

TEXTE ADOPTE n° 39

« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2002-2003

27 novembre 2002

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2003.

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : 250, 327, 330 et T.A. 35.

389. Commission mixte paritaire : 394.

Sénat : 1^{re} lecture : 47, 53, 58 et T.A. 31 (2002-2003).

Commission mixte paritaire : 78 (2002-2003).

Sécurité sociale.

TITRE I^{er}

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

TITRE I^{er} BIS

Contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale

Article 1^{er} bis

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 article 6 *octies* ainsi rédigé :

« Art. 6 *octies*. – I. – Afin de contribuer au suivi des lois de financement de la sécurité sociale, la délégation parlementaire dénommée Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé a pour mission d'informer le Parlement des conséquences des choix de santé publique, afin d'éclairer ses décisions. A cet effet, elle recueille des informations, met en œuvre des programmes d'études et procède à des évaluations.

« II. – La délégation est composée :

« – des présidents des commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des affaires sociales ainsi que des rapporteurs de ces commissions en charge de l'assurance maladie dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale ;

« – de dix députés et dix sénateurs désignés de façon à assurer, au sein de chaque assemblée, une représentation proportionnelle des groupes politiques, en tenant compte des membres de droit, 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.

« L'office est présidé alternativement pour un an par le président de la commission chargée des affaires sociales de l'Assemblée nationale et par le président de la commission chargée des affaires sociales du Sénat.

« III. – La délégation est assistée d'un conseil d'experts composé de six personnalités choisies en raison de leurs compétences dans le domaine de la santé publique.

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

« Le conseil d'experts 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 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 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, 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.

« 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. »

Article 1^{er} ter

Dans le code des juridictions financières, après l'article L. 132-3-1, il est inséré un article L. 132-3-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 132-3-2.* – Dans le cadre de sa mission de contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes, sans préjudice des dispositions des articles L. 211-1 et L. 211-8, est habilitée à recueillir, en liaison avec les chambres régionales des comptes, des informations auprès des établissements mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique. »

Article 1^{er} quater A

Chaque année avant le 15 juillet, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport qui présente les suites données à chacune des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, établi conformément à l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières.

Article 1^{er} quater

I. – L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La commission établit chaque année un rapport d'activité qui est remis au Parlement. »

II. – L'article L. 5123-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
« La commission établit chaque année un rapport d'activité qui est remis au Parlement. »

.....

Article 2 *ter*

Tous les cinq ans, avant le 15 octobre, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport présentant un état et une évaluation financière des dispositifs affectant l'assiette des cotisations sociales, dans le but de chiffrer les pertes de recettes pour l'Etat et la sécurité sociale résultant de ces dispositifs.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Article 4

I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

A. – A l'article 572, le deuxième alinéa est supprimé.

B. – A l'article 572 *bis*, les mots : « pour les produits d'une marque reprise » sont remplacés par le mot : « repris ».

C. – L'article 575 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « de la France continentale », sont insérés les mots : « et les tabacs qui y sont importés » ;

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

« Le montant du droit de consommation applicable à ces cigarettes ne peut être inférieur à 60 € par 1 000 unités et, à compter du 1er juillet 2006, à 64 € par 1 000 unités. » ;

3° Au sixième alinéa, après les mots : « du droit de consommation », sont insérés les mots : « applicable aux cigarettes mentionnées au précédent alinéa ».

D. – L'article 575 A est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 106 € pour les cigarettes. » ;

2° Au troisième alinéa, la somme : « 45 € » est remplacée par la somme : « 56 € » ;

2° *bis* Au même alinéa, les mots : « et les autres tabacs à fumer » sont remplacés par les mots : « , à 45 € pour les autres tabacs à fumer » ;

3° Le quatrième alinéa est supprimé.

E. – L'article 575 C est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par les mots : « ou lors de l'importation » ;

2° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

« A l'importation, le droit est dû par l'importateur ; il est recouvré comme en matière de douane. »

II. – A. – L'article L. 3511-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Est considéré comme ingrédient toute substance ou tout composant autre que les feuilles et autres parties naturelles ou non transformées de la plante du tabac, utilisés dans la fabrication ou la préparation d'un produit du tabac et encore présents dans le produit fini, même sous une forme modifiée, y compris le papier, le filtre, les encres et les colles. »

B. – 1. Le premier alinéa de l'article L. 3511-6 du même code est ainsi rédigé :

« Les teneurs maximales en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone des cigarettes sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé. »

2. Le deuxième alinéa du même article est supprimé.

3. Dans le cinquième alinéa du même article, les mots : « et en nicotine » sont remplacés par les mots : « , en nicotine et en monoxyde de carbone ».

4. Dans l'avant-dernier alinéa du même article, les mots : « en nicotine et » sont supprimés et, après les mots : « en goudron », sont insérés les mots : « , en nicotine et en monoxyde de carbone ».

5. Dans le dernier alinéa du même article, après le mot : « message », sont insérés les mots : « général et un message ».

C. – Le même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« A compter du 30 septembre 2003, il est interdit d'utiliser, sur l'emballage des produits du tabac, des textes, dénominations, marques et signes figuratifs ou autres indiquant qu'un produit du tabac particulier est moins nocif que les autres. »

III. – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 6 janvier 2003.

Article 4 bis A

A compter du 1er janvier 2003, la fraction visée au 5° bis de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est fixée à 44,07 %.

Article 4 bis

I. – Après l'article L. 245-12 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 3 bis intitulée « Cotisation sur les bières fortes », comprenant les articles L. 245-13 à L. 245-13-6 ainsi rédigés :

« Art. L. 245-13. – Il est institué, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une cotisation perçue sur les bières fortes, en raison des risques que comporte l'usage immodéré de ces produits pour la santé.

« Art. L. 245-13-1. – Pour l'application de l'article L. 245-13, sont considérés comme bières les produits soumis au droit spécifique visé au a du I de l'article 520 A du code général des impôts.

« Art. L. 245-13-2. – La cotisation est due à raison de la livraison aux consommateurs de bières d'une teneur en alcool supérieure à 8,5 % vol.

« La cotisation est acquittée pour le compte des consommateurs par les entrepositaires agréés, les opérateurs enregistrés, les opérateurs non enregistrés et les représentants fiscaux des entrepositaires agréés et des opérateurs établis dans un autre Etat membre de la Communauté européenne, respectivement mentionnés aux articles 302 G, 302 H, 302 I et 302 V du code général des impôts, qui livrent directement ces bières aux détaillants ou aux consommateurs. Sont également redevables de la cotisation les personnes mentionnées aux 2° et 4° du 2 du I de l'article 302 D dudit code.

« Art. L. 245-13-3. – Le montant de la cotisation est fixé à 200 € par hectolitre.

« Art. L. 245-13-4. – La cotisation est recouvrée et contrôlée sous les mêmes règles, conditions, garanties et sanctions qu'en matière de contributions indirectes.

« Art. L. 245-13-5. – La cotisation n'est pas déductible pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, le cas échéant, de l'impôt sur les sociétés dû par le consommateur.

« Art. L. 245-13-6. – Un décret fixe les conditions d'application de la présente section. »

II. – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2003.

.....

Article 6

I. – L'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

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

« 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles 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^{er} du livre Ier 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 ;

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

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

« II. – Il est procédé sur l'assiette définie au I :

« 1° A un abattement forfaitaire égal à 500 000 € et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I ;

« 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 et des spécialités remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

« 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.

« 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.

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

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

« *Art. L. 245-4.* – Sont exonérées de cette contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos est inférieur à 15 millions d'euros, sauf lorsqu'elles sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé, réalisé en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, dépasse cette limite ou lorsqu'elles possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires consolidé avec leur propre chiffre d'affaires dépasse cette limite. Le seuil mentionné ci-dessus est revalorisé en fonction des conditions économiques par arrêté ministériel. »

II *bis.* – Le *c* de l'article L. 138-11 du même code est ainsi rédigé :

« *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. »

III. – Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1^{er} décembre 2003.

Article 6 bis

I. – La section 2 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est abrogée.

II. – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2003.

.....

Article 7 ter

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 161-1, après les mots : « qui en font préalablement la demande », sont insérés les mots : « et bénéficient de l'aide à la création ou reprise d'entreprise instituée par ledit article » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 161-1-1, après les mots : « du code du travail », sont insérés les mots : « qui bénéficient de l'aide à la création ou reprise d'entreprise instituée par ledit article ».

II. – Sous réserve des décisions juridictionnelles passées en force de chose jugée, les dispositions du présent article sont applicables au 1^{er} janvier 2002.

Article 8

Pour 2003, les prévisions 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 :

(En milliards d'euros.)

Cotisations effectives	181,87
Cotisations fictives	32,48
Cotisations prises en charge par l'Etat	2,33
Contributions publiques	11,40
Impôts et taxes affectés	94,11
Transferts reçus	0,21
Revenus des capitaux	1,04
Autres ressources	4,07
<hr/>	
Total des recettes	327,51

.....

TITRE III
DISPOSITIONS RELATIVES
À L'ASSURANCE MALADIE

Article 11

I. – Le III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est complété par les mots et par deux phrases ainsi rédigées : « 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. Ces références et recommandations de gestion hospitalière sont communiquées aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-1 du code de la santé publique en vue de leur prise en compte dans l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1 du même code. Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés prend en outre en charge les frais de fonctionnement d'une mission chargée de conduire les expérimentations visées à l'article L. 6122-19 du code de la santé publique et d'une mission nationale d'appui à l'investissement, placées auprès du ministre chargé de la santé, ainsi que les frais de fonctionnement de missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès du ou des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation concernés. »

II. – La fin du dernier alinéa de l'article 1^{er} 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 ainsi rédigée : « , 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 établissements de santé mentionnés à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) ».

Article 13

I. – Les obligations et créances du Fonds pour la modernisation des cliniques privées créé par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999) sont transférées à compter du 1^{er} janvier 2003 au Fonds pour la modernisation des établissements de santé créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).

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.

II *bis*. – Le montant des subventions du Fonds pour la modernisation des cliniques privées allouées aux établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique pour financer des actions en matière sociale et salariale est pris en compte pour la détermination et le suivi de l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale, pour l'année 2003.

Les tarifs des prestations des établissements bénéficiaires de ces subventions sont revalorisés, au 1^{er} janvier 2003, dans la limite des sommes allouées.

III. – A compter du 1^{er} janvier 2003, le VIII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 précitée est abrogé et, dans le I de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée, après les mots : « fonds pour la modernisation des établissements de santé », sont insérés les mots : « publics et privés ».

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 publics et privés ».

V. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé, pour l'année 2003, à 450 millions d'euros.

VI. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée est complété par un VIII ainsi rédigé :

« VIII. – Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse des dépôts et consignations et adressé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires. »

.....

Article 15 *bis*

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 162-5-11 et au premier alinéa de l'article L. 162-12-18, les mots : « contrat de bonne pratique » sont remplacés par les mots : « contrat de pratique professionnelle » ;

2° Dans l'article L. 162-12-19 et au troisième alinéa (2°) de l'article L. 162-14-1, les mots : « contrats de bonne pratique » sont remplacés par les mots : « contrats de pratique professionnelle » ;

3° L'intitulé de la section 2-2 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est ainsi rédigé : « Accords de bon usage des soins et contrats de pratique professionnelle ».

Article 16

Lorsqu'il agréé ou approuve les accords, conventions, annexes et avenants mentionnés aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, le ministre chargé de la sécurité sociale adresse aux commissions compétentes du Parlement un rapport sur la cohérence de ces accords, conventions, annexes et avenants avec l'objectif prévu au 4° du I de l'article L.O. 111-3 dudit code.

Copie de ce rapport est adressée au conseil de surveillance de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

.....

Article 19 ter

Dans le III de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n° 2001-1246 du 21 décembre 2001), les mots : « , pour la durée fixée par l'agrément » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2004 ».

II. – Les dispositions des conventions de financement conclues entre les réseaux agréés en application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de l'article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et les organismes d'assurance maladie peuvent être, par avenant, prolongées jusqu'au 31 décembre 2004.

.....

Article 23 bis

I. – Le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« CHAPITRE V

« Permanence des soins

« Art. L. 6325-1. – Sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, et à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale participent, dans un but d'intérêt général, à la permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat. »

II. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 16° ainsi rédigé :
« 16° Les modes de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant autres que le paiement à l'acte, de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins en application des dispositions prévues à l'article L. 6325-1 du code de la santé publique. »

Article 25

I. – Au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, la date : « 31 décembre 2003 » est remplacée 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 ».

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 jusqu'à la date mentionnée au I de l'article L. 313-12 du même code ».

Article 27

I A. – Après les mots : « code de la santé publique, », la fin du deuxième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe ».

I B. – Après les mots : « supérieure à », la fin du troisième alinéa de l'article L. 162-16 du même code est ainsi rédigée : « la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe ».

I. – A l'article L. 162-16 du même code, après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, 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.

« Lorsque le tarif forfaitaire s'applique, 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. »

I bis. – Le quatrième alinéa du même article est ainsi rédigé :

« En cas d'inobservation des dispositions des cinquième et sixième alinéas, 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 aux cinquième et sixième alinéas, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé 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. »

II. – 1. 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. »

2. Le deuxième alinéa (1°) de l'article L. 5121-20 du même code est complété par les mots : « et les modalités de création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence, ces groupes étant définis au 5° de l'article L. 5121-1 ».

Article 27 bis

Lorsque le tarif forfaitaire s'applique, et par dérogation au troisième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, le plafond des remises prévu au premier alinéa de l'article L. 138-9 dudit code est fixé à 6 % du prix de vente pour toutes les spécialités soumises à forfait de remboursement. Cette disposition s'applique jusqu'au 30 juin 2004.

Article 28

L'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, la date : « 31 décembre 2004 » est remplacée par les mots : « 1^{er} octobre 2003, sauf exceptions définies par décret » ;

2° Le cinquième alinéa du I est supprimé ;

3° Au troisième alinéa du I, les mots : « par la convention ou le décret mentionnés » sont remplacés par les mots : « par le décret mentionné » ;

3° bis Le huitième alinéa du I est ainsi rédigé :

« L'allocation ne peut être cumulée avec les revenus d'une activité médicale salariée que dans la limite d'un plafond fixé par le décret mentionné au III. » ;

3° ter Les neuvième et dixième alinéas du I sont supprimés ;

4° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le solde, constaté au 31 décembre de chaque année, des cotisations encaissées et des 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. » ;

5° Le III est ainsi rédigé :

« 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. Le décret fixe également les cas et les conditions dans lesquels, à titre exceptionnel, la date mentionnée au premier alinéa du I peut être fixée après le 1^{er} octobre 2003 pour les personnes ayant organisé avant le 1er octobre 2002 leur cessation d'activité. »

.....

Article 31

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

« Le fonds participe au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique et des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins exerçant au sein des structures visées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique organisées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 183-1 du code de la sécurité sociale. »

II. - Pour 2003, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée est fixé à 106 millions d'euros.

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

.....

Article 33

Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et 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 136,35 milliards d'euros.

.....

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE

Section 1

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Article 35

I. – Au 2° de l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n° 2001-1246 du 21 décembre 2001), la somme : « 76,22 millions d'euros » est remplacée par la somme : « 180 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 d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 190 millions d'euros au titre de l'année 2003.

II. – Le VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée est complété par les mots : « chaque année avant le 1^{er} juillet ».

Article 36

I. – Au II de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 précitée, la somme : « 200 millions d'euros » est remplacée par la somme : « 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 de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), est fixé à 450 millions d'euros pour l'année 2003.

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 précitée, après le mot : « Gouvernement », sont insérés les mots : « , avant le 15 juillet, ».

Article 36 bis

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée est ainsi modifié :

1° Le huitième alinéa du I est ainsi rédigé :

« Ont également droit, dès l'âge de cinquante ans, à l'allocation de cessation anticipée d'activité les personnes reconnues atteintes, au titre du régime général ou du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés agricoles, d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêtés des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et de l'agriculture. » ;

2° Le deuxième alinéa du II est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour les personnes reconnues atteintes, au titre du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés agricoles, d'une maladie professionnelle, l'allocation est attribuée et servie par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;

3° Le III est ainsi modifié :

a) Après les mots : « code général des impôts », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « , 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 et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles dont le montant est fixé chaque année par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture » ;

b) Dans la première phrase du second alinéa, après les mots : « à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « , des représentants du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole mentionné à l'article L. 723-32 du code rural » ;

4° Dans le deuxième alinéa du IV, les mots : « du régime général » sont remplacés par les mots : « du régime dont elles relevaient avant la cessation d'activité ».

Article 37

I. – 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.

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 176-2 du même code est complété par les mots : « avant le 1er juillet de l'année considérée ».

Article 38

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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 », sont insérés les mots : « et les modalités de désignation et d'exercice du mandat de ses membres ».

II. – L'article L. 221-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-5.* – La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprend :

« 1° Cinq représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

« 2° Cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives. »

III. – A l'article L. 231-5-1, après la référence : « L. 221-3, », il est inséré la référence : « L. 221-5, ».

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° ».

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 ».

VI. – La deuxième phrase de l'article L. 227-3 est ainsi rédigée :

« Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration 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. »

VII. – L'article L. 228-1 est ainsi modifié :

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 et décès, d'autre part pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles » ;

2° Dans la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « Le conseil de surveillance institué » sont remplacés par les mots : « Les conseils de surveillance institués » et les mots : « est en outre composé » sont remplacés par les mots : « sont en outre composés » ;

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 ».

.....

Section 2

Branche famille

.....

Section 3

Branche vieillesse

Article 43 bis

Dans le premier alinéa du II de l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), après les mots : « Les organismes cités à l'article L. 161-17-1 du code de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « et l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage ».

TITRE IV *BIS*

OBJECTIFS DE DEPENSES REVISES POUR 2002

TITRE V

**MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS
RELATIVES A LA TRESORERIE**

Article 47

(Pour coordination)

I. – Il est inséré, au titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, un chapitre VIII *bis* intitulé « Dispositions communes aux contributions recouvrées directement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » et comprenant quatre articles L. 138-20 à L. 138-23 ainsi rédigés :

« Art. L. 138-20. – Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10 et L. 245-1 sont recouvrées et contrôlées dans les conditions prévues à la présente section par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale peut requérir l'assistance des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer, notamment par la mise à disposition d'agents de ces organismes, en particulier d'inspecteurs du recouvrement, pour assurer les actions de contrôle. Les agents habilités peuvent recueillir auprès des assujettis aux contributions tous renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.

« Art. L. 138-21. – 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.

« Art. L. 138-23. – Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent chapitre. »

II. – Le quatrième alinéa de l'article L. 137-7, les articles L. 137-8, L. 138-3 et L. 138-14 et les deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 245-6 du même code sont abrogés.

III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2003.

Article 47 bis

L'article L. 144-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« A l'exclusion des rémunérations des présidents des juridictions et de celles de leurs secrétaires ainsi que de celles du secrétaire général et des secrétaires généraux adjoints de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, les dépenses de toute nature résultant de l'application des chapitres II et III du présent titre sont : » ;

2° Dans les deuxième et troisième alinéas, les mots : « les caisses centrales compétentes de mutualité sociale agricole » sont remplacés par les mots : « la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole » ;

2° bis Après le troisième alinéa (2°), il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Ou bien remboursées par la caisse nationale compétente du régime général au budget de l'Etat. » ;

3° Dans l'avant-dernier alinéa, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « aux 1°, 2° et 3° » ;

4° Dans le dernier alinéa, les mots : « le fonds national de solidarité prévu au livre VIII du présent code » sont remplacés par les mots : « le Fonds spécial d'invalidité mentionné par l'article L. 815-3-1 et le Fonds de solidarité vieillesse institué par l'article L. 135-1 ».

Article 47 *ter*

..... Supprimé

Article 47 *quater*

Les prévisions, en recettes comme en dépenses, du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale sont arrêtées à la somme de 16 560 millions d'euros pour 2003, conformément à l'annexe *f* de la présente loi.

.....

Délibéré en séance publique, à Paris, le 27 novembre 2002.

Signé : JEAN-LOUIS DEBRE.

ANNEXE

.....

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du 27 novembre 2002.

Le Président,
Signé : JEAN-LOUIS DEBRE.

39 -texte adopté - Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (petite loi)