé suivant : « Bon usage des prestations et relations avec les professionnels de santé ».</p>	<p><i>B. Dans le code rural, au quatrième alinéa de l’article L. 752-6 et au troisième alinéa de l’article L. 752-24, les mots « service du contrôle médical » sont remplacés par les mots « service médical de l’assurance maladie ».</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 56 rectifié</b></p> <p>II. - Au ... ... L. 183-1 du <i>code de la sécurité sociale</i>, les ...</p> <p style="text-align: right;">... maladie ».</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 57</b></p> <p>III. – Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">LIVRE VI  <b>Régime des travailleurs non salariés</b>  TITRE I<sup>ER</sup>  <b>Assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles</b>  CHAPITRE V  <b>Champ d'application du régime – Prestations</b>  Section 2  <b>Dispositions relatives aux soins – Contrôle médical</b>  Sous-section 3  <b>Contrôle médical</b></p> <p><i>Art. L. 615-13.</i> - Les caisses mutuelles régionales mentionnées à l'article L. 611-1 assurent le contrôle médical dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. A cet effet, elles peuvent, le cas échéant, passer convention avec un autre organisme de sécurité sociale.</p>	<p style="text-align: center;">LIVRE III  <b>Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général</b>  TITRE I<sup>ER</sup>  <b>Assurance maladie</b>  CHAPITRE V  <b>Contrôle médical</b></p> <p><i>Art. L. 315-1.</i> - .....</p> <p>I. - Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité.</p> <p>II. - .....</p> <p>IV. - Le premier alinéa de l'article L. 315-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :  « Le service médical de l'assurance maladie a pour mission d'examiner tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité et d'analyser l'activité des prestataires de soins, en vue de promouvoir les bonnes pratiques et de lutter contre les prescriptions abusives. »</p>	<p style="text-align: center;">III bis. - A. L'intitulé de la sous-section 3 de la section II du chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre sixième du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :  « Bon usage des prestations et relations avec les professionnels de santé »</p> <p>B. Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 615-13 du code de la sécurité sociale, les mots « assurent le contrôle médical » sont remplacés par les mots « analysent l'activité des prestataires de soins ».</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 58</b></p> <p>IV. - Le premier <i>paragraphe (I)</i> de l'article ...  ... suivantes :  « I. - Le ...  ... abusives. »</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 59</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code rural</p> <p style="text-align: center;">LIVRE VII Dispositions sociales TITRE V Accidents du travail, maladies professionnelles et accidents de la vie privée CHAPITRE II Assurance contre les accidents de la vie privée, les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés des professions agricoles Section 1 Assurance obligatoire Sous-section 2 Faute de l'assuré ou d'un tiers <i>Art. L. 752-12.</i> - Les organismes de mutualité sociale agricole sont chargés : ..... - d'assurer le contrôle médical selon les modalités prévues aux articles L. 315-1 à L. 315-3 du code de la sécurité sociale ; ..... Code de la sécurité sociale</p> <p style="text-align: center;">LIVRE III Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général TITRE I<sup>ER</sup> Assurance maladie CHAPITRE V Contrôle médical</p>	<p>V. - Après l'article L. 315-1 du même code, il est inséré un article L. 315-1-1 ainsi rédigé : « <i>Art. L. 315-1-1.</i> - Le service médical de l'assurance maladie assure également les missions suivantes :</p> <p>« 1° En relation notamment, en ce qui concerne les médecins, avec les unions mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique, la réalisation d'actions de bon usage des soins destinées à promouvoir des avis et</p>	<p><i>IV bis.</i> - <i>Le quatrième alinéa de l'article L. 752-12 du code rural est ainsi rédigé :</i></p> <p>« - <i>d'analyser l'activité des prestataires de soins conformément aux articles L. 315-1 à L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale ;</i> »</p> <p><b>Amendement n° 60</b></p> <p>V. – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 315-1-1.</i> - Le ... ... maladie <i>exerce</i> également ... .. suivantes :</p> <p><b>Amendement n° 61</b> 1° Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>LIVRE VI  <b>Régime des travailleurs non salariés</b>  TITRE I<sup>ER</sup>  <b>Assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles</b>  CHAPITRE V  <b>Champ d'application du régime - Prestations</b>  Section 2  <b>Dispositions relatives aux soins – Contrôle médical</b>  Sous-section 3  <b>Contrôle médical</b>  <i>Art. L. 615-13. – .....</i>  Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 sont applicables au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p>	<p>recommandations scientifiques émanant des instances compétentes, notamment de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, tant auprès des professionnels de santé que des assurés sociaux ;</p> <p>« 2° La participation aux actions des caisses d'assurance maladie destinées à porter à la connaissance des professionnels de santé les évolutions de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale ;</p> <p>« 3° A partir notamment des analyses prévues au III et IV de l'article L. 315-1, la mise à disposition des professionnels de tous documents de nature à leur permettre d'analyser leur activité individuelle et d'améliorer leur exercice.</p> <p>« Les conditions de mise en œuvre du présent article sont fixées par décret. »</p>	<p>2° Non modifié</p> <p>« 3° A ...</p> <p>... professionnels de santé de tous ...</p> <p>... exercice.</p> <p><b>Amendement n° 62</b>  Alinéa sans modification</p>
	<p>VI. - Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, après la référence à l'article L. 315-1 est insérée la référence à l'article L. 315-1-1.</p>	<p>VI. – Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code rural</p> <p style="text-align: center;">LIVRE VII Dispositions sociales TITRE III <b>Protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles</b> CHAPITRE II <b>Prestations</b> Section 2 <b>Assurance maladie, invalidité et maternité</b></p> <p><i>Art. L. 732-5.</i> - Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles.</p> <p>.....</p>	<p>VII. - Au premier alinéa de l'article L. 732-5 du code rural, après la référence à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est insérée la référence à l'article L. 315-1-1 du même code.</p>	<p>VII. – Non modifié</p>
<p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p style="text-align: center;">LIVRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</b> TITRE VI <b>Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</b> CHAPITRE II <b>Dispositions générales relatives aux soins</b> Section 1.1 <b>Médecins</b></p> <p><i>Art. L. 162-5.</i> - Les rapports entre les organismes d'assurance</p>	<p style="text-align: center;">Article 19</p> <p>L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 15°</p>	<p style="text-align: center;">Article 19</p> <p>Alinéa sans modification</p>



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre Caisse nationale d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre Caisse nationale d'assurance maladie et et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.</p> <p>La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.</p> <p>La ou les conventions déterminent notamment :</p> <p>.....</p>	<p>ainsi rédigé :</p> <p>« 15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et bons usages des soins fixés par la convention. »</p>	<p>« 15° Les ...</p> <p>... pratiques et <i>de bon usage</i> des ... convention. »</p> <p><b>Amendement n° 63</b></p> <p><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Au III de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, les mots : « , pour la durée fixée par l'agrément », sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2003 ».</i></p> <p><b>Amendement n° 64</b></p>
<p><b>Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002</b></p> <p><i>Art. 36. - .....</i></p> <p>III. – Les agréments pris sous l'empire de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets, <i>pour la durée fixée par l'agrément</i>, en tant</p>		

**Dispositions en vigueur**

qu'ils concernent les dérogations prévues au II de cet article.

**Code de la sécurité sociale**

LIVRE I<sup>ER</sup>

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

TITRE VI

**Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical –**

**Tutelle aux prestations sociales**

CHAPITRE II

**Dispositions générales relatives aux soins**

Section 4

**Pharmaciens – Entreprises pharmaceutiques**

*Art. L. 162-17-4.-* En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa de l'article L. 162-17. *Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise*, et notamment :

.....  
**Code de la sécurité sociale**

LIVRE I<sup>ER</sup>

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

TITRE III

**Dispositions communes relatives au financement**

CHAPITRE VIII

**Contributions à la charge des établissements de vente en gros des spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique**

*Art. L. 138-10. –* .....  
Ne sont pas redevables de cette

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Article additionnel*

*I.- Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise », sont remplacés par les mots : « Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise ».*

*II.- La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots suivants :*

*« et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies*

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>contribution les entreprises qui ont conclu, postérieurement au 1er janvier 1999, une convention avec le Comité économique des produits de santé en application des articles L. 162-16-1 et suivants, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p>	Article 20	<p>par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 ».</p>
<p style="text-align: center;">TITRE VI <b>Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</b> CHAPITRE II <b>Dispositions générales relatives aux soins</b> Section 4 <b>Pharmaciens – Entreprises pharmaceutiques</b></p>	<p>Avant l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-8 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 162-17-8.</i> - Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 162-16-4, l'entreprise qui exploite un médicament peut, lorsque ce médicament présente, par son caractère innovant ou l'importance du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, demander à bénéficier d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.</p> <p>« Un décret en Conseil d'Etat précise notamment les conditions</p>	<p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 65</b></p> <p style="text-align: center;">Article 20</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Art. L. 162-17-7. – <i>L'entreprise qui exploite un médicament peut, lorsque ce médicament présente, par son amélioration du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, demander à bénéficier d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L.162-17.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 66</b></p> <p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">CHAPITRE V</p> <p><b>Dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que des médicaments et prestations associées</b></p> <p><i>Art. L. 162-17-4. -.....</i></p> <p>Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence du médicament dans les conditions prévues à l'article L. 551-6 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé peut demander à l'entreprise concernée, dans le délai d'un mois à compter de la date de publication de la décision d'interdiction au Journal officiel, la modification des prix des médicaments fixés par convention faisant l'objet de l'interdiction de publicité ou le versement, en application de l'article L. 162-18, de remises sur le</p>	<p>requis pour bénéficier de cette procédure, ses modalités de mise en œuvre et la nature des engagements que doit prendre l'entreprise. »</p> <p style="text-align: center;">Article 21</p> <p>I. - Les huitième et neuvième alinéas de l'article L. 162-17-4 sont remplacés par les dispositions suivantes :</p> <p>« Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après avis du comité économique des produits de santé et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de la dite entreprise.</p> <p>« Cette pénalité ne peut être</p>	<p style="text-align: center;"><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Après l'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale, il est créé un nouvel article L. 165-8 ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Art. L. 165-8.- En cas de non-respect du délai prévu au premier alinéa de l'article R. 165-8 concernant les décisions relatives d'un part à l'inscription ou à la modification de l'inscription d'un produit ou d'une prestation sur la liste prévue à l'article L. 165-1, et, d'autre part, à la fixation de son tarif et le cas échéant de son prix, la demande de l'entreprise exploitant le dispositif médical est réputée acceptée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ou les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ».</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 67</b></p> <p style="text-align: center;">Article 21</p> <p>I. - Les ...</p> <p style="text-align: center;">... L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale sont ...</p> <p>... suivantes :</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 68</b></p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>chiffre d'affaires de ces médicaments. Si l'avenant correspondant n'a pas été signé dans un délai de deux mois à compter de la même date, le comité peut résilier la convention ; ces prix sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. Cette modification des prix ne peut entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.</p> <p>Lorsque la mesure d'interdiction de publicité mentionnée à l'alinéa précédent porte sur un médicament dont le prix est fixé par arrêté, le Comité économique des produits de santé peut, dans le délai d'un mois à compter de la date de publication de la décision d'interdiction au Journal officiel, proposer à l'entreprise concernée de conclure une convention modifiant les prix des médicaments faisant l'objet de l'interdiction de publicité ou prévoyant, en application de l'article L. 162-18, le versement de remises sur le chiffre d'affaires de ces médicaments. A défaut de conclusion d'une telle convention dans un délai de deux mois à compter de la même date, ces prix sont modifiés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. Cette modification des prix ne peut entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.</p>	<p>supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet de la publicité interdite durant les six mois précédant et les six mois suivant la date d'interdiction.</p> <p>« Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par la mesure d'interdiction et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.</p> <p>« La pénalité est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code.</p> <p>« Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. »</p> <p>II. - Après l'article L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-9 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-17-9. - S'il s'avère, postérieurement à l'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, que l'entreprise qui exploite le médicament n'a pas fourni, en signalant la portée, des informations connues d'elle avant ou après l'inscription et que ces informations conduisent à modifier les appréciations portées par la commission mentionnée à</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>II. - Après l'article L. 162-17-7 du ... ... article L. 162-17-8 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-17-8. - S'il ...</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p> <p>LIVRE III</p> <p><b>Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services</b></p> <p>TITRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Etablissements et services soumis à autorisation</b></p> <p>CHAPITRE IV</p> <p><b>Dispositions financières</b></p> <p>Section 2</p> <p><b>Règles budgétaires et de financement</b></p> <p><i>Art. L. 314-8.</i> - Les modalités de fixation de la tarification des établissements et services mentionnés</p>	<p>l'article L. 5123-3 du code de la santé publique notamment pour ce qui concerne le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce médicament, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après avis du comité économique des produits de santé et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de la dite entreprise.</p> <p>« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires total hors taxes réalisé en France par l'entreprise au cours du dernier exercice clos.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article, notamment la nature des informations concernées, les règles et délais de procédure, ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>« La pénalité est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code.</p> <p>« Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. »</p> <p>Article 22</p> <p>I.- Après le cinquième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un</p>	<p>... entreprise.</p> <p><b>Amendement n° 69</b></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Les ...</p> <p>... procédure, les modes ...</p> <p>... Conseil d'Etat.</p> <p><b>Amendement n° 70</b></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Article 22</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>au I de l'article L. 312-1 sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat qui prévoit notamment :</p>	<p>alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>..... Les dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans préjudice d'une participation des collectivités locales.</p>	<p>« Les dépenses médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 relatives aux activités énumérées à l'article L. 3311-2 du code de la santé publique et aux activités visées au titre Ier du livre IV de la troisième partie du même code sont prises en charge par l'assurance maladie sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités locales, et sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. »</p>	
<p><b>Code de la santé publique</b></p>		
<p>LIVRE IV</p>		
<p><b>Lutte contre la toxicomanie</b></p>		
<p>TITRE I<sup>ER</sup></p>		
<p><b>Organisation de la prise en charge</b></p>		
<p><b>sanitaire des toxicomanes</b></p>		
<p>CHAPITRE I<sup>ER</sup></p>		
<p><b>Dispositions générales</b></p>		
<p><i>Art. L. 3411-2 .-</i> Les dépenses de prévention résultant du présent livre, les dépenses de soins entraînées par l'application des articles L. 3414-1 et L. 3423-1 à L. 3424-2, ainsi que les dépenses d'aménagement des établissements de cure sont prises en charge par l'Etat.</p>	<p>II. - Le premier alinéa de l'article L. 3411-2 du code de la santé publique est complété par les mots suivants : « à l'exclusion des dépenses médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>.....</p> <p>LIVRE III <b>Lutte contre l'alcoolisme</b> TITRE I<sup>ER</sup> <b>Prévention de l'alcoolisme</b> CHAPITRE UNIQUE</p> <p><i>Art. L. 3311-2.</i> - Les centres de cure ambulatoire mentionnés au 9° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi qu'en faveur de leur famille.</p>	<p>sociale et des familles ».</p> <p>III. - A l'article L. 3311-2 du code de la santé publique, les mots : « Les centres de cure ambulatoire mentionnés au 9° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales » sont remplacés par les mots : « Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ».</p>	
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p>LIVRE I<sup>ER</sup> <b>Généralités</b> TITRE VII <b>Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes</b> CHAPITRE IV <b>Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements</b> Section 3 <b>Dépenses afférentes aux soins dispensés dans certains établissements sociaux</b></p>	<p>IV. - A la section 3 du chapitre IV du titre VII du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, il est ajouté un article L. 174-9-1 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 174-9-1.</i> - Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle.</p> <p>« La répartition des sommes versées à ces centres au titre de l'alinéa précédent entre les régime d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition des charges des dotations globales hospitalières pour l'année considérée, telle qu'elle résulte</p>	



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">TITRE III <b>Dispositions communes relatives au financement</b></p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE II <b>Prise en charge par l'Etat des dépenses exposées au titre de l'interruption volontaire de grossesse</b></p> <p><i>Art. L. 132-1.</i> - Dans les limites fixées chaque année par les lois de</p>	<p>de l'application de l'article L. 174-2. »</p> <p>V. - Les organismes qui assurent les missions relevant de l'application du titre Ier du livre IV de la troisième partie du code de la santé publique ayant passé convention avec le préfet du département où ils sont implantés à la date de publication de la présente loi disposent, à compter de cette même date, d'un délai d'un an pour solliciter l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles et selon la procédure fixée par l'article L. 313-2 dudit code. La convention devient caduque si cette autorisation n'a pas été sollicitée à l'expiration de ce délai.</p> <p>VI. - Dans l'attente de l'arrêté fixant la dotation globale pour l'année 2003, les caisses d'assurance maladie versent à chaque organismes cités au V ci-dessus antérieurement financé par l'Etat, des acomptes mensuels sur la dotation globale de financement, égaux au douzième de la participation de l'Etat allouée à chaque centre au titre de ses activités médico-sociales en 2002, déduction faite, le cas échéant, des financements des collectivités locales. Tout refus d'autorisation d'un centre met fin à son financement par l'assurance maladie.</p> <p style="text-align: center;">Article 23</p> <p>Le chapitre II du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :</p> <p>I. - L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé suivant : « Prise en charge par l'assurance maladie des dépenses afférentes aux interruptions volontaires de grossesse mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique ».</p> <p>II. - Le premier alinéa de l'article L. 132-1 est abrogé.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 23</p> <p>Sans modification</p>

<b>Dispositions en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Propositions de la Commission</b> —
<p>finances, l'Etat rembourse aux organismes gérant un régime légal de sécurité sociale les dépenses qu'ils supportent au titre de la part garantie des frais exposés par les assurés sociaux à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse effectuées dans les conditions prévues à la section I du chapitre III <i>bis</i> du titre I<sup>er</sup> du livre II du code de la santé publique.</p> <p>L'intégralité des dépenses exposées à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique est prise en charge par l'Etat.</p> <p>.....</p>	<p>III. - A l'article L. 132-1, les mots : « l'Etat » sont remplacés par les mots : « les organismes d'assurance maladie ».</p>	
<p><b>Code de la santé publique</b></p> <p>LIVRE III</p> <p><b>Aide médicale urgente, transports sanitaires et autres services de santé</b></p> <p>TITRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Aide médicale urgente et transports sanitaires</b></p> <p>CHAPITRE II</p> <p><b>Transports sanitaires</b></p> <p><i>Art. L. 6312-5.</i> - Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat :</p> <p>.....</p>	<p>Article 24</p> <p>I. - L'article L. 6312-5 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>Article 24</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p>
<p>.....</p> <p><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p>LIVRE III</p> <p><b>Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général</b></p> <p>TITRE II</p> <p><b>Assurance maladie</b></p> <p>CHAPITRE II</p> <p><b>Prestations en nature</b></p> <p>Section 2</p>	<p>« - les conditions dans lesquelles le représentant de l'Etat dans le département organise, après avis du comité mentionné à l'article L. 6313-1, la garde départementale assurant la permanence des soins ».</p>	<p>« - les ...</p> <p>... à l'article L. 6313-1, <i>le service de garde départemental garantissant la permanence des soins</i> ».</p> <p><b>Amendement n° 71</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p><b>Frais de déplacement de l'assuré - Frais de transport</b></p> <p><i>Art. L. 322-5-2.-</i> Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et au moins deux caisses nationales d'assurance maladie dont la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> <p>Cette convention détermine notamment :</p> <p>.....</p>	<p>II. - L'article L.322-5-2 du code de la sécurité sociale est complété par un 6° ainsi rédigé :</p> <p>« 6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à des dispositifs de permanence des soins dans les conditions prévues à l'article L. 6312-5 du code de la santé publique. ».</p>	II. – Non modifié
<p style="text-align: center;">LIVRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</b></p> <p style="text-align: center;">TITRE VI</p> <p><b>Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales</b></p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Dispositions relatives aux prestations</b></p> <p style="text-align: center;">Section 4</p> <p><b>Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé</b></p>	<p>III. - La première phrase de l'article L. 161-34 du code de la sécurité sociale est remplacée par les dispositions suivantes :</p> <p>« Pour les professions concernées par les dispositions des chapitres II et V du présent titre et par les dispositions des articles L. 322-5 à L. 322-5-5, les conventions nationales, accords nationaux et contrats ou les dispositions applicables en l'absence de convention, de contrat ou d'accord, précisent, pour chaque profession ou établissement concerné et en complément des dispositions de l'article</p>	III. – Non modifié

<p align="center"><b>Dispositions en vigueur</b></p> <p align="center">—</p>	<p align="center"><b>Texte du projet de loi</b></p> <p align="center">—</p>	<p align="center"><b>Propositions de la Commission</b></p> <p align="center">—</p>
<p>au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non-respect de ces modalités. A défaut, ces modalités et ces sanctions sont arrêtées par le ministre chargé de la sécurité sociale.</p>	<p>L. 161-33, les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non-respect de ces modalités. »</p>	
<p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p>		
<p align="center">LIVRE III  <b>Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services</b>  TITRE I<sup>ER</sup>  <b>Etablissements et services soumis à autorisation</b>  CHAPITRE III  <b>Droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux</b>  Section 3</p>	<p align="center">Article 25</p>	<p align="center">Article 25</p>
<p><b>Contrats ou conventions pluriannuels</b>  <i>Art. L. 313-12.</i> - I. - Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnées au 6<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1 du présent code et les établissements de santé dispensant des soins de longue durée visés au 2<sup>o</sup> de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que s'ils ont passé avant le 31 décembre 2003 une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat, qui respecte le cahier des charges établi par arrêté ministériel, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux.</p>	<p>I. - Au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles les mots : « 31 décembre 2003 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2006 ».</p>	<p>I. - Au ...</p> <p align="center">... par les mots :  « 31 décembre 2005, ou avant le 31 décembre 2006 pour les établissements mentionnés à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation ».</p>
<p><b>Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée</b></p>		<p align="center"><b>Amendement n° 72</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;"><b>d'autonomie</b></p> <p><i>Art. 5.</i> - A titre transitoire, les établissements mentionnés à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles perçoivent jusqu'à la date de prise d'effet de la convention pluriannuelle prévue audit article et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2003 :</p> <p>.....</p>	<p>II. - Au premier alinéa de l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, les mots : « au plus tard jusqu'au 31 décembre 2003 » sont remplacés par les mots : « au plus tard à la date mentionnée au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ».</p>	<p>II. - Au ...</p> <p style="text-align: right;">... tard <i>jusqu'</i>à la date</p>
<p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p>		
<p style="text-align: center;">LIVRE III <b>Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services</b> TITRE I<sup>ER</sup> <b>Etablissements et services soumis à autorisation</b> CHAPITRE IV <b>Dispositions financières</b> Section 2 <b>Règles budgétaires et de financement</b></p>	<p style="text-align: center;">Article 26</p>	<p style="text-align: center;">Article 26</p>
<p><i>Art. L. 314-8.</i> - Les modalités de fixation de la tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat qui prévoit notamment :</p> <p>.....</p>	<p>Le dernier alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.</p>	<p style="text-align: center;"><b><i>Supprimé</i></b> <b>Amendement n° 74</b></p>
<p>Dans les établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p style="text-align: center;">LIVRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</b></p> <p style="text-align: center;">TITRE VI</p> <p><b>Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</b></p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE II</p> <p><b>Dispositions générales relatives aux soins</b></p> <p style="text-align: center;">Section 4</p> <p><b>Pharmaciens – Entreprises pharmaceutiques</b></p> <p><i>Art. L. 162-16-1. - .....</i></p> <p>2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ;</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">Article 27</p> <p>I. - A l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :</p> <p style="padding-left: 40px;">« Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ou dans un groupe d'équivalence prévu par l'article L. 162-17-6 du présent code, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale après avis du comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Le quatrième alinéa (2°) de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots :</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>« , notamment dans les établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsque ceux-ci ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ».</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 75</b></p> <p style="text-align: center;">Article 27</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">« Pour ...</p> <p style="padding-left: 40px;">... publique, la base ...</p> <p>... code. <i>Les conditions d'application du présent alinéa seront définies par</i></p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

.....

En cas d'inobservation des dispositions des *deuxième* et *troisième* alinéas du présent article, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites, et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée au troisième alinéa du présent article ou à l'écart de prix mentionné au deuxième alinéa du présent article, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire défini par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.

.....

« Lorsque le tarif forfaitaire s'applique aux médicaments figurant dans un groupe générique, le plafond mentionné à l'article L. 138-9 est fixé à 2,5 % du prix des médicaments.

« Les dispositions du cinquième alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire. ».

II. - Après l'article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-6. - Pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 162-16, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, la composition des groupes d'équivalence. Les groupes sont constitués par des médicaments inscrits sur l'une ou l'autre listes

*l'accord-cadre visé au premier alinéa de l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décret. »*

**Amendements n<sup>os</sup> 76 et 77**

« Lorsque ...  
... s'applique, le plafond ...

... médicaments.

**Amendement n<sup>o</sup> 78**

Alinéa sans modification

*I bis. Au quatrième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, substituer au mot « deuxième » le mot « cinquième » et substituer au mot « troisième » le mot « sixième ».*

**Amendement n<sup>o</sup> 79**

II. **Supprimé**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Code de la santé publique**

CINQUIEME PARTIE

**Produits de santé**

LIVRE I<sup>ER</sup>

**Dispositions générales relatives aux médicaments**

TITRE II

**Médicaments à usage humain**

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Dispositions générales**

*Art. L. 5121-1.* - On entend par :

.....  
5° Sans préjudice des dispositions des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. *Pour l'application du présent 5°, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique ;*

.....  
*Art. L. 5121-20.* - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :

1° Les critères scientifiques justifiant le cas échéant l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 ;

.....  
mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 lorsqu'ils appartiennent à une même classe pharmacologique, ont la même visée thérapeutique et rendent un service médical de même niveau. »

.....  
*II. – A. Avant la dernière phrase du sixième alinéa (5°) de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, il est inséré une phrase ainsi rédigée :*

*« En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent. »*

*« B. Le deuxième alinéa (1°) de l'article L. 5121-20 est complété par les mots :*

*« et les modalités de création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence, ces modalités étant également définies au 5° de*



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><b>Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale</b></p>	<p>Article 28</p>	<p><i>l'article L. 5121-1</i> ». <b>Amendement n° 80</b></p>
<p><i>Art. 4. - I. - Les médecins âgés de cinquante-sept ans au moins, relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale et qui cessent définitivement toute activité médicale non salariée avant le 31 décembre 2004, reçoivent, sur leur demande, une allocation visant à leur garantir, au plus tard jusqu'à leur soixante-cinquième anniversaire, un revenu de remplacement, à condition de ne pas bénéficier à la date de la demande d'allocation ou pendant son service :</i></p>	<p>L'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est modifié comme suit :</p>	<p>Article 28</p> <p>Alinéa sans modification</p>
<p>..... A compter du 1<sup>er</sup> juillet 1999, l'allocation peut n'être attribuée que pour certaines zones géographiques d'exercice, qualifications de généraliste ou de spécialiste, ou spécialités compte tenu des besoins, appréciés par zone, qualification ou spécialité ; elle peut être modulée selon les mêmes critères.</p>	<p>I. - Au premier alinéa du I, les mots : « le 31 décembre 2004 » sont remplacés par les mots : « le 1<sup>er</sup> juillet 2003 ».</p>	<p>I. - Au ... ... mots : « le 1<sup>er</sup> octobre 2003 ». <b>Amendement n° 81</b></p>
<p>..... L'allocation ne peut être cumulée avec les revenus d'une activité médicale salariée que dans la limite d'un plafond fixé par la convention ou le décret mentionnés au III et à la condition que cette activité :</p>	<p>II. - Le cinquième alinéa du I est abrogé ;</p>	<p>II. - Non modifié</p>
<p>..... II. - Le financement de cette allocation est assuré par une cotisation qui est à la charge :</p>	<p>III. - Au huitième alinéa du I, les mots : « par la convention ou le décret mentionnés » sont remplacés par les mots : « par le décret mentionné ».</p>	<p>III. - Au <i>troisième et huitième alinéas</i> du ... ...mentionné ».</p>
<p>..... 1° Des médecins en exercice relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale ; 2° Du régime général d'assurance maladie, des régimes d'assurance maladie des professions agricoles et du régime d'assurance maladie des</p>	<p>IV. - Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p><b>Amendement n° 82</b></p> <p>IV. - Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p> <p>Cette cotisation est proportionnelle aux revenus que les médecins tirent de l'activité mentionnée au 1<sup>o</sup>.</p>	<p>« Le solde, constaté au 31 décembre de chaque année, des cotisations encaissées et les prestations servies au cours de l'exercice est affecté au financement des prestations complémentaires de vieillesse servies aux médecins en application de l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p>« Le ... et des prestations ...</p>
<p>III. - Le montant de l'allocation, le montant de la cotisation, ainsi que la répartition de celle-ci entre les médecins et les régimes d'assurance maladie, les cas d'exonération sont notamment fixés par une convention conclue entre, d'une part, une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de médecins pour l'ensemble du territoire et, d'autre part, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et, au moins, soit la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, soit la caisse centrale de secours mutuels agricoles.</p>	<p>V. - Le III est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« III. - Le montant de l'allocation, le montant de la cotisation ainsi que la répartition de celle-ci entre les médecins et les régimes d'assurance maladie et les cas d'exonération sont fixés par décret ».</p>	<p>...sociale. » <b>Amendement n° 83</b> V. - Non modifié</p>
<p>La convention entre en vigueur dès son approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget ; il en est de même de ses annexes ou avenants.</p>		
<p>A défaut de convention conclue dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), les dispositions nécessaires à l'application du présent article, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1999, sont fixées par décret.</p>		
<p>.....</p> <p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">LIVRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</b></p> <p style="text-align: center;">TITRE VI</p> <p><b>Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</b></p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Dispositions relatives aux prestations</b></p> <p style="text-align: center;">Section 1</p> <p style="text-align: center;"><b>Bénéficiaires</b></p> <p style="text-align: center;">Sous-section 4</p> <p style="text-align: center;"><b>Assurance vieillesse</b></p> <p style="text-align: center;">Paragraphe 3</p> <p style="text-align: center;"><b>Service des pensions de vieillesse</b></p> <p><i>Art. L. 161-22.</i> - Le service d'une pension de vieillesse prenant effet postérieurement au 31 mars 1983, liquidée au titre du régime général de sécurité sociale, du régime des salariés agricoles ou d'un régime spécial de retraite au sens de l'article L. 711-1 et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, ou ultérieurement, est subordonné à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur ou, pour les assurés exerçant une activité non-salariée, à la cessation définitive de cette activité.</p> <p>Les dispositions du premier alinéa ne font pas obstacle à l'exercice des activités suivantes :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 29</p> <p>I. - Il est inséré à l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, après le huitième alinéa, un 7° ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« 7° Activités correspondant à des vacances accomplies dans des établissements de santé par des médecins ou infirmiers en retraite dans des conditions prévues par décret. »</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 29</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">« 7° Activités ...</p> <p style="text-align: center;">...santé et dans les établissements sociaux et médico-sociaux par des médecins ...</p> <p style="text-align: center;">... décret. »</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 84</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code rural</p> <p style="text-align: center;">LIVRE VII Dispositions sociales TITRE III</p> <p><b>Protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles</b> CHAPITRE II <b>Prestations</b> Section 3 <b>Assurance vieillesse et assurance veuvage</b> Paragraphe 2 <b>Pension de retraite</b></p> <p><i>Art. L. 732-39.</i>- Le service d'une pension de retraite ou allocation prenant effet postérieurement au 1er janvier 1986, liquidée par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et dont l'entrée en jouissance intervient à compter du soixantième anniversaire de l'intéressé ou ultérieurement, est subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée et, pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur.</p> <p>..... Elles ne font pas obstacle à l'exercice des activités énumérées aux 1°, 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale. .....</p> <p style="text-align: center;"><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p style="text-align: center;">LIVRE VI <b>Régimes des travailleurs non salariés</b> TITRE IV <b>Assurance vieillesse et invalidité – décès des professions libérales</b> CHAPITRE III <b>Affiliation – Prestations de base</b> Section 2 <b>Ouverture des droits et liquidation des allocations de vieillesse</b></p> <p><i>Art. L. 643-2.</i> - L'allocation de vieillesse est accordée à partir d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat. .....</p>	<p style="text-align: center;">Texte du projet de loi</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">II. - Le dernier alinéa de l'article L. 643-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :</p>	<p style="text-align: center;">Propositions de la Commission</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">« I bis. - Au cinquième alinéa de l'article L. 732-39 du code rural, les mots : « et 5° », sont remplacés par les mots « , 5° et 7° ».</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 85</b></p> <p style="text-align: center;">II. - Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Pour des activités professionnelles déterminées et sur demande des organisations professionnelles intéressées, des décrets peuvent subordonner l'attribution de l'allocation à la cessation de l'activité.</p>	<p>« L'attribution de l'allocation de vieillesse est subordonnée à la cessation de l'activité libérale.</p> <p>« Toutefois, pour des activités professionnelles déterminées et après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, des décrets peuvent prévoir, pour des raisons d'intérêt général, la possibilité de cumuler l'allocation avec les revenus tirés de l'activité libérale dans la limite d'un plafond et à la condition que cette activité présente un caractère accessoire à partir de la date à laquelle l'allocation de vieillesse est liquidée.</p> <p>« Le dépassement du plafond mentionné à l'alinéa précédent entraîne une réduction à due concurrence de l'allocation de vieillesse. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>« Toutefois, ...</p> <p>... prévoir, <i>compte tenu du nombre et de la répartition des médecins et des infirmiers dans le secteur sanitaire considéré</i>, la possibilité ...</p> <p>... liquidée.</p> <p><b>Amendement n° 86</b></p> <p>Alinéa sans modification</p>
<p><b>Code de la santé publique</b></p>	<p>Article 30</p>	<p>Article 30</p>
<p>PREMIERE PARTIE <b>Protection générale de la santé</b> LIVRE I<sup>ER</sup> <b>Protection des personnes en matière de santé</b> TITRE IV <b>Réparations des conséquences des risques sanitaires</b> CHAPITRE II <b>Risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé</b> Section 4</p>	<p>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 comme suit :</p> <p>1° 70 millions d'euros au titre de l'année 2002 ;</p> <p>2° 70 millions d'euros au titre de l'année 2003.</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>

**Dispositions en vigueur**

**Indemnisation des victimes**

*Art. L. 1142-23.-* L'office est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable défini par décret.

.....  
1° Une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale et dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ;

**Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999**

**TITRE III**

**Dispositions relatives aux dépenses et à la trésorerie**

**Section 2**

**Branche maladie**

Art. 25. - .....

II. - Le fonds finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels, et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. En outre, par l'octroi d'aides aux organismes concernés, il finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans le cadre de centres de santé. Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.

**Texte du projet de loi**

Article 31

I. - Le II de l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds participe au

**Propositions de la Commission**

*II.- Le septième alinéa (1°) de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique est complété par les mots : « , sur la base d'un rapport d'activité de l'office établi par son conseil d'administration, formulant toutes observations relatives à son fonctionnement et transmis chaque année au Parlement et au Gouvernement avant le 15 octobre ».*

**Amendement n° 87**

Article 31

I. – Alinéa sans modification

« Le ...

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales de médecine libérale prévues à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique. »

... d'évaluation, *d'information et de formation* des pratiques ...  
...régionales  
*des médecins exerçant à titre libéral mentionnées* à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique ».

**Amendements n<sup>os</sup> 88 et 89**

« *Il peut également contribuer au financement des dispositifs d'aide médicale d'urgence, organisés par le représentant de l'Etat dans le département après avis du comité mentionné à l'article L. 6313-1 du code de la santé publique* ».

**Amendement n<sup>o</sup> 90**

II. - Non modifié

II. - Pour 2003 le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article 25 de la loi du 23 décembre 1998 susmentionnée est fixé à 106 millions d'euros.

Ce fonds est doté de 20 millions d'euros au titre de l'exercice 2003.

Article 32

Article 32

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 123,5 milliards d'euros pour l'année 2003.

Sans modification

Article 33

Article 33

Pour 2003, 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 136,31 milliards d'euros.

Sans modification

Article 34

Article 34

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 116,7 milliards d'euros pour l'année 2002.

Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001</p> <p>Art. 53.- ..... VII. - Le fonds est financé par une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances, et par une contribution de la branche</p>	<p>TITRE IV</p> <p><b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE</b></p> <p>Section 1</p> <p><b>Branche accidents du travail et maladies professionnelles</b></p> <p>Article 35</p> <p>Au 2° de l'article 43 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002, le montant de 76,22 millions d'euros est remplacé par le montant de 180 millions d'euros.</p> <p>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 190 millions d'euros au titre de l'année 2003.</p>	<p>TITRE IV</p> <p><b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE</b></p> <p>Section 1</p> <p><b>Branche accidents du travail et maladies professionnelles</b></p> <p>Article 35</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>



**Dispositions en vigueur**

accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport d'activité du fonds établi par son conseil d'administration et transmis au Parlement et au Gouvernement.

**Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998  
de financement de la sécurité sociale  
pour 1999**

Art. 41.- .....

Un conseil de surveillance, composé de représentants de l'Etat, de représentants de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale et de personnalités qualifiées, veille au respect des dispositions du présent article. Il examine les comptes du fonds et transmet au Parlement et au Gouvernement un rapport annuel retraçant l'activité du fonds et formulant toutes observations relatives à son fonctionnement.

**Texte du projet de loi**

Article 36

Au II de l'article 47 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002, le montant de 200 millions d'euros est remplacé par le montant de 300 millions d'euros.

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 450 millions d'euros pour l'année 2003.

**Propositions de la  
Commission**

*II.- Le VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 est complété par les mots : « chaque année avant le 15 octobre ».*

**Amendement n° 91**

Article 36

*I. - Alinéa sans modification*

*Alinéa sans modification*

*II. – Dans la dernière phrase du dernier alinéa du III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, après le mot : « Gouvernement », sont insérés les mots : « , avant le 15 octobre, ».*

**Amendement n° 92**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p style="text-align: center;">LIVRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</b></p> <p style="text-align: center;">TITRE VII</p> <p><b>Coordination entre les régimes – Prise en charge de certaines dépenses par les régimes</b></p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE VI</p> <p><b>Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des maladies professionnelles</b></p> <p><i>Art. L. 176-2.- .....</i></p> <p>Une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes remet tous les trois ans, au Parlement et au Gouvernement, un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement et au Gouvernement.</p>	<p style="text-align: center;">Article 37</p> <p>Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2003, à 330 millions d'euros.</p>	<p style="text-align: center;">Article 37</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p>
<p style="text-align: center;">LIVRE II</p> <p><b>Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses</b></p> <p style="text-align: center;">TITRE II</p> <p><b>Organismes nationaux</b></p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés</b></p> <p><i>Art. L. 221-4. – .....</i></p> <p>Les dispositions régissant le fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie sont applicables à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.</p>	<p style="text-align: center;">Article 38</p> <p>Le code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :</p> <p>I. - Au second alinéa de l'article L. 221-4, après les mots : « le fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés », sont insérés les mots : « et les modalités de désignation et d'exercice du mandat de ses membres ».</p>	<p style="text-align: center;"><i>II.- Dans la dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, après le mot : « Gouvernement », sont insérés les mots : « avant le 15 octobre de l'année considérée ».</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 93</b></p> <p style="text-align: center;">Article 38</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>I. - Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 221-5.</i> – La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprend pour moitié des représentants des assurés sociaux et pour moitié des représentants des employeurs.</p> <p>Cinq membres sont choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre de chacune des organisations syndicales nationales qui y sont représentées, parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.</p> <p>Cinq membres sont choisis par les représentants des employeurs à ce conseil d'administration parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.</p> <p>Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.</p> <p>Le mandat des membres de la commission est renouvelé en même temps que celui des membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> <p>Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>II. - L'article L. 221-5 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 221-5.</i> - La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprend :</p> <p>« 1° Cinq représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;</p> <p>« 2° Cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives.</p> <p>« Les membres suppléants sont désignés dans les mêmes conditions que les titulaires. »</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>Alinéa supprimé</i> <b>Amendement n° 94</b></p>
<p>TITRE III</p> <p><b>Dispositions communes à toutes les caisses</b></p> <p>CHAPITRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Dispositions relatives aux conseils d'administration</b></p> <p>Section 1</p> <p><b>Composition des conseils d'administration</b></p> <p>Sous-section 1</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<b>Dispositions générales</b>		
<i>Art. L. 231-5-1.</i> - Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 221-3, L. 222-5, L. 223-3 et L. 225-3.	III. - A l'article L. 231-5-1, après la référence à l'article L. 221-3 est insérée la référence à l'article L. 221-5.	III. - Non modifié
TITRE II		
<b>Organismes nationaux</b>		
CHAPITRE VII		
<b>Dispositions relatives aux conventions d'objectifs et de gestion</b>		
<i>Art. L. 227-1.</i> - .....	IV. - Au deuxième alinéa du I de l'article L. 227-1, les mots : « visées aux 1°, 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° ».	IV. - Non modifié
Ces conventions déterminent, pour les branches visées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 et pour les organismes de recouvrement, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires. .....		
<i>Art. L. 227-2.</i> - Les conventions d'objectifs et de gestion sont signées, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration et par le directeur.	V. - L'article L. 227-2 est complété par les mots : « et, en ce qui concerne la convention d'objectifs et de gestion relative à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »	V. - Non modifié
<i>Art. L. 227-3.</i> - La mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre, d'une part, chaque caisse nationale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, chacun de leurs organismes régionaux ou locaux. <i>Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le</i>	VI. - La deuxième phrase de l'article L. 227-3 est remplacée par les dispositions suivantes :  « Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration,	VI. - Non modifié

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>président du conseil d'administration et par le directeur et, pour le compte de l'organisme régional ou local, par le président du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné.</i></p>	<p>ou, selon le cas, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, et par le directeur et, pour le compte de l'organisme régional ou local par le président du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné. »</p>	VII. - Non modifié
<p><b>CHAPITRE VIII</b> <b>Conseils de surveillance</b></p>	<p>VII. - L'article L. 228-1 est ainsi modifié :</p>	
<p><i>Art. L. 228-1.</i> - Il est institué respectivement auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale un conseil de surveillance composé de représentants du Parlement et de représentants des collectivités locales, ainsi que, selon l'organisme national, des retraités, des familles, des handicapés et accidentés du travail et des organisations oeuvrant dans le domaine économique et social et en faveur des populations les plus démunies ainsi que de personnalités qualifiées. Le conseil de surveillance institué auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est en outre composé de représentants des professions et établissements de santé.</p>	<p>1° Dans la première phrase du premier alinéa, après les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont insérés les mots : « d'une part pour la branche maladie, maternité, invalidité, décès, d'autre part pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles » ;</p>	
<p>..... Le conseil de surveillance élabore son règlement intérieur. Le président du conseil de surveillance est un membre du Parlement désigné d'un commun accord par les deux Assemblées. Le président de chaque caisse nationale et de l'agence centrale, ainsi que le directeur de chaque organisme national assistent avec voix délibérative à ses délibérations. Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale assiste aux réunions. .....</p>	<p>2° Dans la deuxième phrase du premier alinéa, après les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont insérés les mots : « pour la branche maladie, maternité, invalidité, décès » ;</p>	
	<p>3° Au troisième alinéa, après les mots : « Le président de chaque caisse nationale et de l'agence centrale » sont insérés les mots : « et le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles ».</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>LIVRE V <b>Prestations familiales et prestations assimilées</b> TITRE II <b>Prestations générales d'entretien</b> CHAPITRE I<sup>ER</sup> <b>Allocations familiales</b> <i>Art. L. 521-1.</i> - Les allocations familiales sont dues à partir du deuxième enfant à charge.</p>	<p>Article 39</p> <p>Pour 2003, 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 9,40 milliards d'euros.</p> <p>Section 2</p> <p><b>Branche famille</b></p> <p>Article 40</p> <p>I. - L'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Une allocation forfaitaire par enfant d'un montant fixé par décret est versée pendant un an à la personne ou au ménage qui assume la charge d'un nombre minimum d'enfants également fixé par décret lorsque l'un ou plusieurs des enfants qui ouvraient droit aux allocations familiales atteignent l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Cette allocation est versée à la condition que le ou les enfants répondent aux conditions autres que celles de l'âge pour l'ouverture du droit aux allocations familiales. »</p> <p>II. - Les dispositions du I sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003 pour les enfants qui atteignent l'âge limite à compter de cette date.</p>	<p>Article 39</p> <p>Sans modification</p> <p>Section 2</p> <p><b>Branche famille</b></p> <p>Article 40</p> <p>I. – Non modifié</p> <p>II. – Non modifié</p> <p><i>III. - Les dispositions du I sont</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>LIVRE III  <b>Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général</b>  TITRE V  <b>Assurance vieillesse – Assurance veuvage</b>  CHAPITRE I<sup>ER</sup>  <b>Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite</b>  <i>Art. L. 351-11.</i> - Au titre de l'année 2002, le coefficient de</p>	<p>Article 41</p> <p>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 2003.</p> <p>Article 42</p> <p>Pour 2003, 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 43,63 milliards d'euros.</p> <p>Section 3</p> <p><b>Branche vieillesse</b></p> <p>Article 43</p> <p>L'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 351-11.</i> - Au titre de l'année 2003, le coefficient de</p>	<p><i>applicables à la collectivité départementale de Mayotte.</i>  <i>Les conséquences résultant de cette disposition sont compensées à due concurrence par une taxe additionnelle au profit des organismes de sécurité sociale sur les droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.</i></p> <p><b>Amendement n° 95</b></p> <p>Article 41</p> <p>Sans modification</p> <p>Article 42</p> <p>Sans modification</p> <p>Section 3</p> <p><b>Branche vieillesse</b></p> <p>Article 43</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>revalorisation applicable au 1<sup>er</sup> janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 2,2 %.</p>	<p>revalorisation applicable au 1<sup>er</sup> janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 1,015. »</p>	<p><i>Article additionnel</i></p> <p><i>L'article L 723-10 du code de la sécurité sociale est complété par trois alinéas ainsi rédigés :</i></p>
<p>LIVRE VII <b>Régimes divers-dispositions diverses</b> TITRE II <b>Régimes divers de non-salariés et assimilés</b> CHAPITRE III <b>Régime des avocats</b> Section 3 <b>Prestations</b> Sous-section 1 <b>Prestations de retraite de base</b></p>	<p>Article 44</p>	<p><i>« La retraite de base des avocats est accordée à partir d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat.</i></p> <p><i>« L'âge à partir duquel la retraite de base des avocats peut être attribuée avec application de coefficients d'anticipation fixés par décret et sous réserve de la cessation de leur activité professionnelle est fixé par décret en Conseil d'Etat.</i></p> <p><i>« Un décret en Conseil d'Etat fixé les conditions dans lesquelles cette retraite de base peut être majorée ».</i></p>
<p><i>Art. L. 723-10.-</i> Sauf dérogation accordée par délibération spéciale du conseil d'administration de la caisse, la pension ne peut être versée qu'à partir du moment où l'intéressé a acquitté la totalité des cotisations à sa charge y compris, s'il y a lieu, les majorations de retard .</p>	<p>Pour 2003, 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 140,35 milliards d'euros.</p>	<p><b>Amendement n° 96</b></p>
	<p>Article 44</p>	<p>Article 44</p>
		<p>Sans modification</p>



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
—	Article 45  Pour 2003, le total des objectifs de dépenses par branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 329,70 milliards d'euros.	Article 45  <i>Supprimé</i> <b>Amendement n° 97</b>
		<i>TITRE IV BIS</i>
		<b>OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2002</b>
		<b>Amendement n° 98</b>
	Article 46  Pour 2002, les objectifs révisés de dépenses par branches 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 :	Article 46  Sans modification
	<b>Cf. tableau en annexe</b>	
	TITRE V  <b>MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRÉSORERIE</b>	TITRE V  <b>MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRÉSORERIE</b>
	Article 47  I. - Il est créé au titre III du livre I <sup>er</sup> du code de la sécurité sociale un chapitre VIII <i>bis</i> intitulé : « Dispositions communes aux contributions recouvrées directement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » et comportant quatre articles L. 138-20 à L. 138-23 ainsi rédigés : « Art. L. 138-20. - Les contributions instituées aux articles	Article 47  I. – Alinéa sans modification  « Art. L. 138-20. - Les ...
LIVRE I <sup>ER</sup> <b>Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</b> TITRE III <b>Dispositions communes relatives au financement</b>		

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1 et L. 245-6-1 sont recouvrées et contrôlées dans les conditions prévues à la présente section par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'Agence centrale peut requérir l'assistance des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer soit par une assistance ponctuelle, soit par la mise à disposition d'agents des organismes, en particulier d'inspecteurs du recouvrement, pour assurer les actions de contrôle. Les agents habilités peuvent recueillir auprès des assujettis aux contributions tous renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ des contributions.

« Art. L. 138-21 - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure les opérations de recouvrement dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1. Préalablement à toute action contentieuse, toute réclamation doit donner lieu à un recours gracieux auprès de l'Agence centrale.

« L'Agence centrale peut accorder, le cas échéant, la remise des majorations et pénalités appliquées ainsi que de la taxation provisionnelle appliquée en cas de défaut de déclaration. La demande gracieuse de remise des pénalités et des majorations n'est recevable qu'après le règlement de la totalité des contributions dues. La remise gracieuse est conditionnée à la bonne foi du redevable, dûment prouvée par ses soins.

« Les litiges sont portés devant une juridiction de l'ordre judiciaire.

« Art. L. 138-22. - Les entreprises ou les groupes non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

... d'outre-mer, notamment par la mise à disposition d'agents de ces organismes, ...

... champ d'application des contributions.

**Amendements n<sup>os</sup> 99 et 100**  
« Art. L. 138-21 – Non modifié

« Art. L. 138-22. – Non modifié

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;"><b>CHAPITRE VII</b> <b>Recettes diverses</b></p> <p><i>Art. L. 137-7.</i> — .....</p> <p>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.</p> <p><i>Art. L. 137-8.</i> - Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.</p> <p style="text-align: center;"><b>CHAPITRE VIII</b> <b>Contributions à la charge des établissements de vente en gros des spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique</b></p> <p><i>Art. L. 138-3.</i> - La contribution due par chaque entreprise visée à l'article L. 138-1 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. Pour le contrôle, l'agence est assistée, en tant que de besoin, par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer.</p> <p><i>Art. L. 138-14.</i> - 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. Pour le contrôle, l'agence est assistée, en tant que de besoin, par les unions de</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>« <i>Art. L. 138-23.</i> - Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application de l'ensemble des dispositions du présent chapitre. »</p> <p>II. - Le quatrième alinéa de l'article L. 137-7, les articles L. 138-3 et L. 138-14, les deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 245-6 et le premier alinéa de l'article L. 245-6-2 du code de la sécurité sociale sont abrogés.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>« <i>Art. L. 138-23.</i> - Un ...</p> <p style="text-align: center;">... d'application des dispositions du présent chapitre. »</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 101</b></p> <p>II. - Le ...</p> <p style="text-align: center;">... articles L. 137-8, L. 138-3 ...</p> <p style="text-align: center;">... abrogés.</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 102</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.		
LIVRE II		
<b>Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses</b>		
TITRE IV		
<b>Ressources</b>		
CHAPITRE V		
<b>Ressources autres que les cotisations</b>		
Section 1		
<b>Contribution des entreprises de préparation de médicaments</b>		
<i>Art. L. 245-6. – .....</i>		
La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de la sécurité sociale, selon les dispositions des chapitres II, III et IV du titre IV du livre II.		
L'Agence centrale des organismes de la sécurité sociale peut être assistée, en tant que de besoin, par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ou les services de l'Etat désignés par arrêté; ces derniers peuvent bénéficier à cet effet d'agents mis à disposition par l'Agence centrale des organismes de la sécurité sociale.		
Les agents visés à l'alinéa précédent peuvent recueillir auprès des entreprises mentionnées à l'article L. 245-1 tous renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application de la contribution.		
Section 2		
<b>Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques</b>		
<i>Art. L. 245-6-2. - La</i>		
contribution due par chaque entreprise est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article L. 138-3.		
	III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1 <sup>er</sup> janvier 2003.	III. – Non modifié

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

Article 48

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 :

**Cf. tableau en annexe**

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.

Article 48

Alinéa sans modification

**Cf. tableau en annexe  
Amendements n<sup>os</sup> 103 et 104**

Alinéa sans modification

---

330 – Rapport de MM. Yves BUR, Jean BARDET, Mme Marie-Françoise CLERGEAU et M. Denis JACQUAT sur le financement de la sécurité sociale : tome V – tableau comparatif et amendements non adoptés par la commission