



TEXTE ADOPTÉ n° 359

« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2004-2005

2 décembre 2004

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2005.

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^{ère} lecture: **1830, 1876, 1877** et T.A. **341, 1932**. Commission mixte paritaire : **1954**.

Sénat : 1^{ère} lecture: **53, 57, 58** et T.A. **29** (2004-2005).
Commission mixte paritaire : **71** (2004-2005).

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*

L'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elle établit, en liaison avec les chambres régionales des comptes, un programme trisannuel des travaux à mener notamment sur l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements financés par l'assurance maladie. Elle en rend compte dans le rapport mentionné à l'article L.O. 132-3. »

Article 1^{er} *ter*

I. – Après l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 131-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 131-8.* – Le Gouvernement remet chaque année, avant le 1^{er} octobre, un rapport aux commissions compétentes des assemblées sur les conditions d'application de l'article L. 131-7.

« Ce rapport retrace notamment :

« – les différentes mesures donnant lieu à compensation, réparties par nature ;

« – les différentes mesures ne donnant pas lieu à compensation intégrale ;

« – la ventilation des mesures de compensation par branche et par régime de base obligatoire ;

« – l'évolution des mesures de compensation sur les trois derniers exercices clos, l'exercice en cours et l'exercice à venir ;

« – les mesures donnant lieu à application du principe de compensation envisagées pour l'année à venir ;

« – le montant des créances sur l'Etat détenues par les organismes de sécurité sociale ou par les fonds concourant à leur financement au titre de l'application des dispositions de l'article L. 131-7. »

II. – Dans le même code, l'article L. 131-7-1 devient l'article L. 131-9.

Article 1^{er} *quater*

I. – L'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 2° du I, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale ; »

2° Le III est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, les mots : « minimale de trois ans » sont remplacés par les mots : « minimale de quatre ans » ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions et, le cas échéant, les avenants qui les modifient sont transmis à la commission mentionnée à l'article L. 111-9. »

II. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 228-1 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le président du conseil de surveillance peut solliciter de l'inspection générale des affaires sociales, en accord avec le ministre chargé de la sécurité sociale, une mission d'appui dans

le cadre des travaux préparatoires à la rédaction de l'avis mentionné à l'alinéa précédent. »

III. – Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} du même code est complété par un article L. 115-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 115-8* – Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat peut conclure des conventions comportant des engagements réciproques avec les organismes nationaux relevant des dispositions des articles L. 151-1 ou L. 152-1. Ces conventions comportent les dispositions prévues à l'article L. 227-1 correspondant aux missions de ces organismes. »

Article 1^{er} quinquies A

Le II de l'article L. 723-12 du code rural est ainsi modifié :

1° Dans la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « minimale de trois ans » sont remplacés par les mots : « minimale de quatre ans » ;

2° Après la deuxième phrase du second alinéa, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« La convention est transmise au Parlement. Un bilan de son application, notamment au regard des orientations fixées par les lois de financement de la sécurité sociale, lui est également transmis dans les trois années suivant sa signature. »

.....

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Article 2 A

I. – Dans le deuxième alinéa de l'article L. 3511-2 du code de la santé publique, le mot : « dix-neuf » est remplacé par le mot : « vingt ».

II. – Le I du présent article entre en vigueur dans un délai de huit mois à compter de la promulgation de la présente loi.

Article 2

I. – Le 9° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 9° Des organismes suivants, non mentionnés aux 1° à 8° : établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres I^{er} à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre I^{er} du livre V du même code, entreprises d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural ; ».

I bis. – Dans le huitième alinéa de l'article L. 651-3 du même code, les mots : « au 9° de » sont remplacés par le mot : « à » et les mots : « 20 de la loi n° 84-46 du 24 janvier 1984 relative à l'activité et au contrôle des établissements de crédit » sont remplacés par les mots : « L. 511-30 du code monétaire et financier ».

II. – Au quatrième alinéa de l'article L. 651-5 du même code, les mots : « d'exploitation générale, résultant des » sont remplacés par les mots : « de résultat, conforme aux ».

III. – Après le quatrième alinéa du même article, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions

relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.

« Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats exonérés de la taxe sur les conventions d'assurances en application des 15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.

« Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité. »

IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur pour la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2005.

Article 2 bis

Après l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 256-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 256-5.* – Les organismes de sécurité sociale peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, engager une action en recouvrement dans les conditions prévues aux sixième à huitième alinéas de l'article L. 133-4. »

Article 2 ter A

Après l'article L. 725-3 du code rural, il est inséré un article L. 725-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 725-3-1.* – Les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, engager une action en recouvrement dans les conditions prévues aux sixième à huitième alinéas de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale. »

Article 2 *ter*

I. – Le septième alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces limites sont revalorisées chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

II. – Dans le huitième alinéa de l'article L. 454-1 du même code, les mots : « d'un montant maximum de 760 € et d'un montant minimum de 76 € » sont remplacés par les mots : « des montants maximum et minimum prévus au septième alinéa de l'article L. 376-1 ».

III. – Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2005.

.....

Article 3 *bis*

I. – Dans le septième alinéa (1^o) de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 21,42 % » est remplacé par le taux : « 32,50 % ».

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux sommes à percevoir à compter du 1^{er} janvier 2005.

.....

Article 5 *bis* A

..... Supprimé

Article 5 *bis*

..... Suppression maintenue

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

Article 6 A

Après l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-15 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-15.* – Les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 du code de la santé publique ainsi que les médecins salariés d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du même code sont identifiés par un numéro personnel distinct du numéro identifiant la structure où ils exercent leur activité.

« Le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 161-33 précise les cas dans lesquels ce numéro figure obligatoirement sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie en vue du remboursement ou de la prise en charge des soins dispensés par ces praticiens. »

Article 6

I. – L'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, ni aux consultations et actes » sont supprimés ;

2° Au début de cet article, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les consultations et actes externes, ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. Les tarifs des consultations et des actes ainsi fixés servent de base au calcul de la participation de l'assuré, à la facturation de ces

prestations aux patients non couverts par un régime de l'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.

« Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes mentionnés à l'alinéa précédent, est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1. » ;

3° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux consultations et actes réalisés par les praticiens hospitaliers dans le cadre de l'activité libérale définie à l'article L. 6154-2 du code de la santé publique. »

I *bis.* – Le 1° de l'article L. 174-1-1 du même code, dans sa rédaction résultant du III de l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), est remplacé par un 1° et un 1° *bis* ainsi rédigés :

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

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

II. – L'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée entre en vigueur le 5 octobre 2004.

II *bis.* – *Supprimé*

III. – L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est ainsi modifié :

1° A Au premier alinéa, la date : « 1^{er} octobre 2004 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2005 » ;

1° Après la première phrase du troisième alinéa du I, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1^{er} janvier. » ;

2° Le A du V est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « Les prestations d'hospitalisation », sont insérés les mots : « ainsi que les consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale », le mot : « dispensées » est remplacé par le mot : « dispensés » et le mot : « prises » est remplacé par le mot : « pris » ;

b) Au 1°, après les mots : « du code de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « ou du tarif des consultations et actes fixé en application des dispositions de l'article L. 162-14-1 du même code, » ;

c) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions des quatre alinéas précédents, les prestations de prélèvement d'organes ou de tissus sont, dès 2005, facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs fixés en application des dispositions du 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code. » ;

2° *bis* Dans le troisième alinéa du IV, l'année : « 2004 » est remplacée par l'année : « 2005 », et la dernière phrase est supprimée ;

3° Il est complété par un VI et un VII ainsi rédigés :

« VI. – Pour les années 2005 à 2007, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé de Guyane mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 162-22-6 du même code est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 dudit code.

« VII. – Pour les années 2005 à 2012, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au *d* du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts

justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50 % en 2008. »

III *bis* – Les II et III de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée sont abrogés.

IV. – Le 2° du I de l'article 36 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est ainsi rédigé :

« 2° Le dernier alinéa, dans la rédaction de l'article antérieure à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), est supprimé. »

V. – 1. Dans le premier alinéa de l'article L. 4311-13 du code de la santé publique, après les mots : « activité professionnelle », sont insérés les mots : « à titre bénévole ou salarié » et l'année : « 2003 » est remplacée par l'année : « 2005 ».

2. Le Gouvernement présentera au Parlement, avant le 30 septembre 2005, un rapport évaluant l'impact des dispositions du 1 au regard des besoins de recrutement de personnel qualifié et de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Article 6 bis A

Le troisième alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés au premier alinéa, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions et de celle du montant des dotations régionales, ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements. »

Article 6 bis B

L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Le cas échéant, des dispositifs d'aide visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47. Les obligations auxquelles sont soumis les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie après consultation des organisations représentatives des centres de santé mentionnées au premier alinéa du présent article pour tenir compte de la situation régionale. »

Article 6 bis C

Dans le deuxième alinéa (1°) de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, après les mots : « professionnels de santé libéraux », sont insérés les mots : « et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ».

Article 6 bis D

Le Gouvernement déposera, au plus tard le 31 décembre 2005, devant le Parlement, un rapport sur le financement de la télémédecine.

Article 6 bis

I. – Le premier alinéa de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les entreprises, établissements, organismes et professionnels concernés sont tenus de lui transmettre les informations qu'elle demande à cet effet après les avoir rendues anonymes. »

II. – Au 4° de l'article L. 161-45 du même code, la référence : « L. 245-6 » est remplacée par la référence : « L. 245-5-1 A ».

Article 7

I. – Les caisses mentionnées à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale peuvent consentir pendant une durée de deux

mois à compter de la date de la mise en œuvre de la nouvelle classification des prestations prise en application de l'article L. 162-22-6 du même code, même antérieure à la date de publication de la présente loi, des avances de trésorerie aux établissements de santé privés mentionnés au *d* du même article L. 162-22-6 et aux professionnels de santé exerçant à titre libéral dans ces établissements, en raison de la non-transmission par voie électronique ou de l'impossibilité de traitement des bordereaux de facturation liée à la mise en œuvre de cette nouvelle classification.

Le montant de ces avances de trésorerie est déduit des sommes dues au titre des factures afférentes aux soins dispensés postérieurement à la mise en œuvre de cette nouvelle classification.

La charge financière résultant, pour les régimes dont relèvent les caisses susmentionnées, du versement des avances de trésorerie mentionnées au présent article pour le compte des autres régimes est compensée par ces derniers selon les règles prévues par le décret mentionné à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

II et III. – *Supprimés*

.....

Article 9 bis

Le Gouvernement transmettra au Parlement, au plus tard le 1^{er} octobre 2005, un rapport sur la mise en œuvre du plan d'investissement national « Hôpital 2007 » indiquant notamment les effets sur la gestion des établissements de santé concernés des mesures d'investissement engagées.

Article 9 ter

I. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les mandats globaux relatifs au reversement au praticien radiologue hospitalier par l'établissement public qui l'emploie de la quote-part de 20 % du forfait technique afférent aux actes de scanographie que ce

praticien réalise dans le cadre de son activité libérale en tant que leur régularité est mise en cause.

II. – L'article L. 6154-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les actes de scanographie donnent lieu au reversement, au bénéfice du praticien radiologue hospitalier par l'établissement public qui l'emploie, d'une quote-part du forfait technique lorsque ces actes sont réalisés dans le cadre de l'exercice libéral de ce praticien. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de cette disposition. »

.....

Article 10 bis

Le cinquième alinéa (4°) de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce programme intègre la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute autorité de santé et l'évaluation de leur respect. »

.....

Article 12

I. – Après la section 4 du chapitre II du titre I^{er} du livre VII du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 4 *bis* ainsi rédigée :

« *Section 4 bis*

« ***Dispositions applicables aux maîtres
et documentalistes de l'enseignement privé***

« *Art. L. 712-10-1.* – Les dispositions des articles L. 712-1 et L. 712-3, du premier alinéa de l'article L. 712-9 et de l'article L. 712-10 sont applicables aux maîtres et documentalistes liés à

l'Etat par agrément ou par contrat qui sont en activité dans les établissements d'enseignement privés liés à l'Etat par contrat. »

II. – Après la sous-section 1 de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural, il est inséré une sous-section 1 *bis* ainsi rédigée :

« *Sous-section 1 bis*

« *Dispositions applicables aux personnels enseignants et de documentation liés à l'Etat par contrat*

« *Art. L. 722-24-1.* – Les dispositions des articles L. 712-1 et L. 712-3, du premier alinéa de l'article L. 712-9 et de l'article L. 712-10 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnels enseignants et de documentation liés à l'Etat par contrat qui sont en activité dans des associations ou organismes responsables des établissements d'enseignement agricole privés liés à l'Etat par contrat. »

II bis. – Supprimé

III. – Les dispositions des I et II s'appliquent à compter du 1^{er} septembre 2005.

Article 12 bis

Par dérogation aux dispositions prévues par les articles L. 122-26 du code du travail et L. 331-3 du code de la sécurité sociale, les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition *in utero* au diéthylstilbestrol (DES) bénéficient d'un congé de maternité à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article 13

I. – Pour 2005, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est fixé à 106 millions d'euros.

Ce fonds est doté de 60 millions d'euros au titre de l'exercice 2005.

II. – Dans le I de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, les mots : « huit ans » sont remplacés par les mots : « neuf ans ».

III. – Dans la seconde phrase du III du même article, les mots : « les différents régimes est effectuée dans les conditions définies à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture ».

Article 13 bis

L'article L. 162-15-2 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les conventions, l'accord-cadre et les accords conventionnels interprofessionnels, arrivés à échéance ou résiliés, continuent de produire leurs effets jusqu'à la publication au *Journal officiel* des nouvelles conventions ou des nouveaux accord-cadre et accords conventionnels interprofessionnels ou du règlement arbitral qui les remplacent.

« Lorsqu'une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 est conclue et approuvée dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, la convention précédente est réputée caduque. »

Article 13 ter

I. – Après le I de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Les organismes servant les prestations d'un régime de base d'assurance maladie inscrivent sur une liste d'opposition les numéros des cartes en circulation et en cours de validité perdues, volées ou dénoncées. Les conditions de mise en œuvre de cette liste sont fixées par les conventions nationales, accords

nationaux et contrats ou autres dispositions applicables mentionnés à l'article L. 161-34. »

II. – Après l'article L. 162-16-3 du même code, il est inséré un article L. 162-16-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-3-1.* – Selon des modalités déterminées en application des articles L. 162-16-1 et L. 161-34, les organismes d'assurance maladie peuvent s'engager, en cas de dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie à l'assuré, à effectuer le calcul des sommes dues aux pharmaciens titulaires d'officines sur la base des informations transmises par la carte de cet assuré. Toutefois, ce paiement ne peut être effectué lorsque la carte fait l'objet d'une inscription sur la liste d'opposition mentionnée à l'article L. 161-31. »

Article 14

Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique est fixé à 30 millions d'euros pour l'année 2005.

.....

Article 15 bis

I. – L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4.* – En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :

« 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6,

« 2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 321-1,

« l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles.

« Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

« L'action en recouvrement, qui se prescrit par deux ans à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

« En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Elle comporte une majoration de 10 % du montant des sommes réclamées non réglées à la date de son envoi ; ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise.

« Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des trois alinéas qui précèdent. »

II. – L'article L. 133-4-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'organisme mentionné au premier alinéa informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en œuvre de la procédure visée au présent article. »

.....

Article 15 quater

I. – Au début de l'article L. 711-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 et au dernier alinéa de l'article L. 432-1 s'applique aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1. »

II. – Les dispositions des contrats individuels ou collectifs, des bulletins d'adhésion et règlements, des conventions ou accords collectifs, des projets d'accord proposés par le chef d'entreprise et ratifiés à la majorité des intéressés ou des décisions unilatérales de l'employeur, mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, relatifs à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais de soins de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, sont réputées ne pas couvrir la participation instituée en application des dispositions du II de l'article L. 322-2 du même code dès lors que le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement ne prévoit pas expressément la prise en charge de cette participation.

.....

Article 18 bis

..... Supprimé

Article 18 ter (nouveau)

Le quatrième alinéa de l'article L. 122-26 du code du travail est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date prévue pour l'accouchement et exige l'hospitalisation post-natale de l'enfant, la période de suspension du contrat de travail prévue aux alinéas précédents est prolongée à due concurrence de la différence entre la date prévue de l'accouchement et la date réelle de l'accouchement, afin de permettre à la salariée de participer à la dispensation des soins

auprès de son enfant, chaque fois que possible, et de bénéficier d'actions d'éducation à la santé préparant le retour à domicile. »

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Section 1

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

.....

Article 21

I. – Il est institué, au profit du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante créé par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), une contribution, due pour chaque salarié ou ancien salarié à raison de son admission au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité. Cette contribution est à la charge de l'entreprise qui a supporté ou qui supporte, au titre de ses cotisations pour accidents du travail et maladies professionnelles, la charge des dépenses occasionnées par la maladie professionnelle provoquée par l'amiante dont est atteint le salarié ou ancien salarié. Lorsque le salarié n'est atteint par aucune maladie professionnelle provoquée par l'amiante, cette contribution est à la charge :

1° D'une ou plusieurs entreprises dont les établissements sont mentionnés au premier alinéa du I du même article 41 ;

2° D'une ou plusieurs entreprises de manutention ou d'un ou plusieurs organismes gestionnaires de port pour, respectivement, les dockers professionnels et les personnels portuaires assurant la manutention dans les ports mentionnés au sixième alinéa du même article 41.

Pour la détermination de l'entreprise ou organisme redevable de la contribution au titre du 1^o, les règles suivantes s'appliquent :

a) Lorsque l'établissement est exploité successivement par plusieurs entreprises, la contribution est due par l'entreprise qui exploite l'établissement à la date d'admission du salarié à l'allocation ;

b) Lorsqu'un salarié a travaillé au sein de plusieurs entreprises exploitant des établissements distincts, le montant de la contribution est réparti en fonction de la durée du travail effectué par le salarié au sein de ces établissements pendant la période où y étaient fabriqués ou traités l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante.

Pour l'application du 2^o, lorsqu'un salarié a été employé par plusieurs entreprises ou organismes, le montant de la contribution est réparti au prorata de la période travaillée dans ces entreprises ou organismes. Lorsqu'un docker professionnel admis à l'allocation relève ou a relevé de la catégorie des dockers professionnels intermittents au sens du III de l'article L. 511-2 du code des ports maritimes, la contribution correspondant à la période d'intermittence est répartie entre tous les employeurs de main-d'œuvre dans le port, au sens de l'article L. 521-6 du même code, au prorata des rémunérations totales brutes payées aux dockers professionnels intermittents pendant cette période d'intermittence.

La contribution n'est pas due pour le premier bénéficiaire admis au cours d'une année civile.

II. – Le montant de la contribution varie en fonction de l'âge du bénéficiaire au moment de son admission au bénéfice de l'allocation. Il est égal, par bénéficiaire de l'allocation, à 15 % du montant annuel brut de l'allocation majoré de 40 % au titre des cotisations d'assurance vieillesse et de retraite complémentaire à la charge du fonds, multiplié par le nombre d'années comprises entre l'âge mentionné ci-dessus et l'âge de soixante ans.

Le montant de la contribution, qui ne peut dépasser deux millions d'euros par année civile pour chaque redevable, est plafonné, pour les entreprises redevables de la contribution au

titre du I, à 2,5 % de la masse totale des salaires payés au personnel pour la dernière année connue.

Les entreprises placées en redressement ou en liquidation judiciaire sont exonérées de la contribution.

III. – La contribution est appelée, recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général, par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Elle est exigible le premier jour du troisième mois de chaque trimestre civil pour les personnes entrant dans le dispositif au cours du trimestre précédent.

Pour les salariés ou anciens salariés relevant ou ayant relevé du régime de protection sociale des personnes salariées des professions agricoles, la contribution due est appelée, recouvrée et contrôlée par les caisses de mutualité sociale agricole selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime de protection sociale des personnes salariées des professions agricoles. La date limite de paiement de la contribution est fixée au quinzième jour du deuxième mois de chaque trimestre civil pour les personnes entrant dans le dispositif au cours du trimestre précédent.

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

V. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux admissions au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité prononcées à compter du 5 octobre 2004.

.....

Article 21 *ter*

Dans le quatrième alinéa de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « l'équilibre financier de la sécurité

sociale » sont remplacés par les mots : « l'équilibre financier de la branche ».

.....

Section 2

Branche famille

Article 24 A

..... Suppression maintenue

.....

Section 3

Branche vieillesse

Article 28 A

..... Supprimé

Article 28

I. – Le 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Une partie de la contribution due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dans les conditions définies par l'arrêté prévu au troisième alinéa du présent 3° est versée au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale. » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« – pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et pour le Fonds de réserve pour les retraites, par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale ; les versements directs effectués entre 2005 et 2024 à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sont garantis par l'Etat dans des conditions définies en loi de finances ; »

3° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale visé au troisième alinéa du présent 3° présente également les paramètres de calcul de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due par la Caisse nationale des industries électriques et gazières à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Il est soumis pour avis au conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ; »

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

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 135-6, après le mot : « mission », il est inséré le mot : « principale » ;

2° Le même article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le Fonds de réserve pour les retraites assure également la gestion financière d'une partie de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en application du 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.

« Les conditions et les résultats de la gestion de cette partie de la contribution sont retracés chaque année dans l'annexe des comptes du fonds. Cette partie de la contribution et ses produits financiers, nets des frais engagés par le fonds, sont rétrocédés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à compter de 2020, dans des conditions fixées par convention entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et le Fonds de réserve pour les retraites. » ;

3° Après le deuxième alinéa de l'article L. 135-10, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, dans des cas exceptionnels, à titre temporaire et pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds, leur gestion financière peut être assurée par ce dernier sans recourir aux entreprises d'investissement visées audit alinéa. Les conditions d'application de cette dérogation sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale. » ;

4° Le deuxième alinéa de l'article L. 135-12 est ainsi rédigé :

« Ils certifient les comptes annuels et émettent un rapport d'examen limité sur les comptes intermédiaires semestriels du fonds avant qu'ils soient soumis par le directoire au conseil de surveillance et qu'ils soient publiés. »

III à V. – *Supprimés*

VI. – Le V de l'article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 précitée est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les taux : « 1 % et 10 % » sont remplacés par les taux : « 10 % et 20 % », et les taux : « 10 % et 20 % » sont remplacés par les taux : « 20 % et 35 % » ;

2° Au troisième alinéa, les taux : « 10 % et 20 % » sont remplacés par les taux : « 15 % et 25 % ».

VII. – L'article 18 de la même loi est ainsi modifié :

1° Le IV est complété par les mots : « ou, sur option de ce dernier, au moment du débit ; dans ce cas, elle est due en tout état de cause lors de l'encaissement des acomptes ou du prix s'il précède le débit » ;

2° La première phrase du premier alinéa du VI est remplacée par quatre phrases ainsi rédigées :

« La contribution tarifaire est déclarée et liquidée mensuellement ou trimestriellement, suivant son montant. Elle est acquittée lors du dépôt de la déclaration. La contribution est recouvrée et contrôlée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières dans les mêmes conditions que les cotisations visées au premier alinéa du III de l'article 16. Les

modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées dans les conditions prévues au VII. »

.....

Article 29 bis

Le premier alinéa de l'article L. 732-35-1 du code rural est complété par les mots : « et de périodes d'activité accomplies, par des personnes mineures, en qualité de chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 722-4 ».

.....

TITRE V

OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2004

.....

TITRE VI

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

.....

Article 33

I. – A l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction applicable à compter du 1^{er} janvier 2005, les mots : « prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o de l'article

L. 162-22-6 des établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* du même article et les » sont supprimés.

II. – Après l'article L. 174-2 du même code, il est inséré un article L. 174-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-2-1.* – La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis consultatif des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement. »

III. – L'article L. 174-18 du même code est ainsi modifié :

1° La première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Les frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6, pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sont remboursés, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut

assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement. »

IV. – Le D du V de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les dotations annuelles complémentaires mentionnées au 2° du A du V du présent article sont versées par douzième par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

« Pour les années 2005 et 2006, la répartition des sommes versées, au titre de l'alinéa précédent, aux établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 dudit code. De même, par dérogation à l'article L. 162-22-15 du même code, les sommes versées au titre des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 de ce code et des dotations annuelles de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13, sont également réparties selon les modalités prévues à l'article L. 174-2 du même code.

« Pour les années 2007 à 2012, la répartition, entre les régimes obligatoires d'assurance maladie, des sommes versées au titre de la dotation annuelle complémentaire aux établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.

« Les modalités d'application des trois alinéas précédents sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 34

Le chapitre IV *bis* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 114-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-6.* – Les comptes des régimes et organismes de sécurité sociale doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de leur patrimoine et de leur situation financière.

« Les comptes annuels et infra-annuels des organismes de base de sécurité sociale, présentés par l'agent comptable, établis sous sa responsabilité et visés par le directeur, sont transmis à l'organisme national chargé de leur centralisation. Ce dernier valide ces comptes et établit le compte combiné de la branche ou de l'activité de recouvrement, ou du régime.

« Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base transmettent leurs comptes annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes.

« Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base comportant un réseau de caisses locales ou régionales transmettent les comptes combinés annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes.

« Les comptes des régimes de protection sociale agricole sont également transmis au ministre de l'agriculture.

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

Article 34 bis

Le chapitre IV *bis* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 114-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-7.* – Les organismes nationaux visés au deuxième alinéa de l'article L. 114-6 sont chargés d'alerter le Gouvernement et le Parlement en cas d'évolution des dépenses de la branche ou du régime manifestement incompatible avec le respect des objectifs votés par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale.

« Le Gouvernement informe les commissions compétentes des deux assemblées des mesures prises ou envisagées pour y remédier. »

Délibéré en séance publique, à Paris, le 2 décembre 2004.

Le Président,

Signé : JEAN-LOUIS DEBRÉ

ANNEXE

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du 2 décembre 2004.

Le Président,

Signé : JEAN-LOUIS DEBRÉ

TA n° 359 – Texte du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 adopté dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 3, de la Constitution



Les documents parlementaires (projets de loi, propositions de loi, rapports, comptes rendus des travaux des commissions et de la séance publique, etc.) sont en ligne sur le site internet :

<http://www.assemblee-nationale.fr>

Kiosque de l'Assemblée nationale
4, rue Aristide-Briand – 75007 Paris