

## **TABLEAU COMPARATIF**

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Texte adopté par le Sénat</b>
<b>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004</b>	<b>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004</b>
TITRE I <sup>ER</sup>	TITRE I <sup>ER</sup>
<b>ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE</b>	<b>ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE</b>
Article 1 <sup>er</sup>	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 2004.	Alinéa sans modification  (Rapport annexé non modifié sauf 1.4.) 1.4. Quatrième orientation : une meilleure prise en charge des personnes les plus fragiles a) Non modifié b) Non modifié c) (nouveau) <i>La prise en charge des personnes les plus démunies</i> <i>La couverture maladie universelle (CMU) doit évoluer vers une aide personnalisée à la santé. Cette aide inversement proportionnelle aux revenus permettra aux bénéficiaires de la CMU de financer l'assurance complémentaire qu'ils choisiront librement.</i>
TITRE II	TITRE II
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</b>	<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</b>
Article 2 A (nouveau)	Article 2 A
I. - L'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale devient l'article L. 114-6. II. - Le chapitre IV du titre F <sup>er</sup> du livre F <sup>er</sup> du même code est complété par une section 7 ainsi rédigée : « Section 7	<i>Supprimé</i>

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

—  
**« Comité des finances  
sociales**

« Art. L. 114-5. – I. - Le Comité des finances sociales a pour missions :

« 1° De suivre l'évolution des comptes de tous les régimes, organismes et dispositifs de protection sociale rendus obligatoires par la loi, qui lui sont transmis par le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministre chargé du travail ;

« 2° De suivre les relations financières entre les collectivités publiques et les régimes, organismes et dispositifs de protection sociale rendus obligatoires par la loi. A ce titre, il vérifie notamment :

« a) L'application de l'article L. 131-7 relatif à la compensation intégrale des exonérations de cotisations sociales par le budget de l'Etat ;

« b) L'évolution du périmètre respectif des dépenses du budget de l'Etat et des régimes, organismes et dispositifs de protection sociale rendus obligatoires par la loi ;

« c) L'évolution des transferts de recettes entre l'Etat et les régimes, organismes et dispositifs de protection sociale rendus obligatoires par la loi ;

« d) Les conditions dans lesquelles des prestations sont servies par les régimes, organismes et dispositifs de protection sociale rendus obligatoires par la loi pour le compte de l'Etat ou des collectivités territoriales et des prestations réalisées par les services de l'Etat ou des collectivités territoriales pour le compte de ces régimes, organismes et dispositifs ;

« e) Les conditions de versement des cotisations de sécurité sociale des employeurs publics ;

« 3° D'étudier, dans un cadre pluriannuel, les facteurs d'évolution des recettes et des dépenses de protection sociale.

« 4° De proposer des mesures de simplification des relations financières entre les collectivités publiques et les régimes, organismes et dispositifs de protection sociale rendus obligatoires par la loi.

« Il est consulté sur tout projet de texte législatif ou réglementaire ayant des incidences importantes sur les relations financières entre les collectivités publiques et la sécurité sociale.

« Il établit chaque année un rapport qui est rendu public et transmis au parlement et au gouvernement avant le 15 septembre.

« II. - Le Comité des finances sociales comprend :

« 1° Quatre députés désignés par le Président de l'Assemblée nationale et quatre sénateurs désignés par le Président du Sénat ;

« 2° Huit représentants des régimes obligatoires de base :

« a) Le président du conseil d'administration de

**Texte adopté par le Sénat**

—

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

« *b*) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

« *c*) Le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles prévue à l'article L. 221-4 ;

« *d*) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

« *e*) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales ;

« *f*) Le président du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole ;

« *g*) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

« *h*) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;

« 3° Quatre représentants de l'Etat, désignés par décret.

« Le comité est renouvelable tous les trois ans. Il est présidé par un des membres mentionnés au 1°, désigné d'un commun accord par le Président de l'Assemblée nationale et par le Président du Sénat.

« III. - Le Comité des finances sociales est assisté par un secrétaire général, désigné d'un commun accord par le Président de l'Assemblée nationale et par le Président du Sénat, qui assure l'organisation de ses travaux et la préparation de ses dossiers et rapports. Il transmet aux membres du comité tout élément d'analyse qu'il estime utile pour la compréhension de l'évolution des finances sociales.

« Le comité élabore son règlement intérieur. Il se réunit sur convocation de son président, qui fixe l'ordre du jour des réunions.

« Le comité peut se faire communiquer par les administrations de l'Etat et tout régime ou organisme relevant de sa compétence tous les renseignements d'ordre financier, comptable et administratif nécessaires à l'exercice de ses missions. »

III. - Les dispositions des I et II entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004.

**Article 2**

**Article 2**

I. - L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :

I. - Alinéa sans modification

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

1° Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

même article » ;

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

« VI. - La caisse verse le 1<sup>er</sup> avril 2004 la somme de 1 097 040 364,41 € à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. »

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

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

**Article 3**

I. - Le chapitre I<sup>er</sup> *quater* du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est abrogé.

II. - A l'article L. 135-1 du même code, les mots « , ainsi que le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale institué par l'article L. 131-8 » sont supprimés.

III. - A l'article L. 137-1 du même code, les mots « et au profit du fonds institué à l'article L. 131-8 » sont supprimés.

IV. - Le deuxième alinéa de l'article L. 137-6 du même code est supprimé.

V. - Les dispositions des I à IV entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004.

**Texte adopté par le Sénat**

2° Alinéa sans modification

« VI. - La ...

... de 1 097 307 635,44 € à ...

... salariés. »

II. - Est ...

... la somme de 1 097 307 635,44 € venant ...

... 2001.

Alinéa sans modification

**Article 3**

I. - Non modifié

II. - Non modifié

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

V. - Les ...

... 1<sup>er</sup> janvier 2004, sous réserve de la période d'inventaire nécessaire à l'établissement des comptes définitifs pour l'exercice 2003 selon les principes des droits constatés, période n'excédant pas la durée d'existence du service de liquidation mentionné au VI.

*V bis (nouveau).* - L'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces conventions ne peuvent prévoir, pour le versement des sommes dues par l'Etat au titre de l'article L. 131-7, une périodicité supérieure à dix jours. »

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

VI (*nouveau*). – A. - Il est créé, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, un service de liquidation du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale, chargé :

1° D'arrêter le compte financier du fonds au 31 décembre 2003, qui est transmis pour approbation aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;

2° D'établir la situation active et passive du fonds au 31 décembre 2003 ;

3° D'assurer et de justifier les opérations de remise de service entre le fonds et l'Etat ;

4° D'exécuter toutes les opérations nécessaires à la liquidation définitive du fonds ;

5° D'établir le compte de clôture du service de liquidation, qui est transmis aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;

6° De présenter à la dissolution du service de liquidation un bilan de clôture aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

B. - Le directeur du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale est nommé liquidateur. Il est chargé d'ordonner les opérations visées au A.

L'agent comptable du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code est nommé agent comptable du service de liquidation. Il est chargé de la tenue de la comptabilité dudit service, qui retrace les opérations visées au A. Il prépare le compte de clôture du service de liquidation.

C. - Le service de liquidation est supprimé, au plus tard, le 30 juin 2004.

VII (*nouveau*). – Dans le chapitre V du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, les divisions et les intitulés « Section 1. – Opérations de solidarité » et « Section 2. - Fonds de réserve » sont supprimés.

Article 4

I. - Le tableau de l'article 575 A du code général des impôts est ainsi rédigé :

«

**Texte adopté par le Sénat**

VI. - Non modifié

VII. - Non modifié

*Article 4 A (nouveau)*

*Après le quatrième alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« Le taux de ces cotisations est modulé pour chaque entreprise selon la variation de sa masse salariale dans la valeur ajoutée globale, ratio pour le contrôle duquel sont associés le comité d'entreprise, ou à défaut, les délégués du personnel. »*

Article 4

I. - Alinéa sans modification

«

Texte adopté par l'Assemblée nationale		Texte adopté par le Sénat	
Groupes de produits	Taux normal %	Groupes de produits	Taux normal %
Cigarettes	62	Cigarettes	62
Cigares	25	Cigares	24
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	56	Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	56
Autres tabacs à fumer	49,85	Autres tabacs à fumer	49,85
Tabacs à priser	43	Tabacs à priser	43
Tabacs à mâcher	29,6	Tabacs à mâcher	29,6

»

II. – A l'avant-dernier alinéa du même article, la somme : « 108 € » est remplacée par la somme : « 128 € ».

III. – Le dernier alinéa du même article est ainsi rédigé :

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

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

#### Article 4 bis (nouveau)

Les conseils généraux des départements d'outre-mer peuvent fixer, par délibération, un minimum de perception spécifique fixé pour 1000 unités, tel que mentionné aux articles 575 et 575 A du code général des impôts, pour le droit de consommation sur les cigarettes dans leur circonscription administrative. Ce minimum de perception, fixé par 1000 unités, peut atteindre sans le dépasser le montant déterminé en vertu du taux du droit de consommation appliqué sur le prix d'une quantité de 1 000 cigarettes de la classe de prix la plus demandée en France continentale.

Article 4 ter

Conforme .....

#### Article 5

I. - Après le troisième alinéa de l'article L. 376-1 et le troisième alinéa de l'article L. 454-1 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce d'abord à titre amiable et sans

»

II. - Non modifié

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

#### Article 4 bis

Les ...

... perception ne peut être supérieur au droit de consommation résultant de l'application du taux fixé par le conseil général au prix de vente au détail en France continentale des cigarettes de la classe de prix la plus demandée.

#### Article 5

I. - Alinéa sans modification

« Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

préjudice des décisions judiciaires rendues sur action de la victime. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en œuvre de cette procédure.

« La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de l'obligation d'information des caisses par l'assureur du tiers responsable donne lieu à la majoration de 50% de l'indemnité forfaitaire mentionnée ci-après dans les conditions déterminées par le même décret. »

I *bis* (nouveau). - L'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Dans le II de l'article 9, les mots : « cinquième et sixième » sont remplacés par les mots : « septième et huitième » ;

2° Dans le II de l'article 10, les mots : « sixième et septième » sont remplacés par les mots : « huitième et neuvième ».

II. - Le troisième alinéa de l'article L. 211-11 du code des assurances est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il en est de même lorsque les prestations de sécurité sociale sont versées après avis de la commission départementale d'éducation spéciale ou de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel. »

**Article 6**

I. - Le deuxième alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « au sixième alinéa de l'article 62, » sont supprimés ;

2° Les mots : « au deuxième alinéa de l'article 154 *bis* » sont remplacés par les mots : « au deuxième alinéa du I de l'article 154 *bis* » ;

3° Après les mots : « au 4 *bis* », sont insérés les mots : « et au quatrième alinéa du a du 5 ».

II. - Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 136-3 et la deuxième phrase du troisième alinéa du I de l'article L.136-4 du même code, après les mots : « au 4 *bis* », sont insérés les mots : « et aux quatrième, cinquième et sixième alinéas du a du 5 ».

**Texte adopté par le Sénat**

après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce *en priorité* à titre amiable . Une convention ...

... procédure.

Alinéa sans modification

I *bis*. - Non modifié

II. - Non modifié

**Article 6**

I. - Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

2° Alinéa sans modification

3° Après ...

... « et aux quatrième, cinquième et sixième alinéas du a du 5 ».

II. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

III. - Les dispositions du présent article sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des revenus des années 2003 et suivantes.

III. - Non modifié

IV (*nouveau*). – Sont validées, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les décisions ou actions en recouvrement prises depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999 sur le fondement des articles L. 131-6, deuxième alinéa, et L 136-3 du code de la sécurité sociale, en tant que leur légalité serait contestée à raison de l'intégration, dans l'assiette des cotisations et contributions, de l'abattement prévu à l'article 62 du code général des impôts dans sa rédaction antérieure à la loi de finances pour 1997 (n° 96-1181 du 30 décembre 1996).

IV. - Non modifié

Article 7

..... Suppression conforme .....

*Article 7 bis (nouveau)*

*Article 7 bis*

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 651-3 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « et les détaillants acheteurs fermes de carburants ».

*I. – La ...*

*... mots : « et de commerce de détail de carburants ».*

*II. - Un décret fixe les modalités d'application du présent article.*

*III - Ces dispositions s'appliquent pour les contributions dues à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004.*

Article 8

Article 8

Jusqu'au 31 décembre 2008, les contributions des employeurs versées à une institution de retraite supplémentaire mentionnée à l'article L. 941-1 du code de la sécurité sociale, avant le dépôt de la demande d'agrément ou la transformation en institution de gestion de retraite supplémentaire prévue à cet article, ne sont soumises ni aux cotisations dont l'assiette est définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 741-10 du code rural, ni aux contributions prévues à l'article L. 136-1 et au 2° du I de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, dès lors qu'elles ont pour objet de former des provisions destinées à couvrir des engagements de retraite évalués au 31 décembre 2003.

Alinéa sans modification

Le montant des contributions des employeurs non assujetties en application de l'alinéa précédent ne peut

Alinéa sans modification



**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

excéder, pour l'ensemble de la période, le niveau du complément nécessaire pour atteindre le minimum de provisions requis pour l'agrément en qualité d'institution de prévoyance dans les conditions définies au titre IV du livre IX du code de la sécurité sociale et au II de l'article 116 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Le versement de ces contributions peut être fractionné par exercices et l'exonération qui s'y attache n'est définitivement acquise qu'à la date de dépôt de la demande ou de la transformation prévus à l'article L. 941-1 du code de la sécurité sociale.

Le bénéfice des dispositions du présent article est subordonné à la communication, à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionné à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, des pièces mentionnées au IV de l'article 116 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 précitée.

Une institution ne peut bénéficier des dispositions du présent article qu'à compter de la date à laquelle la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance lui a accusé réception de la note technique prévue au IV de l'article 116 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 précitée

Article 9

I A (*nouveau*). – Dans le 3° du I de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « à l'exception de » sont remplacés par les mots : « sauf dans ».

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

II. – 1. Dans le 1° du II du même article, la somme : « 500 000 € » est remplacée par la somme : « 1,5 million d'euros ».

2. Dans le tableau du III du même article, le taux : « 10 % » est remplacé par deux fois par le taux : « 7,5 % » et le nombre : « 13 » est remplacé par le nombre : « 15 ».

Le bénéfice ...

... sécurité sociale *et, pour le régime agricole, à l'article L. 723-1 du code rural*, des pièces ...  
... précitée.

Alinéa sans modification

Article 9

I. A. - Non modifié

I. - Non modifié

II. – 1. Alinéa sans modification

2. Dans ...

... par le taux : « 7% ».

<p>PART DE L'ASSIETTE correspondant au rapport "R" entre l'assiette définie aux 1° à 3° du I après déduction, le cas échéant, des abattements et le chiffre d'affaires hors taxes</p>	<p>TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)</p>	<p>PART DE L'ASSIETTE correspondant au rapport "R" entre l'assiette définie aux 1° à 3° du I après déduction, le cas échéant, des abattements et le chiffre d'affaires hors taxes</p>	<p>TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)</p>
---	---	---	---

Texte adopté par l'Assemblée nationale		Texte adopté par le Sénat	
R < 7,5 %	15	R < 7%	13
7,5 % R < 12 %	19	7% R < 12 %	19
12 % R < 14 %	27	12 % R < 14 %	27
R 14 %	32	R 14 %	32
<p>II <i>bis</i> (nouveau). – L'article L. 245-3 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 245-3. - La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p>III. - L'article L. 245-4 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 245-4. - Sont exonérées de cette contribution, sous réserve des dispositions prévues aux trois derniers alinéas, les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos en France métropolitaine ou dans les départements d'outre mer, au titre des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ou faisant l'objet d'un enregistrement en application des dispositions de l'article L. 5121-13 du code de la santé publique et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, est inférieur à 15 millions d'euros.</p> <p>« Parmi les entreprises définies à l'alinéa précédent, ne bénéficient cependant pas de cette exonération :</p> <p>« 1° Celles qui sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires hors taxes consolidé, défini dans les conditions prévues au premier alinéa, dépasse 15 millions d'euros ;</p> <p>« 2° Celles qui possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires défini dans les conditions prévues au premier alinéa, consolidé avec leur propre chiffre d'affaires visé au premier alinéa, dépasse 15 millions d'euros. »</p> <p>IV. - Les dispositions des I à III s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre 2004.</p> <p>V (nouveau). - Les entreprises redevables en 2003 de la taxe prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique sont assujetties à une contribution exceptionnelle au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, assise sur leur chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les</p>		<p>II <i>bis</i>. – Non modifié</p> <p>III. - Non modifié</p> <p>IV. - Non modifié</p> <p>V. - Non modifié</p>	

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

départements d'outre-mer du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2004 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 code de la sécurité sociale ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires concerné ne prend pas en compte les remises accordées par les entreprises.

Le taux de la contribution est fixé à 0,525 %. Le 3<sup>o</sup> de l'article L. 225-1-1 et les articles L. 138-20 à L. 138-23 du code de la sécurité sociale sont applicables à cette contribution exceptionnelle, qui est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

La contribution fait l'objet d'un premier versement à titre d'acompte au plus tard le 15 avril 2004, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le solde de la contribution est versé au plus tard le 15 avril 2005. Les modalités de déclaration de la contribution exceptionnelle sont définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le défaut de déclaration, la déclaration manifestement erronée ou l'absence de paiement de la contribution entraînent une taxation provisionnelle s'élevant à 1 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer par le redevable au cours de l'exercice 2003. Cette taxation provisionnelle peut faire l'objet d'un recours amiable auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. A défaut de contestation dans les deux mois de sa notification, ce montant provisionnel a un caractère définitif et la taxation provisionnelle devient une taxation forfaitaire.

Le non-respect des règles déclaratives et de paiement entraîne une majoration de 10 % du montant de la contribution. Cette majoration peut faire l'objet d'un recours amiable auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Un même redevable ne peut faire l'objet à la fois de la majoration et de la taxation forfaitaire.

Article 9 bis

..... Conforme .....

Article 10

I. - Après la section 1 du chapitre V du titre IV du

Article 10

I. - Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

livre II du code de la sécurité sociale, il est rétabli une section 2 ainsi rédigée :

« Section 2

**« Contribution à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1**

« Art. L. 245-5-1. - Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution en France de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits au titre I<sup>er</sup> de la liste prévue à l'article L. 165-1.

« Art. L. 245-5-2. - La contribution est assise sur les charges comptabilisées au titre du dernier exercice clos au titre :

« 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes, qu'elles soient ou non salariées des entreprises redevables de la contribution, qui interviennent en France aux fins de présenter, promouvoir ou vendre les produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 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, auprès des masseurs-kinésithérapeutes ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à la promotion, la présentation ou la vente des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

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

« 3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, sauf dans la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret, dès lors qu'un des dispositifs, tissus, cellules, produits ou prestations y est mentionné.

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

« Le taux de la contribution est fixé à 5 %.

« Art. L. 245-5-3. - Sont exonérées de cette contribution, sous réserve des dispositions prévues aux trois derniers alinéas, les entreprises dont le chiffre d'affaires

**Texte adopté par le Sénat**

Division et intitulé

Sans modification

« Art. L. 245-5-1. - Non modifié

« Art. L. 245-5-2. - Non modifié

« Art. L. 245-5-3. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, au titre des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, est inférieur à 7,5 millions d'euros.

« Parmi les entreprises définies à l'alinéa précédent, ne bénéficient cependant pas de cette exonération :

« 1° Celles qui sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires hors taxes consolidé, défini dans les conditions prévues au premier alinéa, dépasse 7,5 millions d'euros ;

« 2° Celles qui possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires défini dans les conditions prévues au premier alinéa, consolidé avec leur propre chiffre d'affaires visé au premier alinéa, dépasse 7,5 millions d'euros. »

« Art. L. 245-5-4. - La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

« Art. L. 245-5-5. - La contribution est versée au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre de chaque année.

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

« Art. L. 245-5-6. - Les modalités d'application de la présente section sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

II. - A l'article L. 138-20 du même code, les mots : « et L. 245-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 245-1 et L. 245-5-1 ».

III. - Les dispositions du présent article sont applicables pour la première fois à l'assiette déterminée au titre de l'année 2003.

**Article 11**

I A (*nouveau*). - L'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 € augmenté de la marge maximum que les établissements de vente en gros sont autorisés à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38. »

I. - L'article L. 138-2 du même code est ainsi

**Texte adopté par le Sénat**

« Art. L. 245-5-4. - Non modifié

« Art. L. 245-5-5. - Alinéa sans modification

« La contribution ...

... contribution, *notamment les majorations, les pénalités, les taxations ...*  
... d'Etat.

« Art. L. 245-5-6. - Non modifié

II. - Non modifié

III. - Non modifié

**Article 11**

I A. - Alinéa sans modification

« Pour ...

... maximum que les *entreprises visées à l'alinéa précédent* sont autorisées à percevoir ...  
... L. 162-38. »

I. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

rédigé :

« Art. L. 138-2. - La contribution due par chaque entreprise est assise sur le montant du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-1.

« L'assiette de la contribution est composée de deux parts. Une première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile ; une seconde part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et celui réalisé l'année civile précédente.

« Le montant de la contribution est calculé en appliquant un taux de 1,9 % à la première part et un taux de 2,25 % à la seconde part. Si cette dernière est négative, le produit de la seconde part par le taux de 2,25 % s'impute sur le produit de la première part par le taux de 1,9 %. Néanmoins, le montant de la contribution ne peut excéder 2,7 % ni être inférieur à 1,4 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile.

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

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

II. - L'article L. 138-4 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 138-4. - La contribution est versée de manière provisionnelle le 1<sup>er</sup> septembre de chaque année, pour un montant correspondant à 80 % de la contribution due au titre de l'année civile précédente. Une régularisation annuelle intervient au 31 mars de l'année suivante, sur la base du chiffre d'affaires réalisé pendant l'année civile et déclaré le 15 février de l'année suivante.

« La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues au 3<sup>o</sup> de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

III. - Les dispositions des I A à II sont applicables au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004.

IV. - A. - Les articles L. 138-5 et L. 138-6 et les

II. - Alinéa sans modification

« Art. L. 138-4. - Alinéa sans modification

*Alinéa supprimé*

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

deux premiers alinéas de l'article L. 138-15 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

B. – Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 137-7 du même code sont ainsi rédigés :

« Les entreprises d'assurance versent le produit de la contribution au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque bimestre. Ce produit correspond au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises au cours de chaque bimestre, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction du prélèvement destiné à compenser les frais de gestion dont le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.

« La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

C. – L'article L. 138-7 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-7.* - La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

D. – L'article L. 138-17 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-17.* - La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

E. – Les dispositions du présent IV entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Article 12, 13 et 14

..... Conformes .....

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

TITRE III

**DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE  
MALADIE**

Article 15 A (*nouveau*)

Le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> septembre 2004, un rapport sur les prestations indûment versées au titre de l'assurance maladie.

Article 15

I. - L'article L. 5121-10 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-10. - Pour une spécialité générique définie au 5° de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée.

« Lorsque l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence.

« Le directeur général de l'agence procède à l'inscription de la spécialité générique dans le répertoire des groupes génériques au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché de celle-ci le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle, sauf accord du titulaire de ces droits. »

II. - Le 1° de l'article L. 5121-20 du même code est ainsi rédigé :

« 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,

**Texte adopté par le Sénat**

TITRE III

**DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE  
MALADIE**

Article 15 A

*Supprimé*

Article 15

I. - Alinéa sans modification

« Art. L. 5121-10. - Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« Aux seules fins d'en garantir la publicité, le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé tient disponible au public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à une spécialité de référence si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de cette spécialité la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies. Les conditions de rémunération du service rendu par l'agence sont fixées par une décision de son conseil d'administration. »

II. - Non modifié



**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

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, et la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques mentionnés à l'article L. 5121-10 ; ».

**Texte adopté par le Sénat**

Article 16

..... Conforme .....

**Article 17**

I. – Après l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5.* - Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie et des finances prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.

« A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par arrêté des ministres compétents après avis du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament et de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code.

« Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant,

**Article 17**

I. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 162-16-5.* – Le ...

... publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal ...

... spécialités.

« A défaut ...

... même code, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

« Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat, précise les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

« Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. »

II. - Au 1° de l'article L. 162-17-4 du même code, après les mots : « le prix », sont insérés les mots : « ou le prix de vente déclaré mentionné à l'article L. 162-16-5 » et, après les mots : « de ces médicaments », sont insérés les mots : « , à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché ».

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

II. - Non modifié

*III (nouveau). - Préalablement à la publication de la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé peut notifier à l'entreprise exploitant un médicament mentionné à l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n° 2001-1246 du 21 décembre 2001) l'intention des ministres compétents d'appliquer à ce médicament les dispositions de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale et l'inviter à lui déclarer en conséquence le prix de vente aux établissements de santé mentionné au premier alinéa dudit article. Les modalités d'application des présentes dispositions sont fixées dans les conditions prévues par le quatrième alinéa de cet article.*

*IV (nouveau). - La dernière phrase de l'article L. 5126-4 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « Les conditions d'utilisation, le prix de cession des médicaments, le cas échéant, dans le respect des dispositions de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale et le prix de cession des dispositifs médicaux stériles sont arrêtés conjointement par les ministres chargés de l'économie et des finances, de la santé et de la sécurité sociale.*

Article 18, 19 et 19 bis

..... Conformes .....

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

Article 20

I. – Dans la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, il est inséré une sous-section 3 intitulée « Frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé » et comprenant les articles L. 162-22-6 à L. 162-22-18 ainsi rédigés :

« Art. L. 162-22-6. - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au *a* du 1<sup>o</sup> de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, exercées par les établissements suivants :

« *a*) Les établissements publics de santé à l'exception des hôpitaux locaux mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique et des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du même code ;

« *b*) les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier ;

« *c*) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

« *d*) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux *b* et *c* ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de l'hospitalisation ;

« *e*) les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux *b*, *c* et *d*.

« Ce décret précise :

« 1<sup>o</sup> Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

« 2<sup>o</sup> Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les

**Texte adopté par le Sénat**

Article 20

I. - Alinéa sans modification

« Art. L. 162-22-6. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

« *Art. L. 162-22-7.* - L'Etat fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées.

« Bénéficiaire d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans des conditions définies par décret.

« Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés.

« Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations bénéficient d'un remboursement à hauteur de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

« *Art. L. 162-22-8.* - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, certaines activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au *a* du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique exercées par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22-6 et qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants quel que soit le volume d'activité réalisé, peuvent bénéficier d'un financement conjoint sous la forme de tarifs de prestations d'hospitalisation et d'un forfait annuel versé, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-15. La liste de ces activités est fixée par décret.

« *Art. L. 162-22-9.* - I. - Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au *a* du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, exercées

**Texte adopté par le Sénat**

« *Art. L. 162-22-7.* - Non modifié

« *Art. L. 162-22-8.* - Non modifié

« *Art. L. 162-22-9.* - I. - Non modifié

### Texte adopté par l'Assemblée nationale

par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

« Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Cet objectif prend en compte, outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité.

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

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

« Art. L. 162-22-10. - I. - Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :

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

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

« 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels

### Texte adopté par le Sénat

II. - Alinéa sans modification

#### *Alinéa supprimé*

« Art. L. 162-22-10. - Alinéa sans modification

« 1° Alinéa sans modification

« 2° Alinéa sans modification

« 3° Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée.

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

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

« Lorsqu'il apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées pour le premier trimestre n'est pas compatible avec l'objectif de l'année en cours, et après analyse des différents facteurs d'évolution des charges par activités médicales, notamment les facteurs relatifs aux pratiques médicales et aux besoins de santé de la population, l'Etat modifie, après consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, les tarifs des prestations mentionnées au 1<sup>o</sup> de l'article L. 162-22-6 de manière à garantir son respect dans les conditions prévues au I du présent article. En aucun cas, la différence entre le tarif de responsabilité ainsi fixé et le prix de vente ne peut être facturée aux patients.

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

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

« Art. L. 162-22-11. - Dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1<sup>o</sup> de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3<sup>o</sup> du même article, servent de base à la

**Texte adopté par le Sénat**

Alinéa sans modification

« II. - Alinéa sans modification

« Lorsqu'il ...

... du présent article.

« III. - Non modifié

« IV. - Non modifié

« Art. L. 162-22-11. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.

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

« Art. L. 162-22-13. - Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° du I de l'article L.O. 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, à ceux relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

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

« En vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de l'hospitalisation est transmis avant le 15 octobre de chaque année au Parlement et aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés »

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

« Art. L. 162-22-14. - Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par l'Etat en

**Texte adopté par le Sénat**

« Art. L. 162-22-12. - Non modifié

« Art. L. 162-22-13. - Non modifié

« Art. L. 162-22-14. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu à l'article L. 162-22-13.

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

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

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

Les modalités d'application du présent article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.

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

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

« *Art. L. 162-22-18.* - Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en

**Texte adopté par le Sénat**

« *Art. L. 162-22-15.* - Non modifié

« *Art. L. 162-22-16.* - Non modifié

« *Art. L. 162-22-17.* - Non modifié

« *Art. L. 162-22-18.* - Non modifié



**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

« Cette sanction est prise par l'Etat à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique ou les médecins conseils des organismes d'assurance maladie mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique. Elle est notifiée à l'établissement.

« Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité ou une prestation en particulier, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de cette activité ou prestation, dans la limite de 5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

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

II. - Dans la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du même code, il est inséré, après l'article L. 162-22-18, une sous-section 4 comprenant les articles L. 162-24-1 à L. 162-30-1 et intitulée « Dispositions diverses ».

II. - Non modifié

Article 21

..... Conforme .....

Article 22

Article 22

I. - La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

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

« Art. L. 162-16-6. – I. – Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier. A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par un arrêté des ministres compétents après avis du comité et au plus tard dans un délai de soixante quinze jours après l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation

I. - Non modifié

### Texte adopté par l'Assemblée nationale

de la spécialité pharmaceutique et de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

« En aucun cas, la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.

« Un accord conclu à cet effet entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure et les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

« Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

« II. - Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L.162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L.162-22-7, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, les mots : « au premier alinéa de l'article L. 162-17 » sont remplacés par les mots : « aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à l'article L. 162-17 ».

II. - L'article L. 165-7 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 165-7. - Les frais d'acquisition et de renouvellement des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 sont remboursés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 et au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

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

### Texte adopté par le Sénat

II. - Alinéa sans modification

« Art. L. 165-7. - Alinéa sans modification

*Alinéa supprimé*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

par les articles L. 162-22-9 et L. 162-22-10. ».

Article 23 à 27

..... Conformes .....

Article 28

Article 28

Les dispositions des articles 18 à 27 sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 19 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 20 qui s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2004 dans les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes.

Alinéa sans modification

I. - En 2005, par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, la fraction des tarifs mentionnés au A du V du présent article et les frais afférents à la fourniture de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations ne sont pas facturés aux caisses mentionnées à l'article L. 174-2 du même code par les établissements. Les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de l'hospitalisation, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.

I. – Non modifié

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

L'agence régionale de l'hospitalisation procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.

L'agence régionale de l'hospitalisation procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant du ou des trimestres suivants.

II. - En 2005, dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par dérogation aux dispositions des 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations ne servent pas de base au calcul de la participation de l'assuré. Cette participation est calculée sur la base des tarifs de prestations fixés par l'agence régionale de l'hospitalisation selon les conditions et modalités applicables antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.

III. - Pour la détermination en 2005 des éléments mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, il est tenu compte de l'état provisoire des charges afférentes aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au *a* du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris celles relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, au titre des soins dispensés l'année précédente dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi ainsi que des charges afférentes à la dispensation des médicaments et à la fourniture des produits et prestations facturés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du même code dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

IV. - Pour les années 2005 à 2012, l'Etat fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, des coefficients de transition moyens régionaux ainsi que les écarts maximums entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du même code de la région après application de leur coefficient de transition. Les coefficients de transition moyens régionaux atteignent la valeur 1 au plus tard en 2014.

L'Etat fixe les règles générales de modulation du

**Texte adopté par le Sénat**

II. - Non modifié

III. - Non modifié

IV. - Pour ...

... en 2012.

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

coefficient de transition entre les établissements de la région, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 162-22-10 du même code.

Les tarifs des prestations mentionnés au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code applicables à chacun des établissements de santé mentionnés au *d* du même article sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en appliquant le coefficient de transition et, le cas échéant, le coefficient de haute technicité propres à l'établissement aux tarifs nationaux des prestations affectés, le cas échéant, d'un coefficient géographique. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard en 2014. Le coefficient de haute technicité est égal à celui calculé pour l'année 2004. Ce coefficient s'applique jusqu'à la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire relatifs aux activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

V. - Pour les années 2005 à 2012, les dispositions de la présente loi s'appliquent sous réserve des dispositions suivantes :

A. - Les prestations d'hospitalisation dispensées aux assurés sociaux dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au *a* du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique exercées par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des deux éléments suivants :

1° Une fraction du tarif des prestations d'hospitalisation fixé en application des dispositions du 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré correspondant à cette fraction ;

2° Une dotation annuelle complémentaire déterminée dans les conditions prévues au D du présent V.

La fraction mentionnée au 1° est fixée par l'Etat dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-10 du même code.

B. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 du même code fixe en outre les modalités selon lesquelles est déterminé chaque année le montant total des dotations annuelles complémentaires mentionnées au A compatible avec le respect de l'objectif.

C. - Dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-22-10 du même code, l'Etat détermine le montant total des dotations annuelles complémentaires et fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° dudit I, les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires.

D. - Dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-12 du même code, l'Etat fixe, outre le montant des forfaits annuels de chaque établissement, le montant de

**Texte adopté par le Sénat**

Les ...

... tard en 2012. Le ...

... continue.

V. - Alinéa sans modification

A. - Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

2° Alinéa sans modification

La fraction ...

... code et ne peut être inférieure à 50 % en 2008.

B. - Non modifié

C. - Non modifié

D. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

la dotation annuelle complémentaire de chaque établissement de santé mentionné aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, dans la limite du montant régional fixé dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-10 du même code et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, le montant total des dotations annuelles complémentaires allouées aux établissements de la région peut être supérieur au montant régional à concurrence de l'écart entre le montant total des dotations annuelles de financement mentionnées à l'article L. 174-1 du même code et le montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 du même code. Le montant de la dotation de chaque établissement est fixé en tenant compte notamment de la dotation de l'année précédente, de la fraction des tarifs des prestations prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie fixée dans les conditions prévues au A et le cas échéant de l'activité de l'établissement. Son montant tient également compte des changements de toute nature à l'issue desquels la proportion de patients non-assurés sociaux accueillis est notablement modifiée.

E. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-1 du même code, le montant total des dotations annuelles de financement allouées aux établissements de la région en application du même article peut être supérieur au montant de la dotation régionale prévue à l'article L. 174-1-1 du même code à concurrence de l'écart entre le montant total des dotations annuelles complémentaires mentionnées au 2° du A du présent V et le montant régional prévu au C.

F. - Le budget mentionné à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique tient également compte de la dotation annuelle complémentaire prévue au 2° du A du présent V.

G. - La modification du budget sur laquelle le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande aux établissements de délibérer en application des dispositions de l'article L. 6145-4 du même code tient compte de la modification de la dotation annuelle complémentaire.

H. - Pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les recettes d'assurance maladie prises en compte pour l'application des sanctions financières prises en application de l'article L. 162-22-18 du même code sont celles versées en application des dispositions du 1° du A du présent V.

Article 29

I. - En 2004, les dispositions relatives au financement des établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale s'appliquent

**Texte adopté par le Sénat**

E. – Non modifié

F. – Non modifié

G. – Non modifié

H. – Non modifié

Article 29

I. - Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi sous réserve des dispositions suivantes :

A. - Par dérogation aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la présente loi, le montant des dotations régionales est fixé en tenant compte :

a) Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, de l'activité constatée sur la base des informations produites en application de l'article L. 6113-7 du code de la santé publique et valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité et en tenant compte de l'évolution prévisionnelle de l'activité ;

b) Pour les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation ainsi que pour celles des établissements mentionnés aux articles L. 174-5 et L. 174-15 du code de la sécurité sociale et de celles fixées en application des articles L. 6141-2, L. 6141-5, et L. 6141-7 du code de la santé publique, des informations produites en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du même code et des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.

B. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 6145-1 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à la présente loi, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête, dans le respect du montant de la dotation régionale limitative définie au A, pour chaque établissement de santé, le montant des dépenses autorisées pour l'exercice 2004 en tenant compte :

a) Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, de l'activité de l'établissement valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité et de l'évolution prévisionnelle de l'activité et, le cas échéant, des orientations des schémas d'organisation sanitaire, des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

b) Pour les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation ainsi que pour celles des établissements mentionnés à l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale et de celles fixées en application de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, de l'évolution prévisionnelle de l'activité, des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et des priorités de la politique de santé, du projet d'établissement et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête, au plus tard le 15 février, les autorisations de dépenses de l'établissement et les prévisions de recettes du budget de l'année et, en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs des prestations mentionnés respectivement aux L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale.

**Texte adopté par le Sénat**

A. – Non modifié

B - Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

*Ces dispositions sont applicables à l'Assistance*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

C. - Les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activités y compris celles relatives aux consultations externes. Ils transmettent également, selon la même périodicité, la consommation de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations figurant sur une liste arrêtée par l'Etat.

Au vu de l'évolution de l'activité de l'établissement valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité, l'Etat révisé, le cas échéant, le montant des dépenses autorisées et fixe le montant de la dotation globale et des tarifs de prestations dans le respect de la dotation régionale limitative prévue au A.

II. - En 2004, les dispositions des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5, L. 162-22-7 et L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale s'appliquent dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

1. Les prestations d'hospitalisation des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie sont établies selon les modalités suivantes :

*a)* En application des dispositions du 1° de l'article L. 162-22-1 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, jusqu'au 30 septembre. Les tarifs de ces prestations sont fixés en application des dispositions de l'accord national, des accords régionaux et de l'arrêté mentionnés respectivement aux L. 162-22-3, L. 162-22-4 et L. 162-22-7 du même code et s'appliquent du 1<sup>er</sup> mai au 30 septembre ;

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

2. A. - L'Etat fixe, au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre, dans le respect de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-2 du même code, les éléments suivants :

1° Les tarifs nationaux de prestations d'hospitalisation, y compris celles afférentes aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile ;

2° Les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés à

*publique - Hôpitaux de Paris. Les compétences de l'agence régionale de l'hospitalisation sont, en ce qui concerne l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, exercées dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 6147-1 du code de la santé publique.*

C. - Non modifié

II. - Non modifié



**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

l'article L. 162-22-8 du même code ;

3° Les coefficients de transition moyens régionaux ainsi que les écarts maximum entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements de chaque région après affectation de leur coefficient de transition.

Il fixe également, avant le 15 septembre, les règles générales de modulation des coefficients de transition mentionnés au 3°.

B. – Les tarifs des prestations de chaque établissement sont fixés dans le cadre d'un avenant à son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ils sont calculés en appliquant le coefficient de transition et, le cas échéant, le coefficient de haute technicité propres à l'établissement aux tarifs nationaux des prestations affectés, le cas échéant, d'un coefficient géographique.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de calcul des éléments prévus au 1° à 3° du A ainsi que les modalités de calcul du coefficient de transition et du coefficient de haute technicité applicable à chaque établissement.

III (*nouveau*). – Pour l'année 2004, l'Etat fixe les conditions dans lesquelles certains médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale peuvent être pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées aux articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du même code.

**Texte adopté par le Sénat**

III. – Non modifié

*Article 29 bis (nouveau)*

*A compter du 1<sup>er</sup> octobre 2004, il est créé auprès du ministre chargé de la santé un comité ayant pour mission d'évaluer l'application de la tarification à l'activité et notamment :*

- d'évaluer sa mise en œuvre et ses conséquences sur le fonctionnement du système de santé ;*
- de mesurer son état d'avancement au regard des objectifs fixés pour 2008 et 2012 par l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° ... du ... ) ;*
- d'identifier les principales difficultés rencontrées par les parties prenantes, dont les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation ;*
- d'assister et d'informer ces parties prenantes ;*
- de formuler toute proposition susceptible d'améliorer la mise en œuvre et le suivi de cette tarification.*

*La composition et les modalités de fonctionnement du comité sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

Article 30

Après l'article L. 6133-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6133-5 ainsi rédigé :

« *Art.L. 6133-5.* – Pendant une durée maximale de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut autoriser des groupements de coopération sanitaire à conduire une expérimentation portant sur les modalités de rémunération des professionnels médicaux exerçant dans les établissements membres de ces groupements et des médecins libéraux.

« Les médecins libéraux exerçant leur activité au sein des groupements autorisés à participer à l'expérimentation peuvent être rémunérés par l'assurance maladie sous la forme de financements forfaitaires dont le montant est fixé par décision conjointe du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et du directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Les professionnels médicaux exerçant dans les établissements membres des groupements de coopération sanitaire peuvent être rémunérés dans des conditions dérogatoires à celles découlant de leur statut ou de leur contrat de travail selon des modalités fixées par une convention conclue entre l'établissement public de santé ou l'établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier ou ayant opté pour la dotation globale de financement membre du groupement autorisé à participer à l'expérimentation et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Seuls peuvent être autorisés à conduire une telle expérimentation les groupements de coopération comprenant au moins un établissement public de santé et un établissement de santé privé mentionné au *b*, au *c* et au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

« Ces groupements sont constitués en vue de réaliser l'un des objectifs suivants :

« 1° Remplir une mission de soins autorisée dans les conditions mentionnées à l'article L. 6133-1 ;

« 2° Constituer une équipe commune de professionnels médicaux exerçant son activité au bénéfice d'une mission de soins assurée par les établissements de santé membres du groupement.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges relatif aux modalités d'évaluation de ces expérimentations. »

**Texte adopté par le Sénat**

Article 30

Alinéa sans modification

*Art. L. 6133-5.* – Pendant ...

... des professionnels médicaux *des établissements membres de ces groupements et des médecins libéraux pour la part de leur activité qu'ils exercent au sein de ces groupements et sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés par ces groupements lorsqu'ils sont autorisés dans les conditions définies au dernier alinéa de l'article L. 6133-1.*

« Les médecins ...

... d'assurance maladie. *Préalablement à la fixation de ce forfait, une concertation est organisée à l'échelon régional avec les syndicats représentatifs de médecins libéraux. Les professionnels médicaux des établissements de santé membres des groupements de coopération sanitaires pour la part de leur activité qu'ils exercent au sein de ces groupements peuvent être rémunérés ...*

... l'hospitalisation.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« Un arrêté ...

... modalités *de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation.* »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

*Article 30 bis (nouveau)*

*I. - A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, les agents classés dans le corps des aides soignants de la fonction publique hospitalière bénéficient de la prise en compte de la prime spéciale de sujétion, dans la limite de 10 % de leur traitement indiciaire, pour le calcul de la pension de retraite ainsi que pour les retenues pour pension.*

*Les agents du corps des aides soignants de la fonction publique hospitalière sont assujettis à une retenue supplémentaire dont le taux est fixé par décret. Cette retenue est assise sur la prime spéciale de sujétion. Les collectivités employeurs supportent pour les mêmes personnels une contribution supplémentaire fixée dans les mêmes conditions.*

*La prise en compte de la prime spéciale de sujétion mentionnée au 1<sup>er</sup> alinéa et le supplément de pension qui en découle, seront réalisés progressivement du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 1<sup>er</sup> janvier 2008 dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.*

*Le bénéfice du supplément de pension résultant de l'intégration de cette prime est ouvert à partir de l'âge de cinquante-cinq ans et à condition d'avoir accompli quinze ans de services effectifs dans la fonction publique hospitalière.*

*Les deux conditions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux agents du corps des aides soignants qui sont radiés des cadres ou mis à la retraite pour invalidité et aux ayants cause de ces fonctionnaires décédés avant leur admission à la retraite.*

*Le supplément de pension est calculé à due proportion des années de services accomplis dans le corps des aides soignants de la fonction publique hospitalière.*

*En aucun cas, le montant de la pension d'un agent du corps des aides soignants promu dans un corps de catégorie B ou A de la fonction publique hospitalière ne peut être inférieur à celui qu'il aurait obtenu s'il n'avait pas été promu dans ce corps.*

*II. - Par dérogation aux conditions posées au sixième alinéa du I, les agents classés dans le corps des aides soignants de la fonction publique hospitalière au 31 décembre 2003 et justifiant de quinze ans de services effectifs dans la fonction publique hospitalière au moment de leur départ en retraite bénéficient du supplément de pension à taux complet.*

Article 31

..... Conforme .....

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Article 31 bis (nouveau)**

Dans la dernière phrase du I de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, après le mot : « titulaire », sont insérés les mots : « , notamment par la présence d'une photo d'identité, ».

**Article 32**

L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sont exclus de la couverture définie au présent article les actes et prestations qui sont effectués pour répondre à des exigences législatives, réglementaires ou contractuelles autres que celles figurant au présent code, et qui ne sont pas rendus nécessaires par l'état du patient. »

**Article 33**

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

« *Art. L. 162-4.* - Les médecins sont tenus de signaler sur l'ordonnance, support de la prescription, le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent :

« 1° Lorsqu'ils prescrivent une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;

« 2° Lorsqu'ils prescrivent un produit ou une prestation en dehors des indications thérapeutiques ou diagnostiques telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ;

« 3° Lorsqu'ils prescrivent des actes ou prestations en dehors des indications ou des conditions de prise en charge ou de remboursement, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 ;

« 4° Lorsqu'ils prescrivent des actes et prestations non remboursables en application de l'article L. 321-1.

« Lorsque les médecins réalisent des actes non remboursables, ils n'établissent pas le document prévu à l'article L. 161-33. »

II. - A la section 2 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du même code il est rétabli, avant la sous-section 1, un article L. 162-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-8.* - Les dispositions de l'article

**Texte adopté par le Sénat**

**Article 31 bis**

*Supprimé*

**Article 32**

Alinéa sans modification

« Sont exclus ...

... patient, à l'exception des certificats de constatation de coups et blessures ou de sévices. Toutefois, lorsque ces actes et prestations s'inscrivent dans une démarche de prévention, ils sont remboursés dans le cadre des contrats de santé publique signés entre les médecins et les caisses d'assurance maladie. »

**Article 33**

I. - Non modifié

II. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

L. 162-4 s'appliquent aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux pour ce qui les concerne. »

III. - A la section 3 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du même code, il est inséré un article L. 162-13-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-13-3. - Lorsque les directeurs de laboratoires effectuent des analyses et examens de laboratoires non remboursables en application de l'article L. 321-1, ils n'établissent pas le document ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie prévu à l'article L. 161-33. »

IV. - Les dispositions du présent article s'appliquent au 15 février 2004.

**Article 33 bis (nouveau)**

L'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale est complété par un III ainsi rédigé :

« III. - Le pharmacien qui délivre à un assuré social porteur de la carte électronique individuelle interrégimes ou à un de ses ayants droit une spécialité pharmaceutique remboursable par les régimes d'assurance maladie lui communique pour information la charge que celle-ci représente pour ces régimes. Les conditions de cette obligation, qui revêt une forme écrite, sont précisées par décret. »

**Texte adopté par le Sénat**

III. - Alinéa sans modification

« Art. L. 162-13-3. - Lorsque ...

... remboursables, ils n'établissent ...

... L. 161-33. »

IV. - Non modifié

**Article 33 bis**

**Supprimé**

Article 34

..... Conforme .....

**Article 34 bis (nouveau)**

*I - Le premier alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :*

*« La convention comporte également un plan de contrôle des prestations servies. »*

*II - Le II de l'article L. 315-1 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :*

*« Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en œuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1.*

*« Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail, ce médecin transmet son avis au service du contrôle médical de la caisse. Si ce service conclut également, au vu de cet avis, à l'absence de*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Article 35**

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

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

« Si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être conclus qu'après avoir reçu l'avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable. »

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

« Les accords régionaux sont approuvés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie qui disposent d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. A l'expiration de ce délai, l'accord est réputé approuvé. Les accords nationaux ou régionaux entrent en vigueur à compter de leur publication.

« Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces accords sont contraires aux objectifs qu'ils poursuivent, le ministre chargé de la santé ou, pour les accords régionaux, le représentant de l'Etat dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

« Les accords nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les accords régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'Etat dans la région. Les accords sont également transmis, en tant qu'ils

**Texte adopté par le Sénat**

*justification de l'arrêt de travail, la caisse suspend le versement des indemnités journalières après en avoir informé l'assuré. »*

*III – Après la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 315-2 du même code, sont insérés deux phrases ainsi rédigées :*

*« Lorsque le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci, il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. »*

**Article 35**

I - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Alinéa sans modification

*« Les accords régionaux sont approuvés par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, qui dispose d'un délai ...*

*... publication.*

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

concernent les médecins, aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral. »

II. - L'article L. 162-12-18 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Des contrats de bonne pratique sont définis, à l'échelon national par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, et L. 322-5-2 et, à l'échelon régional, par les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui peut ouvrir droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération et à la majoration de la participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4. Lorsqu'ils sont conclus au niveau régional, ces contrats doivent être conformes aux objectifs, thèmes et règles générales de mise en œuvre mentionnés dans la convention nationale.

« Le complément de rémunération ou la majoration de participation peuvent être modulés en fonction de critères d'expérience, de qualité des pratiques ou d'engagements relatifs à la formation, au lieu d'installation et d'exercice du médecin dans les conditions prévues par ces contrats. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « , défini par la convention, » sont supprimés ;

3° Le onzième alinéa est ainsi rédigé :

« Le contrat peut comporter des engagements spécifiques en matière de permanence des soins ou d'implantation ou de maintien dans les zones mentionnées au deuxième alinéa du II de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) et au 3° du II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. » ;

4° Au douzième alinéa, les mots : « Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 » sont remplacés par les mots : « Les contrats » ;

5° Il est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être proposés à l'adhésion des professionnels de santé qu'après avoir reçu l'avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. A l'expiration de ce délai,

**Texte adopté par le Sénat**

II. – Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

« Des contrats de *pratique professionnelle* sont ...

... contrat de *pratique professionnelle* qui peut ouvrir ...

... nationale.

Alinéa sans modification

2° Non modifié

3° Non modifié

4° Non modifié

5° Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

l'avis est réputé favorable.

« Les contrats régionaux sont approuvés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale de l'assurance maladie qui disposent d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. A l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

« Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale, le ministre chargé de la santé ou, pour les contrats régionaux, le représentant de l'Etat dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

« Les contrats nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les contrats régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'Etat dans la région. Les contrats sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral. »

III. - A l'article L. 162-12-19 du même code, les mots : « , et après consultation des syndicats représentatifs des professions concernées » sont remplacés par les mots : « , et après consultation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, et des syndicats représentatifs des professions concernées ».

IV. - La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-5-11 du même code est ainsi rédigée :

« Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré ou modulé par le contrat de bonne pratique prévu à l'article L. 162-12-18 auquel le médecin a adhéré. »

V. - La dernière phrase du deuxième alinéa des articles L. 645-2 et L. 722-4 du même code est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par le contrat de bonne pratique prévu à l'article L. 162-12-18 auquel le professionnel de santé a adhéré. Une modulation du niveau de la participation peut être également prévue pour le médecin qui adhère à un contrat de bonne pratique. »

VI. - Au 2° de l'article L. 162-14-1 du même code, les mots : « ces engagements prennent la forme d'accords de bon usage des soins prévus par l'article L. 162-12-17, qui constituent dans ce cas une annexe à la convention

**Texte adopté par le Sénat**

« Les contrats régionaux sont approuvés par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, qui dispose d'un délai ...

... approuvé.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

III. - A l'article L. 162-12-19 du même code, les mots : « contrats de bonne pratique » sont remplacés par les mots : « contrats de pratique professionnelle » et les mots : « ,et après consultation des syndicats ...

... concernées ».

IV. - Non modifié

V. - La dernière ...

... code est ainsi rédigée :

« Ce décret ...

... adhéré, ainsi que les conditions dans lesquelles une modulation du niveau ...  
... pratique. »

VI. - Au 2° ...



### Texte adopté par l'Assemblée nationale

nationale, de contrats de bonne pratique prévus par l'article L. 162-12-18 ou de tout autre dispositif que les conventions mettent en œuvre conformément aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 ; » sont supprimés.

#### Article 36

Après l'article L. 183-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 183-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 183-1-1.* - Les unions régionales des caisses d'assurance maladie peuvent passer des contrats avec des réseaux de professionnels de santé conventionnés exerçant à titre libéral dans une aire géographique définie.

« Les engagements de ces professionnels de santé et les objectifs quantifiés associés peuvent porter sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques des professionnels concernés, la mise en œuvre des références médicales, la gestion du dossier du patient ou la mise en œuvre d'actions de prévention et de dépistage.

« Le contrat prévoit le montant des financements alloués à la structure en contrepartie de ces engagements ainsi que les conditions dans lesquelles les actions font l'objet d'une évaluation.

« Les unions régionales des caisses d'assurance maladie transmettent pour avis ces contrats, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique. Cet avis est rendu dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception du texte par les unions susmentionnées. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

« Ces contrats sont approuvés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie qui disposent d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires ; à défaut le contrat est réputé approuvé.

« Les dispositions du présent article s'appliquent également aux médecins exerçant dans les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1. »

#### Article 37

L'article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Des contrats de santé publique sont définis, à

### Texte adopté par le Sénat

... supprimés et les mots : « recommandations de bonne pratique » sont remplacés par les mots : « recommandations de pratique professionnelle ».

#### Article 36

Alinéa sans modification

« *Art. L. 183-1-1.* - Alinéa sans modification

« Les engagements de ces réseaux de professionnels ...

... dépistage.

Alinéa sans modification

« Les unions ...

... médecins dans le cadre de leur activité libérale, aux unions ...

... favorable.

« Ces contrats sont approuvés par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, qui dispose d'un délai ...

... signataires ; à l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

Alinéa sans modification

#### Article 37

Alinéa sans modification

1° Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

l'échelon national par les parties à la ou les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, et, à l'échelon régional, par les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique qui peuvent ouvrir droit à une rémunération forfaitaire. Lorsqu'ils sont conclus au niveau régional, ces contrats doivent être conformes aux objectifs, thèmes et règles générales de mise en œuvre mentionnés dans la convention nationale. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : «, définis par la convention, » sont supprimés ;

3° Il est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être proposés à l'adhésion des professionnels de santé qu'après avoir reçu l'avis favorable de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

« Les contrats régionaux sont approuvés par les caisses signataires de la ou les conventions qui disposent d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires ; à défaut le contrat est réputé approuvé.

« Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale, le ministre chargé de la santé ou, pour les contrats régionaux, le représentant de l'Etat dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

« Les contrats nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les contrats régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'Etat dans la région. Les contrats sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral. »

**Texte adopté par le Sénat**

2° Non modifié

3° Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

*« Ces contrats sont approuvés par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, qui dispose d'un délai ...*

*... signataires ; à l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.*

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

*Article 37 bis (nouveau)*

*I. – Le I de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est ainsi modifié :*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

Article 38

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

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

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

« Le fonds peut accorder jusqu'au 31 décembre 2006, une aide aux expérimentations, dans quelques sites pilotes, d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales. A ce titre, il peut, par dérogation, accorder des financements à des prestataires de services en vue de la mise en œuvre des outils nécessaires. »

Article 39

Article 38

I. – Non modifié

II. - Alinéa sans modification

*1° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« L'obligation de cesser définitivement toute activité médicale non salariée, prévue au premier alinéa du présent I, ne fait pas obstacle à la participation à la permanence des soins prévue à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique. » ;*

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

*« Toutefois, il n'est pas tenu compte des revenus tirés de l'activité médicale exercée dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique. »*

*II. - La sous-section 3 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-5-12-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 162-5-12-1. - Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique par les médecins bénéficiant des dispositions de l'article L. 643-6 du présent code ainsi que les médecins concernés par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés par la convention prévue à l'article L. 162-5 du présent code ou par le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9. Ces médecins sont tenus de respecter ces tarifs. »*

*« Jusqu'au 31 décembre 2006, le fonds peut contribuer aux expérimentations, dans quelques sites pilotes, d'une offre d'hébergement au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales. A ce titre, il peut, par dérogation, assurer le financement d'une mission chargée de conduire les expérimentations, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et de l'assurance maladie ».*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

..... Conforme .....

Article 40

Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 70 millions d'euros pour l'année 2004.

Article 41

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

« Art. L. 6416-1. - Les activités relevant des missions de l'établissement public de santé de Mayotte et réalisées jusqu'au 31 décembre 2003 dans les dispensaires de Mayotte sont intégrées à l'établissement public de santé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004. Les droits et obligations, créances et dettes nés de ces activités antérieurement à cette intégration demeurent à la charge de la collectivité départementale. Des conventions entre la collectivité départementale et l'établissement public de santé fixent les modalités de mise à disposition de l'établissement public de santé des personnels, locaux et équipements concernés par ces activités. A défaut de convention au 29 février 2004, un décret définit ces modalités de mise à disposition. Le financement de cette intégration est assuré, pour les assurés

Article 39 bis (nouveau)

*Le III de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est complété par une phrase ainsi rédigée :*

*« D'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2005, cette base sera réalisée sous forme informatique, notamment avec la contribution du fonds visé à l'article L. 4001-1 du code de la santé publique, afin d'être mise à la disposition des professionnels de santé qui en feront la demande. »*

Article 40

I. - Non modifié

*II (nouveau). - L'article L. 1142-22-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :*

*« Art. L. 1142-22-1 - L'office adresse au Gouvernement, au Parlement et à la Commission nationale des accidents médicaux un rapport d'activité semestriel. Ce rapport comporte notamment une partie spécifique sur les infections nosocomiales dont l'office a eu connaissance en application des articles L. 1142-8 et L. 1142-21. Il est rendu public. »*

Article 41

Alinéa sans modification

« Art. L. 6416-1. - Les ...

...  
départementale. Sans préjudice des dispositions de l'article 64 de la loi de programme pour l'outre-mer n° 2003-660 du 21 juillet 2003, des conventions ...

... convention au 31 mars 2004, ...

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

sociaux mahorais, dans les conditions prévues à l'article 20 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte. L'établissement public de santé de Mayotte bénéficie au titre de l'article L. 6415-5 du maintien de la contribution versée par l'Etat pour le fonctionnement des dispensaires. »

Article 42

Le Fonds national d'assurance maladie de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés participe en 2003, à hauteur de 155,4 millions d'euros, au fonds de concours créé par l'Etat en vue de l'achat, du stockage et de la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou aux traitements d'un grand nombre de personnes exposées à un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d'un acte terroriste.

Article 42 bis (nouveau)

Après les mots : « des accords », la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée : « pour l'année en cours. Ils fixent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, le taux d'évolution de la masse salariale pour l'année en cours qui est opposable aux parties négociant les conventions susmentionnées. »

**Texte adopté par le Sénat**

... dispensaires. »

Article 42

Le Fonds ...  
... salariés *contribue, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, en 2003, ...*

... terroriste. *Cette contribution est répartie entre les différents régimes selon les règles mises en œuvre au titre de l'année 2003 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.*

Article 42 bis

Après ...

... Conseil d'Etat, *les paramètres d'évolution de la masse salariale pour l'année en cours, liés notamment à la diversité des financeurs et aux modalités de prise en charge des personnes, qui sont opposables aux parties négociant les conventions susmentionnées. »*

Article 43 à 45

..... Conformes .....

TITRE IV

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES  
POLITIQUES DE SECURITE SOCIALE**

Section 1

**Branche accidents du travail  
et maladies professionnelles**

TITRE IV

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES  
POLITIQUES DE SECURITE SOCIALE**

Section 1

**Branche accidents du travail  
et maladies professionnelles**

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 46 à 49

..... Conformes .....

Section 2

Section 2

**Branche famille**

**Branche famille**

Article 50

Article 50

I. - L'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

I. - Non modifié

1° Le 1° est ainsi rédigé :

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

2° Les 9° et 10° sont abrogés ;

3° Le 11° devient le 9°.

II. - Le titre III du livre V du même code est ainsi rédigé :

II. - Non modifié

« TITRE III

« **PRESTATION D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT**

« CHAPITRE I<sup>er</sup>

« **Dispositions générales relatives à la prestation d'accueil du jeune enfant**

« Art. L. 531-1. - Ouvrent droit à la prestation d'accueil du jeune enfant l'enfant à naître et l'enfant né dont l'âge est inférieur à un âge limite.

« Cette prestation comprend :

« 1° Une prime à la naissance ou à l'adoption, versée dans les conditions définies à l'article L. 531-2 ;

« 2° Une allocation de base, versée dans les conditions définies à l'article L. 531-3, visant à compenser le coût lié à l'entretien de l'enfant ;

« 3° Un complément de libre choix d'activité versé, dans les conditions définies à l'article L. 531-4, à celui des parents qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle ou de travailler à temps partiel pour s'occuper d'un enfant ;

« 4° Un complément de libre choix du mode de garde, versé, dans les conditions définies aux articles L. 531-5 à L. 531-9, pour compenser le coût de la garde d'un enfant.

« La personne ou le ménage qui ne répond pas à la condition de ressources pour percevoir la prime à la naissance ou à l'adoption mentionnée au 1° et l'allocation de

### Texte adopté par l'Assemblée nationale

base mentionnée au 2° peut toutefois percevoir les compléments prévus aux 3° et 4°.

« Le bénéfice du complément mentionné au 3° peut être cumulé avec celui mentionné au 4°.

« *Art. L. 531-2.* - La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3.

« La date de versement de cette prime est fixée par décret.

« Le plafond de ressources varie selon le rang et le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule.

« Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

« *Art. L. 531-3.* - L'allocation de base est attribuée, à compter du premier jour du mois de la naissance du ou des enfants, au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond. Elle est versée jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite prévu au premier alinéa de l'article L. 531-1.

« L'allocation est versée à compter du premier jour du mois de l'arrivée au foyer, pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie à l'alinéa précédent.

« Le plafond de ressources est celui défini à l'article L. 531-2.

« Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.

« *Art. L. 531-4.* - I. - 1. Le complément de libre choix d'activité est versé à taux plein à la personne qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant.

« Les conditions d'assimilation d'un mandat d'élu à une activité professionnelle au sens de l'alinéa précédent sont définies par décret.

« 2. Le complément est attribué à taux partiel à la

### Texte adopté par le Sénat

### Texte adopté par l'Assemblée nationale

personne qui exerce une activité ou poursuit une formation professionnelle rémunérée, à temps partiel. Son montant est fonction de la quotité de l'activité exercée ou de la formation suivie. Les quotités minimale et maximale de l'activité ou de la formation sont définies par décret.

« Les modalités selon lesquelles ce complément à taux partiel est attribué aux personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural ainsi qu'aux élus locaux sont adaptées par décret.

« Ce complément à taux partiel est attribué au même taux pendant une durée minimale déterminée par décret. Il ne peut y avoir révision de ce taux au cours de cette durée qu'en cas de cessation de l'activité ou de la formation.

« II. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 552-1, lorsque le bénéficiaire du complément de libre choix d'activité a un seul enfant à charge, le droit au complément est ouvert le mois de la naissance ou de l'adoption de l'enfant ou le mois de l'arrêt du versement des indemnités ou allocations mentionnées aux 1<sup>o</sup> à 3<sup>o</sup> du II de l'article L. 532-2. Sa durée de versement est limitée à une durée maximale.

« III. - L'ouverture du droit est subordonnée à l'exercice antérieur d'une activité professionnelle suffisante pour ouvrir des droits à pension de retraite dans un régime de base.

« Cette activité doit avoir été exercée pendant une durée minimale au cours d'une période de référence précédant soit la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant pour lequel l'allocation est demandée, soit la demande si elle est postérieure lorsque le bénéficiaire compte plus d'un enfant à charge. Cette durée varie selon le nombre d'enfants à charge.

« Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle sont définies par décret en fonction du rang de l'enfant.

« Les deux membres d'un couple ne peuvent cumuler le bénéfice de deux compléments de libre choix d'activité à taux plein. Lorsque les deux membres du couple exercent une activité professionnelle ou poursuivent une formation professionnelle rémunérée à temps partiel, un complément à taux partiel peut être attribué à chacun d'entre eux dans les conditions définies au 2 du I sans que, toutefois, le montant cumulé de ces deux compléments à taux partiel puisse être supérieur à celui du complément à taux plein.

« IV. - Pour les enfants adoptés ou confiés en vue d'adoption, le complément est versé pendant une durée minimale à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer des adoptants, sous réserve des dispositions du II.

« Par dérogation au premier alinéa de l'article

### Texte adopté par le Sénat



### Texte adopté par l'Assemblée nationale

L. 531-1, le complément est également versé pour les enfants dont l'âge, au moment de leur arrivée au foyer des adoptants, est supérieur à l'âge limite mentionné à cet article. La durée de versement est, dans ce cas, égale à la durée minimale mentionnée à l'alinéa précédent, sous réserve des dispositions du 2° de l'article L. 512-3.

« V. - L'âge limite de versement mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 et la durée de versement prévue au IV du présent article sont augmentés en cas :

« 1° De naissances multiples d'enfants d'un nombre déterminé ;

« 2° D'arrivées simultanées d'un nombre déterminé d'enfants, adoptés ou confiés en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, au foyer des adoptants.

« VI. - Par dérogation au premier alinéa du 1 du I et dans des conditions définies par décret, le complément de libre choix d'activité à taux plein peut être cumulé, pendant une durée déterminée, avec un revenu professionnel, en cas de reprise d'activité du parent bénéficiaire alors qu'il a un enfant à charge remplissant des conditions d'âge. Cette option, définitive, est ouverte au parent qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants.

« VII. - Le montant du complément de libre choix d'activité est majoré lorsque la personne y ouvrant droit ne bénéficie pas de l'allocation de base mentionnée au 2° de l'article L. 531-1.

« Art. L. 531-5. I. - Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.

« Ce complément comprend :

« a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;

« b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.

« Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule dispose d'un minimum de revenus tirés d'une activité professionnelle. Le montant de ce revenu diffère selon que la charge des enfants est assumée par un couple ou par une personne seule. Un décret précise les conditions dans lesquelles ces modalités sont adaptées aux non salariés. Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.

« La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :

« - lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;

### Texte adopté par le Sénat

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

« - lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail ;

« - aux personnes bénéficiaires d'une des allocations mentionnées à l'article L. 524-1 du présent code et à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« II. - Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistante maternelle ne dépasse pas un montant fixé par décret.

« Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail, une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d'un plafond par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« III. - La rémunération de la personne qui assure la garde du ou des enfants est prise en charge, pour une part fixée par décret du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 773-3 du code du travail. Cette prise en charge ne peut excéder un plafond fixé en fonction des ressources de la personne ou du ménage. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du même code.

« IV. - Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite.

« V. - Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.

« *Art. L. 531-6.* - Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde. Le montant versé varie en fonction des revenus du

**Texte adopté par le Sénat**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

ménage ou de la personne.

« Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants versés sont réduits.

« L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret.

« L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales.

« *Art. L. 531-7.* - Le droit au complément est ouvert à compter du premier jour du mois civil au cours duquel la demande est déposée. Il cesse au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'une des conditions cesse d'être remplie.

« *Art. L. 531-8.* - Les caisses versent le montant mentionné au *a* du I de l'article L. 531-5 à un organisme de recouvrement de sécurité sociale désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« L'employeur est dispensé du versement des cotisations et contributions sociales à hauteur de ce montant sous réserve de se conformer aux modalités de déclaration fixées par décret. Dans ce cas, les cotisations et contributions sociales demeurant à sa charge donnent lieu à prélèvement automatique au cours du mois suivant la réception des formulaires de déclaration. L'organisme mentionné au premier alinéa est habilité à poursuivre le recouvrement par voie contentieuse des sommes restant dues, pour le compte de l'ensemble des régimes concernés sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires.

« Les mentions figurant dans le formulaire de déclaration sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« *Art. L. 531-9.* - Le complément de libre choix du mode de garde n'est pas cumulable avec le complément de libre choix d'activité à taux plein mentionné au premier alinéa du 1 du I de l'article L. 531-4, sauf si ce dernier est versé au titre du VI de l'article L. 531-4.

« Le complément de libre choix du mode de garde est réduit, lorsque le ménage ou la personne bénéficie du complément de libre choix d'activité à taux partiel pour l'exercice d'une activité professionnelle inférieure à une quotité, dans des conditions définies par décret.

« *Art. L. 531-10.* - En cas de décès d'un enfant, le complément de libre choix d'activité et l'allocation de base, versés au titre de cet enfant, sont maintenus pendant une durée fixée par décret.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

« CHAPITRE II

**« Dispositions relatives au cumul avec d'autres prestations**

« Art. L. 532-1. - L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant n'est pas cumulable avec le complément familial défini à l'article L. 522-1.

« L'allocation de base versée en application du deuxième alinéa de l'article L. 531-3 n'est pas cumulable avec l'allocation de soutien familial et avec le complément familial.

« Art. L. 532-2. - I. - Le complément de libre choix d'activité n'est pas cumulable avec le complément familial ;

« II. - Le complément de libre choix d'activité à taux plein n'est pas cumulable pour le bénéficiaire avec :

« 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption ;

« 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;

« 3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

« 4° Les indemnités servies aux travailleurs sans emploi ;

« 5° Un avantage de vieillesse, d'invalidité ou la pension servie aux militaires en application de l'article L. 6 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

« Le service des indemnités dues aux travailleurs sans emploi est, à la date d'interruption du versement du complément de libre choix d'activité, poursuivi jusqu'à l'expiration du droit.

« III. - Le complément de libre choix d'activité à taux partiel n'est pas cumulable pour le bénéficiaire, à l'ouverture du droit, avec les indemnités et l'allocation de remplacement mentionnées aux 1° à 5° du II. Il est cumulable, en cours de droit, avec les indemnités et allocations mentionnées aux 1° à 4° du II perçues au titre de l'activité à temps partiel que le bénéficiaire exerce ou a exercée.

« IV. - Lorsque le bénéficiaire du complément de libre choix d'activité a un seul enfant à charge, le complément est cumulable, le mois d'ouverture du droit, avec les indemnités et allocations visées aux 1° à 3° du II.

« CHAPITRE III

**« Dispositions relatives aux examens médicaux de la mère**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

*et de l'enfant*

« Art. L. 533-1. - Le versement de la prime à la naissance est subordonné à la justification de la passation du premier examen prénatal médical obligatoire de la mère prévu en application de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique.

« Le versement de l'allocation de base est subordonné à la passation des examens médicaux obligatoires prévus à l'article L. 2132-2 du même code donnant lieu à l'établissement d'un certificat de santé.

« Un décret définit les conditions dans lesquelles sont produites les justifications ainsi que les conditions dans lesquelles la prestation d'accueil du jeune enfant est suspendue lorsque ces justifications ne sont pas fournies. »

III. – 1. A l'article L. 755-10-1 du même code, les mots : « est versée » sont remplacés par les mots : « ainsi que la prestation d'accueil du jeune enfant visée à l'article L. 531-1 sont versées » ;

2. La section 6 du chapitre V du titre V du livre VII du même code est ainsi rédigée :

*« Section 6*

*« Prestation d'accueil du jeune enfant*

« Art. L. 755-19. - La prestation d'accueil du jeune enfant est attribuée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 dans les conditions définies au titre III du livre V du présent code.

« L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant n'est pas cumulable avec les allocations familiales et leurs majorations pour âge servies au titre d'un seul enfant à charge.

« L'allocation de base et le complément de libre choix d'activité de cette prestation ne sont pas cumulables avec le complément familial défini à l'article L. 755-16. »

IV. – 1. Les sections 10, 11 et 13 du chapitre V du titre V du livre VII, la section 3 du chapitre VII du titre V du livre VII et le titre IV du livre VIII du même code sont abrogés.

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

a) Les mots : « de l'allocation parentale d'éducation prévue au chapitre II » sont remplacés par les mots : « du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant prévu à l'article L. 531-4 » ;

b) Les mots : « de cette allocation ou de ce congé » sont remplacés par les mots : « de ce complément ou de ce

**Texte adopté par le Sénat**

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

congé ».

3. Au premier alinéa de l'article L. 241-6 du même code, les mots : « et des aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants » sont supprimés.

4. Au dernier alinéa du I de l'article L. 241-10 du même code, les mots : « l'allocation de garde d'enfant à domicile prévue à l'article L. 533-1 » sont remplacés par les mots : « le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant versé au titre de la garde à domicile ».

5. L'article L. 333-3 du même code est ainsi modifié :

a) Le 4° est ainsi rédigé :

« 4° Le complément de libre choix d'activité à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant prévu à l'article L. 531-4 ; »

b) Le 5° est ainsi rédigé :

« 5° Le complément de libre choix d'activité à taux partiel de la prestation d'accueil du jeune enfant à l'ouverture du droit de celui-ci. »

6. a. Dans l'intitulé de la section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VIII du livre III du même code, les mots : « de l'allocation pour jeune enfant, de l'allocation parentale d'éducation » sont remplacés par les mots : « de la prestation d'accueil du jeune enfant » ;

b. L'article L. 381-1 du même code est ainsi modifié :

- au premier alinéa, les mots : « de l'allocation pour jeune enfant ou de l'allocation parentale d'éducation » sont remplacés par les mots : « de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant ou du complément de libre choix d'activité de cette prestation » ;

- au deuxième alinéa, les mots : « de l'allocation parentale d'éducation à taux partiel » sont remplacés par les mots : « du complément de libre choix d'activité à taux partiel ».

7. A l'article L. 522-1 du même code, les mots : « la charge d'un nombre d'enfants ayant tous au moins l'âge au-delà duquel l'allocation pour jeune enfant ne peut plus être prolongée » sont remplacés par les mots : « la charge d'un nombre déterminé d'enfants ayant tous un âge supérieur à l'âge limite visé au premier alinéa de l'article L. 531-1 ».

8. L'article L. 542-1 du même code est ainsi modifié :

a) Le c du 1° est abrogé ;

b) Le d du 1° devient le c et le e du 1° devient le d ;

c) Il est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° A la personne seule sans personne à charge à compter du premier jour du mois civil suivant le quatrième

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

mois de la grossesse et jusqu'au mois civil de la naissance de l'enfant. ».

9. Le 6° de l'article L. 544-8 du même code est ainsi rédigé :

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

10. L'article L. 552-1 du même code est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, après les mots : « à l'exception de l'allocation de parent isolé » sont insérés les mots : « de l'allocation de base, du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge » ;

b) Dans la deuxième phrase, les mots : « sauf en cas de changement de situation de famille pour l'allocation de parent isolé et sauf en cas de » sont remplacés par les mots : « sauf en cas de perception du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de cette dernière prestation lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge, de changement de situation de famille pour l'allocation de parent isolé ou de ».

11. A l'article L. 755-3 du même code, les références : « L. 512-1, L. 512-2, L. 512-3 » sont remplacées par les références : « L. 512-1 à L. 512-4 ».

12. A l'article L. 755-16 du même code, les mots : « ait au moins l'âge au-delà duquel l'allocation pour jeune enfant ne peut plus être prolongée » sont remplacés par les mots : « ait un âge supérieur à l'âge limite prévu au premier alinéa de l'article L. 531-1 et qu'au moins l'un d'entre eux ait un âge inférieur à un âge limite ».

13. Dans l'intitulé du chapitre VII du titre V du livre VII du même code, les mots : « Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants » sont supprimés.

V. - Les modalités d'application des I à III sont définies par décret en ce qui concerne les âges d'ouverture à la prestation d'accueil du jeune enfant ou à ses compléments, ses montants, sa durée de versement et par décret en Conseil d'Etat pour les autres dispositions.

VI. - Au chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre V du code de

**Texte adopté par le Sénat**

*IV bis (nouveau). – 1° A l'article L. 755-2-1 du même code, les mots : « à L. 755-25 » sont remplacés par les mots : « à L. 755-22 » ;*

*2. Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 331-4 et dans le troisième alinéa de l'article L. 331-7 du même code, les mots : « à l'article L. 514-4 et » sont supprimés. Dans le deuxième alinéa de l'article L. 331-6 du même code, les mots : « aux articles L. 512-3 et L. 512-4 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 512-3 ».*

V. - Non modifié

VI. - Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 512-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 512-4. - Les prestations familiales sont versées, pour les enfants adoptés ou confiés en vue d'adoption, à la condition que :

« 1° Le ou les enfants soient adoptés par décision de la juridiction française ou soient confiés en vue d'adoption par le service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption ;

« 2° Le ou les enfants soient confiés en vue d'adoption ou adoptés par décision de l'autorité étrangère compétente et autorisés à entrer à ce titre sur le territoire français et que le postulant à l'adoption ou l'adoptant soit titulaire de l'agrément mentionné aux articles L. 225-2, L. 225-3 et L. 225-15 du code de l'action sociale et des familles. »

VII. – 1. Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 ainsi que pour les enfants nés avant cette date alors que leur date de naissance présumée était postérieure au 31 décembre 2003.

2. Les personnes qui ont perçu moins de cinq mensualités d'allocation pour jeune enfant au titre de la grossesse pour des mois antérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2004 bénéficient de la prime à la naissance dans le courant du mois de janvier 2004. Les mensualités d'allocation pour jeune enfant perçues à ce titre antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2004 sont déduites du montant de la prime à la naissance.

3. Les personnes bénéficiaires de l'allocation pour jeune enfant, de l'allocation d'adoption, de l'allocation parentale d'éducation, de l'allocation de garde d'enfant à domicile ou de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée en vertu de la réglementation applicable antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2004 pour un enfant né avant cette date, continuent à percevoir ces allocations jusqu'à leur terme.

Les personnes qui bénéficient au 1<sup>er</sup> janvier 2004 des prestations mentionnées à l'alinéa précédent pour un enfant né avant cette date, et qui ont à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 un nouvel enfant à charge du fait d'une naissance ou d'une adoption, ouvrent droit à la prestation mentionnée aux II et III pour l'ensemble des enfants à charge qui remplissent les conditions de cette prestation. Le droit à la prestation mentionnée aux II et III est dans ce cas ouvert le mois qui suit la naissance de l'enfant. Toutefois, en cas de bénéfice de l'allocation de garde d'enfant à domicile ou de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée, le droit au complément de libre choix du mode de garde est ouvert à compter du premier jour du mois qui suit le trimestre civil où intervient la naissance de l'enfant. Pour les personnes ayant bénéficié de l'allocation parentale d'éducation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004, le complément de

**Texte adopté par le Sénat**

« Art. L. 512-4. - Alinéa sans modification

« 1° ...

... service de l'aide sociale ...

... adoption ;

Alinéa sans modification

VII. - Non modifié



**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

libre choix d'activité est versé sans examen des conditions d'activité professionnelle antérieures.

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

**Texte adopté par le Sénat**

*Article 50 bis (nouveau)*

*L'article L. 115-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*

*I. – Le premier alinéa est ainsi rédigé :*

*« Pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale se communiquent les renseignements qu'ils détiennent sur leurs ressortissants lorsque ces renseignements :*

*« 1°) Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ;*

*« 2°) Sont nécessaires à l'information des ressortissants quant à l'ensemble de leurs droits en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes. »*

*II. - Au second alinéa, les mots : « par l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « par le présent article ».*

Article 51 et 52

..... Conformes .....

*Article 52 bis (nouveau)*

Le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> septembre 2004, un rapport d'évaluation de l'application de la présente loi concernant la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant.

Section 3

**Branche vieillesse**

Article 52 bis

**Supprimé**

Section 3

**Branche vieillesse**

Article 53

..... Conforme .....

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

*Article 53 bis (nouveau)*

*L'article 96 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites est ainsi modifié :*

*1° Au I, après les mots : « , à l'exception de l'article 91 qui prend effet le 1<sup>er</sup> juillet 2004 » ;*

*2° Au III, la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2004 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> juillet 2004 ».*

*Article 53 ter (nouveau)*

*Le bénéfice des dispositions de l'article 74 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites est étendu aux sapeurs-pompiers professionnels admis jusqu'au 31 décembre 2003 au bénéfice d'un congé pour difficulté opérationnelle accordé dans les conditions prévues à l'article 3 de la loi n° 2000-628 du 7 juillet 2000 relative à la prolongation du mandat et à la date de renouvellement des conseils d'administration des services d'incendie et de secours ainsi qu'au reclassement et à la cessation anticipée d'activité des sapeurs-pompiers professionnels.*

TITRE V

TITRE V

**OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2003**

**OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2003**

Article 54

..... Conforme .....

TITRE VI

TITRE VI

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

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

Article 55 A

..... Conforme .....

Article 55

Article 55

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

I. - Le deuxième alinéa de l'article L. 133-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

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

II. - 1. Les articles L. 133-2 et L. 243-3 du même code sont abrogés.

2. Dans l'article L. 614-1 du même code, après le mot : « articles », il est inséré la référence : « L. 133-3, » et la référence : « , L. 243-3 » est supprimée.

3. Dans le dernier alinéa de l'article L. 651-6 du même code, les mots : « de l'article L. 243-3 et » sont supprimés.

I. - Alinéa sans modification

« L'admission en non-valeur des créances *autres que les cotisations sociales, les impôts et taxes affectés, en principal et accessoire*, est prononcée ...

... dans *des* conditions fixées par décret. »

II. - *L'article L. 243-3 du même code est ainsi rédigé :*

« *Art. L. 243-3. - L'admission en non-valeur des cotisations sociales, des impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale dans des conditions fixées par décret.* »

***Alinéa supprimé***

***Alinéa supprimé***

Article 56

..... Conforme .....

Article 57

Article 57

I. - La sous-section 1 de la section 1 du chapitre III du livre II du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 243-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-1-1. - L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Pour remplir ses obligations, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui est personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues. Les modalités d'application du présent article sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'Etat.* »

II. - Il est inséré dans le code rural, après l'article L. 741-1, un article L. 741-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 741-1-1. - L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de*

I. - La ...

... un article *L. 243-1-2* ainsi rédigé :  
« *Art. L. 243-1-2. - L'employeur ...*

... d'Etat. »

II. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Pour remplir ses obligations, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui est personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues. Les modalités d'application du présent article sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

**Texte adopté par le Sénat**

*Article 57 bis A (nouveau)*

*I. – Avant la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 3 bis intitulée « Droits des cotisants », comprenant l'article L. 243-6-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 243-6-1. - Tout cotisant, confronté à des interprétations contradictoires concernant plusieurs de ses établissements dans la même situation au regard de la législation relative aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale, a la possibilité, sans préjudice des autres recours, de solliciter l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en ce qui concerne l'appréciation portée sur sa situation par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.*

*« A la suite de l'analyse du litige, l'agence centrale peut demander aux organismes d'adopter une position dans un délai d'un mois. A l'expiration de ce délai, s'ils ne se sont pas conformés à cette instruction, l'agence centrale peut se substituer aux organismes pour prendre les mesures nécessaires. »*

*II. - L'article L. 225-1-1 du même code est ainsi modifié :*

*A. - le 2° est ainsi rédigé :*

*« 2° De définir ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ; ».*

*B. – Après le 3°, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :*

*« 3° bis D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;*

*« 3° ter D'autoriser lesdits organismes à porter les litiges devant la Cour de cassation ;*

*« 3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;*

*« 3° quinquies D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

*par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ; ».*

*III. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.*

Article 57 bis

..... Conforme .....

*Article 57 ter (nouveau)*

*I. - Le deuxième alinéa de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :*

*« Le contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale au titre des cotisations et contributions sociales dont les services déconcentrés de l'Etat sont redevables auprès du régime général, est assuré par les organismes visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 qui reçoivent leurs déclarations et paiements. »*

*II. - Le même article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :*

*« La Cour des comptes est compétente pour contrôler les administrations centrales de l'Etat. Elle peut demander l'assistance des organismes mentionnés à l'alinéa précédent et notamment requérir la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement.*

*« Il est fait état du résultat des contrôles mentionnés aux deux alinéas précédents dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale prévu à l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières. »*

*III. - L'article L. 111-6 du code des juridictions financières est ainsi rédigé :*

*« Art. L. 111-6 - La Cour des comptes fait état des résultats des contrôles prévus aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale prévu par l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières. »*

Articles 58 et 59

..... Conformes .....

*Article 60 (nouveau)*

*I. - L'article 52 de la loi n°2002-92 du 22 janvier 2002 relative à la Corse est ainsi modifié :*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Texte adopté par le Sénat**

*1° Le I est ainsi rédigé :*

*« I. - Les débiteurs de cotisations patronales, dues au régime de base obligatoire de sécurité sociale des salariés agricoles pour des périodes antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2003, installés en Corse au 23 janvier 2002 ou au moment de la promulgation de la présente loi, peuvent bénéficier d'une aide de l'Etat, dans la limite de 50 % de la totalité des cotisations patronales dues.*

*« Les débiteurs dont l'exploitation ou l'entreprise agricole est issue d'une reprise, fusion, absorption, dans le cadre familial, ou qui a connu une évolution de son statut juridique avec persistance de dettes antérieures de cotisations sociales pour l'emploi de main-d'oeuvre salariée agricole, peuvent bénéficier des présentes dispositions pour ces dettes antérieures, sous réserve qu'ils s'engagent personnellement à reprendre à leur compte lesdites dettes. » ;*

*2° Le II est ainsi modifié :*

*a) Dans le troisième alinéa, les mots : « au 31 décembre 1998 » sont remplacés par les mots : « au 31 décembre 2002 » ;*

*b) Dans le cinquième alinéa, les mots : « au 1<sup>er</sup> janvier 1999 » sont remplacés par les mots : « au 1<sup>er</sup> janvier 2003 » ;*

*c) Le septième alinéa est complété par les mots : « , pour les seules parts salariales non visées par les dispositions de l'article L.725-21 du code rural ; » ;*

*3° Le III est abrogé.*

*II. - La demande d'aide prévue au I de l'article 52 de la loi n° 2002-92 du 22 janvier 2002 précitée doit être présentée à l'autorité administrative de l'Etat dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.*