

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	---	---
	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003
	TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}
	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE
	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}
	Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2003.	Sans modification	Sans modification
		TITRE I ^{ER BIS}	TITRE I ^{ER BIS}
		CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
		<i>[Division et intitulé nouveaux]</i>	
		Article 1 ^{er bis} (nouveau)	Article 1 ^{er bis}
		Après l'article 6 septies de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parle-	Supprimé

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	<p>mentaires, il est inséré un article 6 <i>octies</i> ainsi rédigé :</p>	---
		<p>« Art. 6 <i>octies</i>. - I. - La délégation parlementaire dénommée Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé a pour mission d'informer le Parlement des conséquences des choix de politique de santé, effectués notamment dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, afin d'éclairer ses décisions. A cet effet, elle veille à l'application des politiques de santé, recueille des informations, met en œuvre des programmes d'études et procède au contrôle, au suivi et à l'évaluation de ces politiques.</p>	
		<p>« II. - La délégation est composée de douze députés et douze sénateurs désignés de façon à assurer, au sein de chaque assemblée, une représentation proportionnelle des groupes politiques, chaque groupe ayant au moins un représentant. Les députés sont désignés au début de chaque législature pour la durée de celle-ci. Les sénateurs sont désignés après chaque renouvellement partiel du Sénat.</p>	
		<p>« Après chacun de ses renouvellements, la délégation élit son président et son premier vice-président qui ne peuvent appartenir à la même assemblée.</p>	
		<p>« III. - La délégation est assistée d'un conseil scientifique composé de six personnalités choisies en raison de leurs compétences dans le domaine des politiques de santé.</p>	
		<p>« Les membres du conseil scientifique sont désignés pour trois ans dans les</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	<p>conditions prévues par le règlement intérieur de la délégation.</p> <p>« Le conseil scientifique est saisi dans les conditions prévues par le règlement intérieur de la délégation, chaque fois que celle-ci l'estime nécessaire.</p> <p>« IV. – La délégation peut recueillir l'avis des professionnels de santé, ainsi que des organisations syndicales et professionnelles et des associations intervenant dans le domaine de la santé.</p> <p>« V. – La délégation est saisie par :</p> <p>« 1° Le bureau de l'une ou l'autre assemblée, soit à son initiative, soit à la demande d'un président de groupe, soit à la demande de soixante députés ou de quarante sénateurs ;</p> <p>« 2° Une commission spéciale ou permanente.</p> <p>« VI. – La délégation dispose des pouvoirs définis par le IV de l'article 164 de l'ordonnance n° 58-1374 du 30 décembre 1958 portant loi de finances pour 1959.</p> <p>« En cas de difficultés dans l'exercice de sa mission, la délégation peut demander, pour une durée n'excédant pas six mois, à l'assemblée d'où émane la saisine de lui conférer les prérogatives attribuées par l'article 6 aux commissions parlementaires d'enquête, à leurs présidents et à leurs rapporteurs. Lorsque la délégation bénéficie de ces prérogatives, les dispositions relatives au secret des travaux des commissions d'enquête sont applicables.</p> <p>« VII. – Les travaux de la délégation sont confidentiels, sauf décision contraire de sa part.</p>	---

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code des juridictions financières</p> <p><i>Art. L. 134-1.</i> - Sont soumis au contrôle de la Cour des comptes tous les organismes de droit privé jouissant de la personnalité civile ou de l'autonomie financière qui assurent en tout ou partie la gestion d'un régime légalement obligatoire :</p> <p>.....</p> <p>Les unions et fédérations desdits organismes sont soumises au même contrôle.</p>		<p>« Les résultats des travaux exécutés et les observations de la délégation sont communiqués à l'auteur de la saisine.</p> <p>« Après avoir recueilli l'avis de l'auteur de la saisine, la délégation peut les rendre publics.</p> <p>« Toutefois, lorsque la délégation a obtenu le bénéfice des dispositions de l'article 6, la décision de publication ne peut être prise que par l'assemblée intéressée, dans les conditions fixées par son règlement pour la publication des rapports des commissions d'enquête.</p> <p>« VIII. – La délégation établit son règlement intérieur ; celui-ci est soumis à l'approbation des bureaux des deux assemblées.</p> <p>« IX. – Les dépenses afférentes au fonctionnement de la délégation sont financées et exécutées comme dépenses des deux assemblées parlementaires dans les conditions fixées par l'article 7. »</p>	<p>Article 1^{er} <i>ter</i></p> <p>Supprimé</p>
<p>Article 1^{er} <i>ter</i> (nouveau)</p> <p>L'article L. 134-1 du code des juridictions financières est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« La Cour des comptes examine également la gestion des centres hospitaliers régionaux mentionnés au deuxième alinéa de l'article</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">---</p> <p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 165-1 (<i>1^{er} alinéa</i>). - Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission dont le secrétariat est assurée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.</p>		<p>L. 6141-2 du code de la santé publique. »</p> <p>Article 1^{er} <i>quater</i> (nouveau)</p> <p>Les rapports d'activité des commissions visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique sont remis chaque année au Parlement.</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p>Article 1^{er} <i>quater</i></p> <p>I. - <i>L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>« La commission établit chaque année un rapport d'activité qui est remis au Parlement. »</i></p>
<p>Code de la santé publique</p> <p>Art. L. 5123-3. - La liste mentionnée à l'article L. 5123-2 est proposée par une commission dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret.</p> <p>Peuvent être entendus par la commission les personnalités médicales ou pharmaceutiques, ainsi que les représentants qualifiés des organismes ou services dont la commission désire avoir l'avis.</p>			<p>II. - <i>L'article L. 5123-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>« La commission établit chaque année un rapport</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'avis.</p>		<p>Article 1^{er} <i>quinquies</i> (nouveau)</p> <p>Le Gouvernement déposera, avant le 15 octobre 2003, un rapport présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et les vingt années suivantes.</p>	<p><i>d'activité qui est remis au Parlement. »</i></p> <p>Article 1^{er} <i>quinquies</i></p> <p>Sans modification</p>
<p>Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997</p> <p><i>Art. 3.</i> - Pour l'information du Parlement, le Gouvernement lui présente chaque année un rapport rattaché à l'annexe visée au b du II de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale et comprenant les éléments suivants :</p> <p>.....</p>	<p>Article 2</p> <p>L'article 3 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>Article 2</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>Article 2</p> <p>Sans modification</p>
	<p>« - une analyse de l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. »</p>	<p>Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport analysant l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.</p>	
		<p>Article 2 <i>bis</i> (nouveau)</p> <p>Le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2003, un rapport présentant un état des coûts de gestion des relations entre l'Etat et la sécurité sociale et proposant des réformes en la matière.</p>	<p>Article 2 <i>bis</i></p> <p>Sans modification</p>

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

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

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>d'une catégorie vendus sous une même marque, quels que soient les autres éléments enregistrés avec la marque, ne peut être inférieur, indépendamment du mode ou de l'unité de conditionnement utilisés, à celui appliqué au produit le plus vendu de cette marque.</p> <p>.....</p>	<p>B. - A l'article 572 <i>bis</i>, les mots : « pour les produits d'une marque reprise » sont remplacés par le mot : « repris ».</p>	<p>B. – Non modifié</p>	
<p>Art. 572 <i>bis</i>. - Le prix de vente au détail des produits livrés aux voyageurs par les acheteurs-revendeurs désignés au troisième alinéa de l'article 568 est librement déterminé, sans que toutefois ce prix puisse être inférieur au prix de détail exprimé aux 1 000 unités ou aux 1 000 grammes pour les produits d'une marque reprise à l'arrêté d'homologation. Les acheteurs-revendeurs sont tenus d'inscrire dans leur comptabilité matières et de porter sur la déclaration de liquidation des droits tous les changements de prix intervenus au cours de la période couverte par ladite déclaration.</p>	<p>C. - L'article 575 est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, après les mots : « de la France continentale », sont insérés les mots : « et les tabacs qui y sont importés » ;</p>	<p>C. – Non modifié</p>	
<p>II. - Régime fiscal</p> <p>Art. 575. - Les tabacs manufacturés vendus dans les départements de la France continentale sont soumis à un droit de consommation.</p> <p>Le droit de consommation sur les cigarettes comporte une part spécifique par unité de produit et une part proportionnelle au prix de détail. Toutefois, pour les cigarettes de la classe de prix la plus demandée, le montant du droit de consommation est déterminé globalement en appliquant le taux normal de ce droit, prévu à l'article 575 A, à leur prix de vente au détail.</p>	<p>2° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Le montant du droit</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>.....</p> <p>Le montant du droit de consommation ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé par 1.000 unités.</p> <p>Art. 575 A. - Pour les différents groupes de produits définis à l'article 575, le taux normal est fixé conformément au tableau ci-après :</p> <p>.....</p> <p>Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 90 euros pour les cigarettes. Toutefois, pour les cigarettes brunes, ce minimum de perception est fixé à 87 euros.</p> <p>Il est fixé à 45 euros pour les tabacs de fine coupe destinés à rouler les cigarettes et les autres tabacs à fumer et à 55 euros pour les cigares.</p> <p>Sont considérées comme cigarettes brunes les cigarettes dont la composition en tabac naturel comprend un minimum de 60 % de tabacs relevant des codes NC 2401-10-41, 2401-10-70, 2401-20-41 ou 2401-20-70 du tarif des douanes.</p> <p>Art. 575 C. - Le droit de consommation est exigible à la mise à la consommation.</p> <p>.....</p>	<p>de consommation applicable à ces cigarettes ne peut être inférieur à 60 € par 1000 unités, et, à compter du 1^{er} juillet 2006, à 64 € par 1000 unités.» ;</p> <p>3° Au sixième alinéa, après les mots : « du droit de consommation », sont insérés les mots : « applicable aux cigarettes mentionnées au précédent alinéa ».</p> <p>D. - L'article 575 A est ainsi modifié :</p> <p>1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 106 € pour les cigarettes. » ;</p> <p>2° Au troisième alinéa, les montants : « 45 € » et « 55 € » sont remplacés, respectivement, par les montants : « 53 € » et « 64 € » ;</p> <p>3° Le quatrième alinéa est supprimé.</p> <p>E. - L'article 575 C est ainsi modifié : 1° Le premier alinéa est complété par les mots : « ou lors de l'importation » ;</p>	<p>D. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification « Le fixé à 108 € pour les cigarettes. » ;</p> <p>2° Au troisième alinéa, la somme : « 45 € » est remplacée par la somme : « 56 € » ;</p> <p>2°<i>bis</i> (nouveau) Au même alinéa, les mots : « et les autres tabacs à fumer » sont remplacés par les mots : « , à 45 € pour les autres tabacs à fumer » ;</p> <p>3° Non modifié</p> <p>E. – Non modifié</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>A l'importation, le droit est recouvré comme en matière de douane.</p>	<p>2° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :</p> <p>« A l'importation, le droit est dû par l'importateur ; il est recouvré comme en matière de douane. » ;</p>	<p>-----</p> <p>II. – A. – L'article L. 3511-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>« Est considéré comme ingrédient toute substance ou tout composant autre que les feuilles et autres parties naturelles ou non transformées de la plante du tabac, utilisés dans la fabrication ou la préparation d'un produit du tabac et encore présents dans le produit fini, même sous une forme modifiée, y compris le papier, le filtre, les encres et les colles. »</p>
<p>Code de la santé publique</p>	<p>II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 6 janvier 2003.</p>	<p>B. – 1. Le premier alinéa de l'article L. 3511-6 du même code est ainsi rédigé :</p>	<p>« Les teneurs maximales en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone des cigarettes sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé. »</p>
<p>Art. L. 3511-6. - Les teneurs maximales en goudron des cigarettes sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé.</p>	<p>Chaque unité de conditionnement du tabac ou des produits du tabac doit porter selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé la mention : « Nuit gravement à la santé ».</p>	<p>2. Le deuxième alinéa du même article est supprimé.</p>	<p>3. Dans le cinquième alinéa du même article, les mots : « et en nicotine » sont remplacés par les mots : « , en nicotine et en monoxyde de carbone ».</p>
<p>Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>modalités d'inscription de ces mentions obligatoires, les méthodes d'analyse permettant de mesurer la teneur en nicotine et en goudron et les méthodes de vérification de l'exactitude des mentions portées sur les paquets.</p> <p>Toutes les unités de conditionnement du tabac et des produits du tabac portent, dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé, un message spécifique de caractère sanitaire.</p>		<p>4. Dans l'avant-dernier alinéa du même article, les mots : « en nicotine et » sont supprimés et, après les mots : « en goudron », sont insérés les mots : « , en nicotine et en monoxyde de carbone ».</p> <p>5. Dans le dernier alinéa du même article, après le mot : « message », sont insérés les mots : « général et un message ».</p> <p>C. – Le même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« A compter du 30 septembre 2003, il est interdit d'utiliser, sur l'emballage des produits du tabac, des textes, dénominations, marques et signes figuratifs ou autres indiquant qu'un produit du tabac particulier est moins nocif que les autres. »</p> <p>III (nouveau). – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 6 janvier 2003</p>	<p><i>Article additionnel après l'article 4</i></p> <p><i>I. – L'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale est complété par l'alinéa suivant :</i></p> <p><i>« 3° par le versement à l'Etat des produits non consommés à la clôture de l'exercice. »</i></p>
Code de la sécurité sociale			
<p>Art. L. 131-9. - Les charges du fonds sont constituées :</p> <p>.....</p>			
<p>Art. L. 131-10. - Les produits du fonds sont constitués par :</p> <p>1° Une fraction égale à 90,77 % du produit du droit de consommation visé à l'ar-</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>ticle 575 du code général des impôts ;</p> <p>2° Le produit de la contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés visée aux articles 235 <i>ter</i> ZC et 1668 D du code général des impôts ;</p> <p>3° Le produit de la taxe générale sur les activités polluantes visée aux articles 266 <i>sexies</i> à 266 <i>terdecies</i> du code des douanes ;</p> <p>4° Le produit des droits visés aux articles 402 <i>bis</i>, 438 et 520 A du code général des impôts ainsi que le produit du droit de consommation visé à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 <i>bis</i> du même code ;</p> <p>5° Le produit de la taxe sur les véhicules des sociétés visée à l'article 1010 du code général des impôts ;</p> <p>5° <i>bis</i> Une fraction du produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances visée à l'article 991 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de financement de la sécurité sociale et la loi de finances ;</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 135-3. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :</p> <p>1° Une fraction du produit des contributions so-</p>			<p>-----</p> <p>II. – L'article L. 131-10 dudit code est ainsi modifié :</p> <p>1°) Les 2°, 3°, 5°, 5° <i>quater</i> et 6° sont supprimés.</p> <p>2°) Le 5° <i>bis</i> de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« 5° <i>bis</i> Le produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances visée à l'article 991 du code général des impôts. »</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>ciales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application d'un taux de 1,05 p. 100 à l'assiette de ces contributions ;</p> <p>2° (Paragraphe supprimé)</p> <p>3° (Paragraphe abrogé)</p> <p>Art. L. 137-1. - Il est institué à la charge des employeurs et au profit du fonds institué à l'article L. 131-8 une taxe sur les contributions des employeurs et des organismes de représentation collective du personnel versées, à compter du 1^{er} janvier 1996, au bénéfice des salariés pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance. Toutefois, ne sont pas assujettis à la taxe les employeurs occupant neuf salariés au plus tels que définis pour les règles de recouvrement des cotisations de sécurité sociale.</p>			<p>III. – Au quatrième alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le 3° est rétabli dans la rédaction suivante :</p> <p>« 3° Le produit de la taxe instituée à l'article L. 137-1. »</p> <p>IV. – A l'article L. 137-1 du code de la sécurité sociale, la référence : « L. 131-8 » est remplacée par la référence : « L. 135 1 ».</p> <p>V. - Les dispositions du présent article sont applicables au 1^{er} janvier 2003.</p>
<p>Code général des impôts</p> <p>Art. 520 A.- I. Il est perçu un droit spécifique :</p>		<p>Article 4 bis (nouveau)</p> <p>I. – Après le troisième alinéa du I de l'article 520 A du code général des impôts, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 100 € par degré alcoolométrique pour les bières conditionnées en boîtes dont</p>	<p>Article 4 bis</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale</p>	<p align="center">Article 5</p>	<p align="center">Article 5</p>	<p align="center">Article 5</p>
<p>Art. 2. - La Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission, d'une part, d'apurer la dette mentionnée aux I et II de l'article 4 et, d'autre part, d'effectuer les versements prévus aux III et IV du même article.</p>	<p>I. - L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :</p> <p>1° A l'article 2, les mots : « III et IV du même article » sont remplacés par les mots : « III, IV et V du même article » ;</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Art. 4. - I. - La dette d'un montant de 137 milliards de francs de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations constatée au 31 décembre 1995, correspondant au financement des déficits accumulés au 31 décembre 1995 par le régime général de sécurité sociale et à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1996, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1^{er} janvier 1996.</p>	<p>2° L'article 4 est complété par un V ainsi rédigé :</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	
<p>.....</p>	<p>« V. - La caisse verse en 2003 la somme de 1 096 969 089,92 € 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 sa-</p>	<p>« V. - La caisse verse le 1^{er} avril 2003 la ...</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	<p>lariés.</p> <p>« Elle verse, au titre de la créance relative aux exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale constatée dans les comptes de chacun des régimes au titre de l'exercice 2000, la somme de 171 465 344, 88 € à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la somme de 10 484 547, 75 € à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, la somme de 2 118 360,20 € à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines et la somme de 1 801 493, 21 € à l'établissement national des invalides de la marine. »</p> <p>II. - Est comptabilisée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sur l'exercice 2003, au titre des exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale, la somme de 1 096 969 089,92 € venant en déduction des montants inscrits aux comptes de provisions au 31 décembre 2001. L'agence centrale répartit ce montant entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés au prorata des créances sur exonérations de cotisations comptabilisées dans les comptes de chacune des branches.</p>	<p>... salariés.</p> <p>« Elle verse, à la même date, au titre ...</p> <p>... marine. »</p> <p>II. – Non modifié</p>	---
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE II</p> <p>Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">et sociale des caisses TITRE IV Ressources CHAPITRE V Ressources autres que les cotisations Section 1 Contribution des entreprises de préparation de médicaments</p> <p>Art. L. 245-2.- L'assiette de la contribution est égale au total des charges comptabilisées au cours du dernier exercice clos au titre des frais de prospection et d'information des praticiens afférents à l'exploitation en France des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Toutefois, il est procédé sur une assiette à un abattement forfaitaire égal à 460000 euros et, le cas échéant, à un abattement d'un montant égal à 40 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, et au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins remboursables ou inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Il est également procédé sur cette assiette à un abattement de 3% du montant des rémunérations versées au titre de l'emploi des salariés mentionnés à l'article L. 5122-11 du code de la santé publique.</p>	<p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">Article 6</p> <p>I. - L'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p style="padding-left: 2em;">« Art. L. 245-2. - La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du dernier exercice clos au titre :</p> <p style="padding-left: 2em;">« 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférant, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre mer, auprès des professionnels régis par les dispositions du titre I^{er} du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p style="padding-left: 2em;">« 2° Des remboursements de frais de transport, de repas et d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;</p> <p style="padding-left: 2em;">« 3° Des achats</p>	<p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">Article 6</p> <p>I. - L'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 2em;">« Art. L. 245-2. - I. - Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 2em;">« 1° Des ...</p> <p style="padding-left: 2em;">... publique, qu'elles soient ...</p> <p style="padding-left: 2em;">... d'outre mer auprès des professionnels de santé régis ...</p> <p style="padding-left: 2em;">... publique ;</p> <p style="padding-left: 2em;">« 2° Des remboursements de frais de transport, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;</p> <p style="padding-left: 2em;">« 3° Des achats</p>	<p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">Article 6</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 2em;">« Art. L. 245-2. - I. - Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 2em;">« 1° Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 2em;">« 2° Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 2em;">« 3° Des ...</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	<p>d'espaces publicitaires, quel qu'en soit le support, dès lors qu'une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique y est mentionnée.</p> <p>« Toutefois, il est procédé sur cette assiette à un abattement forfaitaire égal à 345 000 euros et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du présent article.</p> <p>« Il est également procédé :</p> <p>« a) A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;</p> <p>« b) A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments</p>	<p>d'espaces publicitaires, à l'exception des journaux médicaux détenteurs d'un numéro de commission paritaire, dès lors ...</p> <p>... mentionnée.</p> <p>« II.- Il est procédé sur l'assiette définie au I :</p> <p>« 1° A un abattement forfaitaire égal à 500 000 € et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I ;</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>« 2° A un abattement d'un ...</p> <p>... publique et des spécialités remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p>« 3° A un abattement d'un montant ...</p>	<p>... l'exception de <i>la presse médicale</i>, dès lors ...</p> <p>... mentionnée.</p> <p>« II. – Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au cours du dernier exercice clos entre, d'une part, l'assiette définie à l'alinéa précédent et tenant compte, le cas échéant, de l'abattement prévu au même alinéa et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au titre des médicaments inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p>	<p>orphelins et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, inscrites sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>« Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au présent article et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus aux alinéas précédents et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>« Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une de ces quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p>	<p>... orphelins, bénéficiant ...</p> <p>... marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>« III.- Le taux ...</p> <p>... définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II et, d'autre part, ...</p> <p>... marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>« Pour ...</p> <p>... l'une des quatre ...</p> <p>... suit :</p>	<p>« III. – Non modifié</p> <p>Cf. tableau en annexe</p>
<p>Art. L. 245-4. - Sont exonérées de cette contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes est inférieur à 15 millions d'euros, sauf lorsqu'elles sont filiales à 50 p. 100 au moins d'une entreprise ou d'un</p>	<p>II. - L'article L. 245-4 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 245-4. - Sont exonérées de cette contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos est inférieur à 15 millions d'euros, sauf lorsqu'elles sont filiales à 50 %</p>	<p>Cf. tableau en annexe</p> <p>II. – Non modifié</p>	<p>Cf. tableau en annexe</p> <p>II. – Non modifié</p>

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

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">LIVRE II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses TITRE IV Ressources CHAPITRE V Ressources autres que les cotisations Section 2 Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques</p>	<p style="text-align: center;">III. - Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1^{er} décembre 2003.</p>	<p style="text-align: center;">III. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">III. – Non modifié</p>
<p>Art. L. 245-6-1. - Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, au titre des ventes en gros de spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, et des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité est due par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique.</p> <p>Le taux de cette contribution est fixé à 2,5 % pour les spécialités pharmaceutiques qui ne peuvent être</p>		<p style="text-align: center;">Article 6 bis (nouveau)</p>	<p style="text-align: center;">Article 6 bis</p>
		<p style="text-align: center;">I. - La section 2 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est abrogée.</p>	<p style="text-align: center;">Supprimé</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>délivrées que sur prescription et de 1,5 % pour les autres spécialités pharmaceutiques.</p>			
<p>Art. L. 245-6-2. - La contribution due par chaque entreprise est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article L. 138-3.</p>			
<p>Les déclarations servant de base au calcul de la contribution sont celles prévues à l'article L. 138-5.</p>			
<p>Lorsqu'une entreprise n'a pas produit la déclaration prévue à l'alinéa précédent dans les délais prescrits ou a produit une déclaration manifestement erronée, le taux de sa contribution est fixé à titre provisionnel d'office à 10 %, la contribution étant appelée sur une assiette constituée par le montant du dernier chiffre d'affaires connu ou, à défaut, déterminée par tous autres moyens.</p>			
<p>Lorsque l'entreprise produit ultérieurement la déclaration du trimestre considéré, le montant de sa contribution dû au titre de ce trimestre est majoré de 10 %. Les entreprises peuvent formuler une demande gracieuse en réduction de cette majoration en cas de bonne foi dûment prouvée.</p>			
<p>Art. L. 245-6-3. - La contribution est versée de façon provisionnelle au plus tard le dernier jour de chaque trimestre civil sur la base du chiffre d'affaires réalisé au cours du trimestre civil précédent.</p>			
<p>Au titre d'une année civile, l'ensemble des contributions versées fait l'objet d'une régularisation annuelle au plus tard le dernier jour du</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>trimestre civil suivant l'année civile concernée.</p> <p>Si le montant des contributions définitives est différent du montant des contributions versées à titre provisionnel, le solde est imputé lors de l'échéance suivante de la contribution.</p> <p>Art. L. 245-6-4. - Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>-----</p> <p>Article 7</p> <p>Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2003 en application du premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 4 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.</p>	<p>-----</p> <p>II.- Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2003.</p> <p>Article 7</p> <p>Sans modification</p>	<p>-----</p> <p>Article 7</p> <p>Sans modification</p>
<p>LIVRE III</p> <p>Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général</p> <p>TITRE IV</p> <p>Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général – Dispositions d'application du livre III</p> <p>CHAPITRE</p> <p>PRELIMINAIRE</p> <p>Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France</p>	<p>-----</p>	<p>Article 7 bis (nouveau)</p>	<p>Article 7 bis</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>.....</p> <p>3° Les personnes résidant en France qui, au titre d'une activité professionnelle exercée par elle-mêmes ou par un membre de leur famille sur territoire d'un Etat étranger, ont la faculté d'être affiliées à titre volontaire à un régime d'assurance maladie, conformément à la législation de cet Etat, si cette affiliation leur permet d'obtenir la couverture des soins reçus sur le territoire français ;</p> <p>.....</p>		<p>I. - Le 3° de l'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale est abrogé.</p> <p>II.- Il est inséré, après l'article L. 380-3 du même code, un article L. 380-3-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 380-3-1. - I. – Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, mais qui sur leur demande sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord, sont affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l'article L. 380-1.</p> <p>« II.- Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie, peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, pendant une période transitoire se terminant au plus tard</p>	Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	<p>sept ans après la date d'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français.</p> <p>« Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, au titre des dispositions du I de l'article 19 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.</p> <p>« Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I.</p> <p>« III.- Les dispositions du I et du II sont également applicables aux titulaires de pensions ou de rentes suisses, ainsi qu'à leurs ayants droit, résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 précité, mais qui sur leur demande sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord.</p> <p>« IV. - Les travailleurs frontaliers et les titulaires de pensions et de rentes affiliés au régime général dans les</p>	---

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	<p>conditions fixées au I ne sont pas assujettis aux contributions visées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et ne sont pas redevables des cotisations visées au deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1 et à l'article L. 380-2.</p> <p>« Ils sont redevables d'une cotisation fixée en pourcentage du montant de leurs revenus définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.</p> <p>« La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p>III.- Les dispositions de l'article 18 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle sont applicables aux contrats d'assurance maladie en cours de validité lors de l'affiliation au régime général dans les conditions fixées au I.</p>	---
	Article 8	Article 8	Article 8
	<p>Pour 2003, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoire de base et des organismes créés pour concourir à leur financement</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	---	---
	sont fixées aux montants suivants :		
	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe
	<p>Article 9</p> <p>Pour 2002, les prévisions révisées de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :</p>	<p>Article 9</p> <p>Sans modification</p>	<p>Article 9</p> <p>Sans modification</p>
	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe
	<p>TITRE III</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE</p>	<p>TITRE III</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE</p>	<p>TITRE III</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE</p>
<p>LIVRE I^{ER}</p> <p>Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p>TITRE VI</p> <p>Dispositions relatives aux prestations at aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</p> <p>CHAPITRE II</p> <p>Dispositions générales relatives aux soins</p> <p>Section 5</p> <p>Etablissements de soins</p>	<p>Article 10</p>	<p>Article 10</p>	<p>Article 10</p>
<p>Art. L. 162-22-2. - I. - Chaque année, est défini un objectif quantifié national des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code</p>	<p>I. - L'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :</p> <p>« Chaque année, est défini un objectif quantifié national des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>

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

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>dique et financier de certains établissements.</p> <p>Art. L. 162-22-3.- I. - Chaque année, au plus tard le 25 février, un accord entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au moins une des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique détermine :</p> <p>.....</p> <p>II. - Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et la ou les organisations nationales les plus représentatives des établissements signataires de l'accord mentionné au I observent l'évolution des dépenses entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, au moins deux fois dans l'année : une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu des résultats des huit premiers mois de l'année.</p> <p>Chaque année, au plus tard le 30 janvier, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat et aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant total des versements afférents aux frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 au titre de l'année précédente et sa répartition par région, établissement et nature d'activité.</p> <p>En vue de permettre</p>	<p>dique et financier de certains établissements. »</p> <p>II. - L'article L. 162-22-3 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Les deux premiers alinéas du II sont ainsi rédigés :</p> <p>« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et la ou les organisations nationales les plus représentatives des établissements signataires de l'accord mentionné au I observent l'évolution des charges entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, au moins une fois dans l'année, au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année.</p> <p>« Chaque année, au plus tard le 30 janvier, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat et aux Agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-2 du code de la santé publique, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, établissement et nature d'activité. » ;</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>un suivi de l'objectif quantifié national en cours d'année, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant des frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région :</p>	<p>2° Au troisième alinéa du II, les mots : « le montant des frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région : » sont remplacés par les mots : « le montant des charges définies au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, le 31 août au plus tard, pour les quatre premiers mois. » ;</p>		
<p>1° Le 15 juin au plus tard, pour les quatre premiers mois ;</p>			
<p>2° Le 15 octobre au plus tard, pour les huit premiers mois.</p>			
<p>Lorsqu'il apparaît que l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec l'objectif fixé en application de l'article L. 162-22-2, les parties à l'accord déterminent les mesures de toute nature propres à garantir son respect.</p>	<p>3° Au sixième alinéa du II, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « des charges » ;</p>		
<p>.....</p>			
<p>III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des dépenses, y compris en cas de défaut de transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés des données mentionnées aux alinéas précédents, dans les délais prévus aux mêmes alinéas.</p>	<p>4° Les 1° et 2° du II sont abrogés ;</p>		
	<p>5° Le III est ainsi rédigé :</p>		
	<p>« III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, y compris en cas de défaut de transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés des données mentionnées aux alinéas précédents dans les délais prévus aux mêmes alinéas. »</p>		
<p>Art. L. 162-22-8. - Par dérogation aux disposi-</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>tions de l'article L. 162-22-1, l'activité de soins d'accueil et de traitement des urgences exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique peut bénéficier d'un financement conjoint sous la forme de tarifs des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-1 et d'un forfait annuel versé par douzième dans les conditions prévues à l'article L. 174-18, à compter, lorsque celle-ci intervient en cours d'année, de la date de mise en oeuvre de l'autorisation mentionnée au deuxième alinéa.</p> <p>.....</p> <p>La répartition des sommes versées aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique au titre de l'alinéa précédent, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des dépenses supportées par chacun de ces régimes pour lesdits établissements au titre de l'exercice précédent, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Code de l'action sociale et des familles</p> <p>LIVRE III Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services TITRE I^{ER} Etablissements et services soumis à autorisation CHAPITRE IV Dispositions financières Section 2 Règles budgétaires et de</p>	<p>III. - Le quatrième alinéa de l'article L. 162-22-8 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« La répartition des sommes versées aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique au titre de l'alinéa précédent, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans ces établissements l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. »</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">---</p> <p style="text-align: center;">financement</p> <p>Art. L. 314-3. - Le financement de celles des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses.</p> <p>.....</p> <p>Ce montant total annuel est constitué, après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale, en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations est fixé par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations définies par les schémas prévus à l'article L. 312-5, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions.</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p>IV. - Le troisième alinéa de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Il prend en compte les évolutions à l'issue desquelles des établissements auparavant régis par l'article L. 6114-3 du code de la santé publique se trouvent placés, compte tenu de leur activité réelle, sous le régime de financement prévu au présent article. »</p>		
<p>Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 Art. 40. - I. -</p> <p>.....</p>	<p>Article 11</p>	<p>Article 11</p>	<p>Article 11</p>
<p>III. - Ce fonds finance également des dépenses d'investissement et de fonction-</p>	<p>I. - Le III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23</p>	<p>Sans modification</p>	<p>I. - Le III ...</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>nement des établissements de santé.</p> <p>Code de la santé publique</p> <p>Art. L. 6115-1. - Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de l'hospitalisation a pour mission de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources. A cette fin et sous réserve des compétences dévolues au ministre chargé de la santé par les articles L. 6121-8, L. 6122-10 et L. 6122-13, elle exerce les attributions définies aux titres I^{er} et II du présent livre, ainsi qu'à la section V du chapitre II du titre VI et au chapitre IV du titre VII du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale.</p> <p>Un décret peut conférer à certaines agences une compétence interrégionale.</p> <p>Art. L. 6114-3. - Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 conclus avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 6114-2 détermi-</p>	<p>décembre 2000) est complété par les mots : « ainsi qu'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements les références et recommandations de gestion hospitalière qu'elle élabore à partir des résultats des audits ».</p>		<p>... des audits. Ces références et recommandations de gestion hospitalière sont communiquées aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-1 du code de la santé publique pour être intégrées dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-3 du même code ».</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>---</p> <p>nent par discipline les tarifs des prestations d'hospitalisation et le montant du forfait annuel. Ils sont conclus dans le respect des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5, L. 162-22-7 et L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Ces contrats définissent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et, notamment, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre des orientations adoptées par le conseil régional de santé prévu à l'article L. 1411-3. Ils prévoient les délais de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation mentionnée à l'article L. 6113-3.</p> <p>Les contrats peuvent, en outre, favoriser la constitution des réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et les actions de coopération prévues au titre III du présent livre.</p> <p>La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation un an avant leur échéance. En cas d'absence de réponse huit mois avant l'échéance, les contrats sont réputés renouvelés par tacite reconduction. Le refus de renouvellement doit être motivé.</p> <p>Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, le contrat détermine les pénalités applicables à l'établissement au titre des deuxième et troisième alinéas du présent article en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont</p>	<p>---</p>	<p>---</p>	<p>---</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>les parties sont convenues.</p> <p>Les contrats peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'agence régionale de l'hospitalisation en cas de manquement grave de l'établissement à ses obligations législatives, réglementaires ou contractuelles.</p> <p>Les litiges relatifs à l'application de ces contrats sont portés devant les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale.</p> <p>Les conditions d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.</p> <p>Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal</p> <p>Art. 1^{er}. –</p> <p>.....</p> <p>Ne sont pas considérés comme documents administratifs, au sens du présent titre, les actes des assemblées parlementaires, les avis du Conseil d'Etat et des juridictions administratives, les documents de la Cour des comptes mentionnés à l'article L. 140-9 du code des juridictions financières et les documents des chambres régionales des comptes mentionnés à l'article L. 241-6 du même code, les documents d'instruction des réclamations adressées au Médiateur de la République et les documents préalables à l'élaboration du rapport d'accréditation des établissements de santé visé à l'article L. 710-5 du code de la santé publique.</p>	<p>.....</p> <p>II. - La fin du dernier alinéa de l'article 1^{er} de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, après les mots : « Médiateur de la République », est ainsi rédigée : « , les documents préalables à l'élaboration du rapport d'accréditation des établissements de santé prévu à l'article L. 6113-6 du code de la santé publique et les rapports d'audit des établissements de santé mentionnés à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">---</p> <p>Code de la santé publique</p> <p style="text-align: center;">SIXIEME PARTIE ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE I^{ER} Etablissements de santé TITRE II Equipement sanitaire CHAPITRE II Autorisations Art. L. 6122-19. - Le Gouvernement peut expérimenter, à compter du 1^{er} janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie.</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p>pour 2001(n° 2000-1257 du 23 décembre 2000)».</p> <p style="text-align: center;">Article 12</p> <p>I. - Au premier alinéa de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique, les mots : « fondés sur une tarification à la pathologie » sont remplacés par les mots : « fondés sur leurs activités et établis en fonction des informations qu'ils recueillent et transmettent en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du présent code et du 7° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ».</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p style="text-align: center;">Article 11 bis (nouveau)</p> <p>Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les mandats globaux relatifs aux indemnisations des gardes effectuées par les internes ou faisant fonction d'interne en médecine dans les établissements publics de santé au titre des exercices 1998 à 2001, en tant que leur régularité est mise en cause sur le fondement de la prise en compte d'un taux d'indemnisation correspondant à celui des praticiens hospitaliers.</p> <p style="text-align: center;">Article 12</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">II (nouveau). - Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, au</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p style="text-align: center;">Article 11 bis</p> <p>Sans modification</p> <p style="text-align: center;">Article 12</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">---</p> <p style="text-align: center;">Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000</p> <p>Art. 33. – VIII. - A. - Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2000, un fonds destiné à financer, dans le respect du schéma régional d'organisation sanitaire :</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p style="text-align: center;">Article 13</p> <p>I. - Les obligations et créances du Fonds pour la modernisation des cliniques privées créé par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999) sont transférées à compter du 1^{er} janvier 2003 au Fonds pour la modernisation des établissements de santé créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).</p> <p>II. - Le solde disponible au 31 décembre 2002 du Fonds pour la modernisation des cliniques privées est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé. Le montant du solde est constaté par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p> <p>III. - Le VIII de l'article 33 de la loi du 29 décembre 1999 susmentionnée est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2003.</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p>plus tard le 15 octobre, un rapport d'étude sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de soins.</p> <p style="text-align: center;">Article 13</p> <p>I. – Non modifié</p> <p>II. – Non modifié</p> <p>III. – A compter du 1^{er} janvier 2003, le VIII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 précitée est abrogé et, dans le I de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée, après les mots : « Fonds pour la modernisation des établissements de</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p style="text-align: center;">Article 13</p> <p>I. – Non modifié</p> <p>II. – Non modifié</p> <p>III – Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>- des opérations concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers au niveau régional ;</p> <p>- à compter du 1^{er} janvier 2001, des actions en matière sociale et salariale, réalisées par les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique.</p> <p>Les subventions au titre des actions réalisées en matière sociale et salariale sont attribuées selon des modalités définies par décret en fonction des données utilisées pour fixer les règles générales et les critères de modulation des tarifs. Ces règles et critères sont tels que définis à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale : la place de l'établissement dans le schéma régional d'organisation sanitaire, l'ensemble des ressources dont ils disposent pour ces actions, en particulier le niveau des tarifs des prestations des établissements de la région apprécié en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.</p> <p>Ce fonds, dénommé "Fonds pour la modernisation des cliniques privées", est géré par la Caisse des dépôts et consignations.</p> <p>B. - Les établissements de santé concernés reçoivent des subventions versées par la Caisse des dépôts et consignations à la demande de l'agence régionale de l'hospitalisation et dans les</p>		<p>-----</p> <p>santé », sont insérés les mots : « publics et privés ».</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>conditions prévues au D ci-dessous.</p> <p>C. - Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et pour 2000, à 100 millions de francs.</p> <p>La répartition entre les différents régimes est effectuée au prorata des dépenses d'assurance maladie supportées par chacun d'entre eux pour les établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique au titre de l'exercice précédent.</p> <p>D. - L'attribution des subventions est confiée, dans la limite des crédits alloués, aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'articles L. 710-17 du code de la santé publique.</p> <p>E. - Les modalités d'utilisation de la subvention par l'établissement bénéficiaire font l'objet d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.</p> <p>Les modalités d'application du présent VIII, notamment les opérations et les actions éligibles à un financement par le fonds, ainsi que les informations mises à la disposition de l'agence régionale de l'hospitalisation par l'établissement à l'appui de sa demande, sont déterminées par décret.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">Code de la santé publique</p> <p align="center">SIXIEME PARTIE ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE I^{ER} Etablissements de santé TITRE VI Etablissements de santé privés CHAPITRE I^{ER} Dispositions générales Art. L. 6161-9. –</p> <p>..... Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions pour leurs équipements, à l'exception des subventions du fonds pour la modernisation des cliniques privées.</p>	<p align="center">IV. - A l'article L. 6161-9 du code de la santé publique, les mots : « Fonds pour la modernisation des cliniques privées » sont remplacés par les mots : « Fonds pour la modernisation des établissements de santé ».</p> <p align="center">V. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est fixé pour l'année 2003 à 450 millions d'euros.</p>	<p align="center">IV. - A ...</p> <p align="center">... santé publics et privés ».</p> <p align="center">V. – Le montant ...</p> <p align="center">... de santé publics et privés est fixé, pour l'année 2003, à ... euros.</p>	<p align="center">IV. – Non modifié</p> <p align="center">V. – Non modifié</p> <p align="center"><i>VI (nouveau). - Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés dresse un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires dans un rapport annuel remis au ministre chargé de la santé.</i></p>
<p align="center">Loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique</p> <p align="center">Art. 14. - Il est créé, à partir du 1^{er} janvier 1995, un fonds pour l'emploi hospitalier, qui a pour objet de pren-</p>	<p align="center">Article 14</p> <p align="center">I. – A l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux re-</p>	<p align="center">Article 14</p> <p align="center">L'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recru-</p>	<p align="center">Article 14</p> <p align="center">Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>dre en charge :</p> <p>1° Les deux tiers de l'indemnité exceptionnelle allouée aux agents qui bénéficient des dispositions de l'ordonnance n° 82-298 du 31 mars 1982 précitée ;</p> <p>2° Les deux tiers de la différence entre la rémunération versée aux agents autorisés à travailler à temps partiel dans une proportion de 80 p. 100 ou 90 p. 100 du temps plein et celle qui résulterait d'une réduction proportionnelle de leur traitement indiciaire.</p> <p>Le fonds peut également prendre en charge le financement d'aides à la mobilité et d'actions de formation.</p> <p>Les agents mentionnés ci-dessus sont les fonctionnaires régis par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée et les agents contractuels visés à l'article 10 de la dite loi.</p> <p>Ce fonds, dont la gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, est alimenté par une contribution à la charge des établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée.</p> <p>Cette contribution est assise sur le montant des rémunérations soumises à retenues pour pension. Son taux, qui ne peut excéder 1,8 p. 100, est fixé par décret.</p> <p>Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et selon les mêmes règles que les contributions versées par les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée à la Caisse nationale de</p>	<p>crutements et aux mutations dans la fonction publique, il est créé un I comportant les dix alinéas de cet article.</p>	<p>tements et aux mutations dans la fonction publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Ses dispositions actuelles constituent un I ;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>retraite des agents des collectivités locales.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.</p>	<p>II. - Le même article est complété par un II comportant quatre alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« II. - Le fonds pour l'emploi hospitalier contribue en outre, dans les conditions fixées par décret, au financement des droits à congés acquis au titre de la réduction du temps de travail non pris ou portés dans un compte épargne-temps en raison de la réalisation progressive des recrutements. Ne peuvent être financés à ce titre que les droits acquis en 2002, 2003 et 2004 par les médecins, pharmaciens et odontologistes mentionnés au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique et en 2002 et 2003 par les agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et sous réserve que les rémunérations des uns et des autres sont prises en compte pour le calcul des ressources allouées par l'assurance maladie à l'établissement.</p> <p>« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant des crédits ouverts à ce titre dans les comptes du fonds.</p> <p>« Les opérations du fonds réalisées pour l'exercice de cette mission font l'objet d'un suivi distinct en comptabilité.</p> <p>« Les régimes obligatoires d'assurance maladie</p>	<p>2° A la fin du dernier alinéa, le mot : « article » est remplacé par la mention : « I » ;</p> <p>3° Il est complété par un II ainsi rédigé :</p> <p>« II. – Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Les régimes obligatoires d'assurance maladie</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>SIXIEME PARTIE ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE I^{ER} Etablissements de santé TITRE V Personnels médicaux et pharmaceutiques CHAPITRE IV Activité libérale des praticiens temps plein</p>	<p>abondent le fonds pour l'exercice de cette mission à hauteur du montant des crédits ouverts chaque année à ce titre par l'arrêté ministériel prévu au sixième alinéa du présent article. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p>alimentent le fonds pour l'exercice de cette mission à la hauteur du montant des crédits ouverts chaque année à ce titre par l'arrêté interministériel mentionné au deuxième alinéa du présent II. La répartition ...</p> <p>... sociale. »</p> <p>Article 14 bis (nouveau)</p> <p>L'article L. 6154-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est ainsi rédigé : « Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital. » ;</p> <p>2° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent au président de la commission de l'activité libérale mentionnée à l'article L. 6154-5 de l'établissement public de santé dans lequel le</p>	<p>Article 14 bis</p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 6154-3. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance dans des conditions déterminées par décret.</p>	<p>Article 15</p> <p>I. - L'article L. 162 5-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le III est ainsi rédigé :</p> <p>« III. - Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-13, après consultation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi que, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et, en tant que de besoin, de l'organisation en charge des questions de déontologie de cette profession. » ;</p> <p>2° Le IV est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Ce règlement fixe</p>	<p>praticien exerce, les informations sur ses recettes, le nombre de ses consultations et le volume des actes qu'il effectue. »</p> <p>Article 15</p> <p>I. – Non modifié</p>	<p>Article 15</p> <p>Sans modification</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE I^{ER}</p> <p>Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p>TITRE VI</p> <p>Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</p> <p>CHAPITRE II</p> <p>Dispositions générales relatives aux soins</p> <p>Section 1.1</p> <p>Médecins</p> <p>Sous-section 2</p> <p>Règlement conventionnel</p> <p>Art. L. 162-5-9. – I. –</p> <p>III. - Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-13, après consultation, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et de l'organisation en charge des questions de déontologie de cette profession.</p> <p>IV. - Le règlement prévu au présent article peut comporter toute disposition entrant dans le champ des conventions nationales en application des dispositions du présent code.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>Section 3.1 Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3</p> <p>Sous-section 2 Dispositions relatives à la fixation et au suivi des objectifs de dépenses</p> <p>Art. L. 162-15-2. - I. - En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession :</p> <p>1° L'objectif des dépenses de la profession, incluant les dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires, un objectif étant fixé pour les médecins généralistes, d'une part, et pour les médecins spécialistes, d'autre part ; cet objectif s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile concernée et porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail ;</p> <p>2° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux, en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention, pour les méde-</p>	<p>-----</p> <p>les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés en dehors des cas de dépassements autorisés. »</p> <p>II.- Le sous-section 2 de la section 3-1 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du même code est abrogée.</p>	<p>-----</p> <p>II. – Non modifié</p>	<p>-----</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>cins et les chirurgiens-dentistes ;</p> <p>3° Le cas échéant, les mesures de toute nature propres à garantir le respect de l'objectif fixé et notamment :</p> <p>a) Toute action visant à réduire le volume des actes non justifiés au plan médical et notamment les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ;</p> <p>b) Les modifications, dans la limite de 20 % de la cotation des actes inscrits à la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie auxquelles les parties à la convention peuvent procéder.</p> <p>II. - En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins deux fois dans l'année, une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année.</p> <p>Lorsqu'elles constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application du I, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée et après consultation des organis-</p>	<p>-----</p>	<p>-----</p>	<p>-----</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>tions syndicales représentatives de cette profession, les mesures de toute nature propres à garantir son respect et notamment celles prévues au 3° du I ainsi que, le cas échéant, les ajustements des tarifs prévus au 2°.</p>			
<p>En cas de carence des caisses nationales ou lorsqu'il apparaît que les mesures proposées au titre des deux alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses, un arrêté interministériel fixe les tarifs et mesures mentionnés aux 2° et 3° (b) du I.</p>			
<p>Art. L. 162-15-3. - I. -</p>			
<p>Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget dans un délai de cinquante jours à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, accompagné le cas échéant, des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie.</p>			
<p>Ce rapport comporte les éléments permettant d'apprécier la compatibilité des annexes ou des mesures dé-</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>terminées par les caisses nationales avec l'objectif de dépenses déléguées mentionné au II de l'article L. 227-1.</p>			
<p>Le rapport indique également les moyens mis en oeuvre par l'assurance maladie pour maîtriser l'évolution des dépenses de prescription des médecins, sages-femmes et dentistes. Il détaille à ce titre les actions, notamment de contrôle, prévues par le service médical, les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que celles menées au titre des accords médicalisés visés à l'article L. 162-12-17. Le rapport précise l'effet projeté de chaque action sur les dépenses de prescription, par catégorie.</p>			
<p>Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p>			
<p>II. - Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget au plus tard le 15 juillet, accompagné, le cas échéant, des</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie.</p>			
<p>Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p>			
<p>III. - Les mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie au titre de l'article L. 162-15-2 font l'objet d'une approbation unique des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p>			
<p>Ces mesures sont éputées approuvées si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dans le délai de quinze jours à compter de leur réception, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou en raison des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.</p>			
<p>En cas d'opposition, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose d'un délai de dix jours pour revoir le contenu des mesures et les présenter à nouveau, dans les conditions fixées au premier alinéa du I et au II ci-dessus, aux ministres compétents.</p>			
<p>IV. - <i>Abrogé</i></p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>V. - En l'absence de convention, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés, en vigueur au 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur des mesures fixées par les caisses nationales dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-2.</p>	<p>III. - A l'article L. 162-5-13 du même code, les mots : « à l'article L. 162-15-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-14-2 et L. 162-5-9 ».</p>	<p>III. – Non modifié</p>	
<p>Section 1.1 Médecins Sous-section 3 Dispositions diverses</p>	<p>Art. L. 162-5-13. - I. - Les tarifs des médecins mentionnés à l'article L. 162-15-2 ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient.</p>		
<p>II. –</p>			
<p>..... Section 10 Réseaux Art. L. 162-45. –</p>			
<p>..... 1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux;</p>		<p>III bis (nouveau). - A l'article L. 162-45 du même code, les mots : « , L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 » sont remplacés par les mots : « et L. 162-14 ».</p>	
<p>..... Section 3.1 Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 Sous-section 1</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">---</p> <p>Conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants</p> <p>Art. L. 162-15. - Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13, leurs annexes et avenants sont transmis, au nom des parties signataires, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes est consulté par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à la caisse et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 322-5-1. -</p> <p>.....</p> <p>La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-2 ou L. 162-15-2.</p>	<p>IV. - A l'article L. 162-15 du même code, les mots : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, » sont supprimés.</p> <p>V. - A l'article L. 322-5-1 du même code, la référence : « L. 162-15-2 » est remplacée par la référence : « L. 162-5-9 ».</p>	<p>IV. – Non modifié</p> <p>V. – Non modifié</p>	
<p style="text-align: center;">LIVRE I^{ER}</p> <p>Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p style="text-align: center;">TITRE VI</p> <p>Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE II Dispositions générales relatives aux soins Section 2.1 Références professionnelles</p> <p>Art. L. 162-16-16. – A défaut de mise en place du comité médical paritaire local ou à défaut d'un avis rendu dans le délai prévu ou en cas de partage égal des voix, le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3 est saisi.</p> <p>Sur la base des faits litigieux retenus par le comité médical paritaire local ou, à défaut, par le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3, le service du contrôle médical propose à la caisse la sanction financière prévue par les conventions ou le règlement mentionnés au premier alinéa.</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">LIVRE III Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général TITRE I^{ER} Assurance maladie CHAPITRE V Contrôle médical</p> <p>Art. L. 315-3. - En cas de non-respect des règles d'établissement des feuilles de soins et des ordonnances destinées aux assurés reconnus atteints d'affections relevant des dispositions de l'article L. 324-1, en cas de non-respect des règles de prescription de médicaments définies à l'article L. 162-4, de non-respect des conditions de prise en charge des frais de transport visés au 2° de l'article L. 321-1 ou de non-</p>	<p style="text-align: center;">-----</p> <p>VI. - L'article L. 162-12-16 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Le troisième alinéa est supprimé ;</p> <p>2° Au quatrième alinéa, les mots : « ou, à défaut, par le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3 » sont supprimés.</p> <p>VII. - L'article L. 315-3 du même code est abrogé.</p>	<p style="text-align: center;">-----</p> <p>VI. – Non modifié</p> <p>VII. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">-----</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>respect des conditions prévues pour l'attribution des indemnités visées au 5° du même article, le service du contrôle médical saisit un comité médical régional composé de deux représentants désignés en son sein par la section correspondante de l'union des médecins exerçant à titre libéral, de deux médecins conseils désignés par le service régional du contrôle médical et du médecin inspecteur régional, ou de son représentant, qui en assure la présidence. Ce comité se prononce sur la matérialité des faits et les sanctions financières susceptibles d'être prises à l'encontre de l'auteur des actes ou des prescriptions irrégulières, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>			
<p>L'avis rendu par le comité médical s'impose à la caisse et au professionnel concerné. Le montant des sanctions peut aller jusqu'au remboursement à la caisse de la dépense supportée par elle, au titre des actes et des prescriptions irréguliers.</p>			
<p>La mise en oeuvre de ces sanctions ne fait pas obstacle à l'application des mesures pouvant être prises à l'égard du bénéficiaire de la prestation concernée, conformément au deuxième alinéa de l'article L. 315-2.</p>			
<p>Par dérogation aux dispositions de l'article L. 145-1, les litiges nés de l'application de ces dispositions sont portés devant les juridictions du contentieux général de la sécurité sociale.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">---</p> <p style="text-align: center;">LIVRE VI Régime des travailleurs non salariés TITRE I^{ER} Assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles CHAPITRE V Champ d'application du régime - Prestations Section 2 Dispositions relatives aux soins – Contrôle médical Sous-section 3 Contrôle médical</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p style="text-align: center;">VIII. - Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les mots : « , L. 315-2-1 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « et L. 315-2-1 ».</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p style="text-align: center;">VIII. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">---</p>
<p style="text-align: center;">Code rural</p> <p style="text-align: center;">LIVRE VII Dispositions sociales TITRE III Protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles CHAPITRE II Prestations Section 2 Assurance maladie, invalidité et maternité</p>	<p style="text-align: center;">IX. - Au premier alinéa de l'article L. 732-5 du code rural, les mots : « et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « et L. 315-2-1 ».</p>	<p style="text-align: center;">IX. – Non modifié</p>	
<p>Art. L. 615-13. – Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 sont applicables au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p> <p style="text-align: center;">Code rural</p> <p style="text-align: center;">LIVRE VII Dispositions sociales TITRE III Protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles CHAPITRE II Prestations Section 2 Assurance maladie, invalidité et maternité</p> <p>Art. L. 732-5. - Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles.</p> <p>.....</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale			
<p>Art. L. 162-12-18. - La ou 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 déterminent les conditions dans lesquelles les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui ouvre droit, en contrepartie du respect des engagements de ce contrat, à un complément forfaitaire de rémunération ou à la majoration de la participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.</p> <p>.....</p>			<p><i>Article additionnel après l'article 15</i></p>
<p>Art. L. 162-12-19. - En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées à l'article L. 162-14-1, ou en l'absence d'accords de bon usage des soins ou de contrats de bonne pratique, et après consultation des syndicats représentatifs des professions concernées, les accords ou contrats mentionnés aux articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 peuvent être fixés par arrêté interministériel pris sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale ou, à défaut, à l'initiative des ministres compétents.</p>			<p><i>I. - Au premier alinéa de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, les mots : « contrat de bonne pratique » sont remplacés par les mots : « contrat de pratique professionnelle ».</i></p>
<p>Art. L. 162-14-1. - La ou 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 conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :</p>			<p><i>II. - Dans l'article L. 162-12-19 et au troisième alinéa (2°) de l'article L. 162-14-1 du même code, les mots : « contrats de bonne pratique » sont remplacés par les mots : « contrats de pratique professionnelle ».</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>.....</p> <p>2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; ces engagements prennent la forme d'accords de bon usage des soins prévus par l'article L. 162-12-17, qui constituent dans ce cas une annexe à la convention nationale, de contrats de bonne pratique prévus par l'article L. 162-12-18 ou de tout autre dispositif que les conventions mettent en oeuvre 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 ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;</p> <p>.....</p>	<p>-----</p>	<p>-----</p>	<p>-----</p>
Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> Code de la sécurité sociale	<p>-----</p>	<p>-----</p>	<p>-----</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">LIVRE II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses TITRE II Organismes nationaux CHAPITRE VIII Conseils de surveillance Art. L. 228-1.-</p>	<p>Article 16</p>	<p>Article 16</p>	<p>Article 16</p>
<p>Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an pour examiner les conditions de mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion visées aux articles L. 227-1 et suivants. Il examine un rapport à cet effet présenté par les caisses nationales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son président remet un avis au Parlement sur la mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion. Il fixe l'ordre du jour du conseil de surveillance.</p>	<p>A l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, le quatrième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p style="padding-left: 40px;">« Le conseil de surveillance de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés veille à la cohérence des conventions passées entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé avec l'objectif national prévu au 4° de l'article LO. 111-3. »</p>	<p>Après le quatrième alinéa de l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 40px;">« Le ...</p> <p style="text-align: right;">... 4°</p> <p>du I de l'article LO. 111-3. Le conseil de surveillance est saisi par le conseil d'administration de la caisse de l'accord-cadre, des conventions, de leurs annexes et avenants, mentionnés aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-14-2. Lorsqu'il estime qu'une ou plusieurs dispositions de l'accord-cadre ou d'une convention ne sont pas cohérentes avec le respect de</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Lorsqu'il agrée ou approuve les accords, conventions, annexes et avenants mentionnés aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-14-2, le ministre chargé de la sécurité sociale adresse aux commissions compétentes du Parlement un rapport sur la cohérence de ces accords, conventions, annexes et avenants avec l'objectif prévu au 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Copie de ce rapport est adressée au conseil de surveillance de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 162-16. - Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1 du présent code ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.</p>	<p>Article 17</p> <p>Au deuxième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, les mots : « en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-3 du code de la santé publique, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique » sont remplacés par les mots : « l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère conforme à la prescription, qu'elle appartienne à un groupe générique ou non, ».</p>	<p>l'objectif national prévu au 4° du I de l'article L. O. 111-3, il en informe le conseil d'administration en adoptant un avis motivé à la majorité de ses membres, le président ayant une voix prépondérante. Le conseil d'administration transmet l'avis au Parlement et au Gouvernement. En outre, le conseil de surveillance rend chaque année, avant le 30 juin, un rapport sur la politique conventionnelle de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce rapport, adopté à la majorité de ses membres, le président ayant une voix prépondérante, est transmis au Parlement et au Gouvernement. »</p>	<p>Article 17</p> <p><i>Suppression maintenue</i></p>
	<p>Article 18</p> <p>I. - Dans le code de la sécurité sociale, les mots : « service du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « service médical de l'assurance maladie ».</p>	<p>Article 18</p> <p>I. - 1. Dans sociale, au premier alinéa de l'article L. 162-1-2 et de l'article L. 162-4-1, au quatrième alinéa de l'article L. 162-12-16, au cinquième</p>	<p>Article 18</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 183-1. - Elle dispose du concours des services de l'échelon régional du contrôle médical du régime général. Elle coordonne l'activité des services du contrôle médical, au plan régional et local, de l'ensemble des régimes.</p>	<p>II. - Au cinquième alinéa de l'article L. 183-1 du même code, les mots : « des services de l'échelon régional du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « de l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie ». Au même alinéa, les mots : « des services du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « des services médicaux de l'assurance maladie ».</p>	<p>alinéa de l'article L. 162-12-18, au dernier alinéa de l'article L. 224-7, aux II, III, IV et V de l'article L. 315-1, aux premier, deuxième et dernier alinéas de l'article L. 315-2, par trois fois au premier alinéa de l'article L. 315-2-1, à l'article L. 544-3 et à l'article L. 766-1-4, les mots : « service du maladie ».</p> <p>2. Dans le code rural, au quatrième alinéa de l'article L. 752-6 et au troisième alinéa de l'article L. 752-24, les mots : « service du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « service médical de l'assurance maladie ».</p> <p>II. - Au L. 183-1 du code de la sécurité sociale, les maladie ».</p>	<p>III. - Non modifié</p>
	<p>III. - L'intitulé du chapitre V du titre I^{er} du livre III du même code est ainsi rédigé : « Bon usage des prestations et relations avec les professionnels de santé ».</p>	<p>III bis (nouveau). - 1. L'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre I^{er} du</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 615-13. - Les caisses mutuelles régionales mentionnées à l'article L. 611-1 assurent le contrôle médical dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. A cet effet, elles peuvent, le cas échéant, passer convention avec un autre organisme de sécurité sociale.</p> <p>.....</p>	<p>IV. - Le premier alinéa de l'article L. 315-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Le service médical de l'assurance maladie a pour mission d'examiner tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité et d'analyser l'activité des prestataires de soins, en vue de promouvoir les bonnes pratiques et de lutter contre les prescriptions abusives. »</p>	<p>livre VI du même code est ainsi rédigé : « Dispositions relatives aux soins. - Bon usage des prestations ».</p> <p>2. L'intitulé de la sous-section 3 de la même section 2 est ainsi rédigé : « Bon usage des prestations et relations avec les professionnels de santé ».</p> <p>3. Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les mots : « assurent le contrôle médical » sont remplacés par les mots : « examinent tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service des prestations et analysent l'activité des prestataires de soins ».</p> <p>4. Dans le deuxième alinéa du même article, le mot : « contrôle » est remplacé par le mot : « service ».</p> <p>IV. - Le I de l'article L. 315-1 est ainsi rédigé : « I. - Le abusives. »</p>	
<p>Art. L. 315-1. -</p> <p>.....</p> <p>I. - Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité.</p> <p>II. -</p> <p>.....</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code rural</p> <p>Art. L. 752-12. - Les organismes de mutualité sociale agricole sont chargés : - d'assurer le contrôle médical selon les modalités prévues aux articles L. 315-1 à L. 315-3 du code de la sécurité sociale ;</p>	<p>V. - Après l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 315-1-1 ainsi rédigé : « Art. L. 315-1-1. - Le service médical de l'assurance maladie assure également les missions suivantes : « 1° En relation notamment, en ce qui concerne les médecins, avec les unions mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique, la réalisation d'actions de bon usage des soins destinées à promouvoir des avis et recommandations scientifiques émanant des instances compétentes, notamment de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, tant auprès des professionnels de santé que des assurés sociaux ; « 2° La participation aux actions des caisses d'assurance maladie destinées à porter à la connaissance des</p>	<p>IV <i>bis</i> (nouveau). - Le quatrième alinéa de l'article L. 752-12 du code rural est ainsi rédigé :</p> <p>« - d'examiner tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité et d'analyser l'activité des prestataires de soins, en vue de promouvoir les bonnes pratiques et de lutter contre les prescriptions abusives, conformément aux articles L. 315-1 à L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale ; ».</p>	<p>V. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 315-1-1. - Le maladie exerce également ... suivantes : 1° Non modifié</p> <p>2° Non modifié</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>.....</p> <p>Art. L. 615-13. -</p> <p>Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 sont applicables au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p>	<p>professionnels de santé les évolutions de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale ;</p> <p>« 3° A partir notamment des analyses prévues aux III et IV de l'article L. 315-1, la mise à disposition des professionnels de tous documents de nature à leur permettre d'analyser leur activité individuelle et d'améliorer leur exercice.</p> <p>« Les conditions de mise en œuvre du présent article sont fixées par décret. »</p> <p>VI. - Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, après la référence : « L. 315-1, », il est inséré la référence : « L. 315-1-1, ».</p>	<p>« 3° A ...</p> <p>... professionnels de santé de tous ...</p> <p>... exercice.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>VI. – Non modifié</p>	
<p>Code rural</p> <p>Art. L. 732-5. - Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles.</p>	<p>VII. - Au premier alinéa de l'article L. 732-5 du code rural, après la référence : « L. 315-1, », il est inséré la référence : « L. 315-1-1, ».</p>	<p>VII. – Non modifié</p>	
<p>.....</p> <p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 162-5. - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre Caisse nationale d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre Caisse nationale d'assurance maladie et et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.</p>			
<p>La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.</p>	<p>Article 19</p>	<p>Article 19</p>	<p>Article 19</p>
<p>La ou les conventions déterminent notamment :</p> <p>.....</p>	<p>L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 15° ainsi rédigé :</p> <p>« 15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et bons usages des soins fixés par la convention. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>« 15° Les ...</p> <p>... pratiques et de bon usage des ...</p> <p>... convention. »</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 162-17-4. - En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa de l'article L. 162-17. Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :</p> <p>.....</p>		<p>Article 19 bis (nouveau)</p> <p>I. - Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise » sont remplacé par les mots : « Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un</p>	<p>Article 19 bis</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. 138-10. - Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>Le montant total de cette contribution est calculé comme suit</p> <p>TAUX D'ACCROISSEMENT du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables :</p> <p>T supérieur à K(+) et/ou égal à K + 0,5 point.</p>		<p>ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise ».</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>TAUX DE LA CONTRIBUTION globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables : 50</p>			
<p>TAUX D'ACCROISSEMENT du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables : T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point.</p>			
<p>TAUX DE LA CONTRIBUTION globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables : 60</p>			
<p>TAUX D'ACCROISSEMENT du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables : T supérieur à K + 1 point et plus.</p>			
<p>TAUX DE LA CONTRIBUTION globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables : 70</p>			
<p>(+) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.</p>			
<p>Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu, postérieurement au 1er janvier 1999, une convention avec le Comité économique des produits de santé en application des articles L. 162-16-1 et suivants, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p>		<p>II. – La première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 138-10 du même code est complétée par les mots : « et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu ».</p>	
<p>Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 Art. 36. -</p>			
<p>..... III. – Les agréments pris sous l'empire de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets, pour la durée fixée par l'agrément, en tant qu'ils concernent les dérogations prévues au II de cet article.</p>		<p>Article 19 <i>ter</i> (nouveau)</p> <p>Dans le III de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n°2001-1246 du 21 décembre 2001), les mots : « , pour la durée fixée par l'agrément » sont remplacés par les mots : « un an après la durée fixée par l'agrément et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2004 ».</p>	<p>Article 19 <i>ter</i></p> <p>I. - Dans ...</p>
			<p>... mots : « jusqu'au 31 décembre 2004 ».</p> <p>II. - Les dispositions des conventions de financement conclues entre les réseaux agréés en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 et les organismes d'assurance maladie peuvent être, par avenant, prolongées jusqu'au 31 décembre 2004.</p>
	<p>Article 20</p> <p>Avant l'article L. 162-18 du code de la sécu-</p>	<p>Article 20</p> <p>Après l'article L. 162-17-5 du ...</p>	<p>Article 20</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">CHAPITRE V Dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que des médicaments et prestations associées</p>	<p>rité sociale, il est inséré un article L. 162-17-8 ainsi rédigé :</p> <p align="center">« <i>Art. L. 162-17-8.</i> - Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 162-16-4, l'entreprise qui exploite un médicament peut, lorsque ce médicament présente, par son caractère innovant ou l'importance du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, demander à bénéficier d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.</p> <p align="center">« Un décret en Conseil d'Etat précise notamment les conditions requises pour bénéficier de cette procédure, ses modalités de mise en œuvre et la nature des engagements que doit prendre l'entreprise. »</p>	<p>... L. 162-17-7 ainsi rédigé :</p> <p align="center"><i>Art. L. 162-17-7.</i> - L'entreprise qui exploite un médicament peut, lorsque ce médicament présente, par son amélioration du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, demander à bénéficier d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L.162-17.</p> <p align="center">« Un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise notamment les médicaments auxquels cette procédure est applicable, les modalités de mise en oeuvre et la nature des engagements que doit prendre l'entreprise. »</p>	<p align="center">Article 21</p> <p align="center">Sans modification</p>
<p>Art. L. 162-17. -</p>	<p align="center">Article 21</p> <p align="center">I. - Les huitième et neuvième alinéas de l'article L. 162-17-4 sont remplacés par les dispositions suivantes :</p> <p align="center">« Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité</p>	<p align="center">Article 21</p> <p align="center">I. - Les ...</p> <p>... L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale sont ... par cinq alinéas ainsi rédigés :</p> <p align="center">Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>compter de la date de publication de la décision d'interdiction au Journal officiel, la modification des prix des médicaments fixés par convention faisant l'objet de l'interdiction de publicité ou le versement, en application de l'article L. 162-18, de remises sur le chiffre d'affaires de ces médicaments. Si l'avenant correspondant n'a pas été signé dans un délai de deux mois à compter de la même date, le comité peut résilier la convention ; ces prix sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. Cette modification des prix ne peut entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.</p> <p>Lorsque la mesure d'interdiction de publicité mentionnée à l'alinéa précédent porte sur un médicament dont le prix est fixé par arrêté, le Comité économique des produits de santé peut, dans le délai d'un mois à compter de la date de publication de la décision d'interdiction au Journal officiel, proposer à l'entreprise concernée de conclure une convention modifiant les prix des médicaments faisant l'objet de l'interdiction de publicité ou prévoyant, en application de l'article L. 162-18, le versement de remises sur le chiffre d'affaires de ces médicaments. A défaut de conclusion d'une telle convention dans un délai de deux mois à compter de la même date, ces prix sont modifiés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. Cette modification des prix ne peut entraîner une dépense sup-</p>	<p>té sociale peuvent prononcer, après avis du Comité économique des produits de santé et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de la dite entreprise.</p> <p>« Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet de la publicité interdite durant les six mois précédant et les six mois suivant la date d'interdiction.</p> <p>« Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par la mesure d'interdiction et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.</p> <p>« La pénalité est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code.</p> <p>« Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>plémentaire pour l'assurance maladie.</p>	<p>II. - Après l'article L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-9 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-17-9. - S'il s'avère, postérieurement à l'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, que l'entreprise qui exploite le médicament n'a pas fourni, en signalant la portée, des informations connues d'elle avant ou après l'inscription et que ces informations conduisent à modifier les appréciations portées par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique notamment pour ce qui concerne le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce médicament, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après avis du comité économique des produits de santé et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.</p> <p>« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires total hors taxes réalisé en France par l'entreprise au cours du dernier exercice clos.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article, notamment la nature des informations concernées, les règles et délais de procédure, ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale, sont déterminés par</p>	<p>II. - Après l'article L. 162-17-5 du ...</p> <p>... article L. 162-17-8 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-17-8. - S'il ...</p> <p>... entreprise.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Les ...</p> <p>... procédure, les modes ...</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">Code de l'action sociale et des familles</p> <p align="center">LIVRE III</p> <p align="center">Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services</p> <p align="center">TITRE I^{ER}</p> <p align="center">Etablissements et services soumis à autorisation</p> <p align="center">CHAPITRE IV</p> <p align="center">Dispositions financières</p> <p align="center">Section 2</p> <p align="center">Règles budgétaires et de financement</p>	<p>décret en Conseil d'Etat.</p> <p>« La pénalité est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code.</p> <p>« Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. »</p>	<p>... Conseil d'Etat.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>Article 22</p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 314-8. - Les modalités de fixation de la tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat qui prévoit notamment :</p> <p>.....</p> <p>Les dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans préjudice d'une participation des collectivités locales.</p>	<p align="center">Article 22</p> <p>I.- Après le cinquième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Les dépenses médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 relatives aux activités énumérées à l'article L. 3311-2 du code de</p>	<p align="center">Article 22</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« Les ...</p> <p>... soins spécialisés aux toxicomanes relevant des catégories d'établissements mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge ...</p>	<p align="center">Article 22</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>LIVRE IV</p> <p>Lutte contre la toxicomanie</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>Organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes</p> <p>CHAPITRE I^{ER}</p> <p>Dispositions générales</p> <p>Art. L. 3411-2.- Les dépenses de prévention résultant du présent livre, les dépenses de soins entraînées par l'application des articles L. 3414-1 et L. 3423-1 à L. 3424-2, ainsi que les dépenses d'aménagement des établissements de cure sont prises en charge par l'Etat.</p> <p>.....</p> <p>LIVRE III</p> <p>Lutte contre l'alcoolisme</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>Prévention de l'alcoolisme</p> <p>CHAPITRE UNIQUE</p> <p>Art. L. 3311-2. - Les centres de cure ambulatoire mentionnés au 9° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et</p>	<p>la santé publique et aux activités visées au titre I^{er} du livre IV de la troisième partie du même code sont prises en charge par l'assurance maladie sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités locales, et sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. »</p> <p>II. - Le premier alinéa de l'article L. 3411-2 du code de la santé publique est complété par les mots : « à l'exclusion des dépenses médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ».</p> <p>III. - A l'article L. 3311-2 du code de la santé publique, les mots : « Les centres de cure ambulatoire mentionnés au 9° de l'article</p>	<p>... sociale. »</p> <p>II. - Le ...</p> <p>... mots : «, dépenses mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles ».</p> <p>III. - <i>Supprimé</i></p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>médico-sociales assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi qu'en faveur de leur famille.</p>	<p>3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales » sont remplacés par les mots : « Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ».</p>		
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE I^{ER} Généralités TITRE VII Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes CHAPITRE IV Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements Section 3 Dépenses afférentes aux soins dispensés dans certains établissements sociaux</p>	<p>IV. - A la section 3 du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est ajouté un article L. 174-9-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 174-9-1. - Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle.</p> <p>« La répartition des sommes versées à ces centres au titre de l'alinéa précédent entre les régime d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition des charges des dotations globales hospitalières pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2. »</p>	<p>III. - La section 3 ...</p> <p>... sociale est complétée par un rédigé :</p> <p>« Art. L. 174-9-1. - Les centres de soins spécialisés aux toxicomanes mentionnés à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale ...</p> <p>... annuelle.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	<p>V. - Les organismes qui assurent les missions relevant de l'application du titre I^{er} du livre IV de la troisième partie du code de la santé publique ayant passé convention avec le préfet du département où ils sont implantés à la date de publication de la présente loi disposent, à compter de cette même date, d'un délai d'un an pour solliciter l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles et selon la procédure fixée par l'article L. 313-2 dudit code. La convention devient caduque si cette autorisation n'a pas été sollicitée à l'expiration de ce délai.</p> <p>VI. - Dans l'attente de l'arrêté fixant la dotation globale pour l'année 2003, les caisses d'assurance maladie versent à chaque organisme cité au V ci-dessus antérieurement financé par l'Etat, des acomptes mensuels sur la dotation globale de financement, égaux au douzième de la participation de l'Etat allouée à chaque centre au titre de ses activités médico-sociales en 2002, déduction faite, le cas échéant, des financements des collectivités locales. Tout refus</p>	<p>IV. - Après le quatrième alinéa de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« A titre transitoire, la première autorisation délivrée aux centres de soins spécialisés aux toxicomanes conformément aux dispositions du présent article a une durée de trois ans. »</p> <p>V. - Les organismes gestionnaires des centres de soins spécialisés aux toxicomanes ayant passé ...</p> <p>... délai.</p> <p>VI. - Dans ...</p> <p>... versent à chaque centre de soins spécialisés aux toxicomanes antérieurement financé par l'Etat des acomptes ...</p>	---

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>TITRE III Dispositions communes relatives au financement</p>	<p>d'autorisation d'un centre met fin à son financement par l'assurance maladie.</p>	<p>... maladie.</p>	<p>Article 23</p>
<p>CHAPITRE II Prise en charge par l'Etat des dépenses exposées au titre de l'interruption volontaire de grossesse</p>	<p>Article 23</p> <p>Le chapitre II du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Article 23</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 132-1. - Dans les limites fixées chaque année par les lois de finances, l'Etat rembourse aux organismes gérant un régime légal de sécurité sociale les dépenses qu'ils supportent au titre de la part garantie des frais exposés par les assurés sociaux à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse effectuées dans les conditions prévues à la section I du chapitre III <i>bis</i> du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique.</p>	<p>1° L'intitulé du chapitre est ainsi rédigé : « Prise en charge par l'assurance maladie des dépenses afférentes aux interruptions volontaires de grossesse mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique » ;</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
<p>L'intégralité des dépenses exposées à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique est prise en charge par l'Etat.</p>	<p>2° Le premier alinéa de l'article L. 132-1 est supprimé ;</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
<p>.....</p>	<p>3° Au deuxième alinéa de l'article L. 132-1, les mots : « l'Etat » sont remplacés par les mots : « les organismes d'assurance maladie ».</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Code de la santé publique</p> <p>LIVRE III Aide médicale urgente, transports sanitaires et autres services de santé TITRE I^{ER}</p>		<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">Aide médicale urgente et transports sanitaires CHAPITRE II Transports sanitaires Art. L. 6312-5. - Sont dé-terminées par décret en Conseil d'Etat :</p>	<p align="center">Article 24</p> <p>I. - L'article L. 6312-5 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p align="center">« - les conditions dans lesquelles le représentant de l'Etat dans le département organise, après avis du comité mentionné à l'article L. 6313-1, la garde départementale assurant la permanence des soins ».</p>	<p align="center">Article 24</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p align="center">« - les ...</p> <p align="center">... permanence du transport sanitaire. »</p>	<p align="center">Article 24</p> <p align="center">Sans modification</p>
<p align="center">Code de la sécurité sociale</p> <p align="center">LIVRE III Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général TITRE II Assurance maladie CHAPITRE II Prestations en nature Section 2 Frais de déplacement de l'assuré - Frais de transport Art. L. 322-5-2.- Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et au moins deux caisses nationales d'assurance maladie dont la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>II. - L'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale est complété par un 6° ainsi rédigé :</p> <p align="center">« 6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à des dispositifs de permanence des</p>	<p>II. – Alinéa sans modification</p> <p align="center">« 6° Les conditions ...</p> <p align="center">... pour leur participation à la garde départementale organisée dans les</p>	<p align="center">Sans modification</p>
<p>Cette convention détermine notamment :</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">LIVRE I^{ER} Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base TITRE VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales CHAPITRE I^{ER} Dispositions relatives aux prestations Section 4 Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé</p>	<p>soins dans les conditions prévues à l'article L. 6312-5 du code de la santé publique. »</p>	<p>conditions prévues au dernier alinéa de l'article publique. »</p>	
<p>Art. L. 161-34. - Les conventions nationales, contrats nationaux, ou les dispositions applicables en l'absence de convention ou de contrat, mentionnés au chapitre II du présent titre précisent, pour chaque profession ou établissement concernés et en complément des dispositions de l'article L. 161-33, les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non-respect de ces modalités. A défaut, ces modalités et ces sanctions sont arrêtées par le ministre chargé de la sécurité sociale.</p>	<p>III. - La première phrase de l'article L. 161-34 du même code est ainsi rédigée :</p> <p>« Pour les professions concernées par les dispositions des chapitres II et V du présent titre et par les dispositions des articles L. 322-5 à L. 322-5-5, les conventions nationales, accords nationaux et contrats ou les dispositions applicables en l'absence de convention, de contrat ou d'accord précisent, pour chaque profession ou établissement concerné et en complément des dispositions de l'article L. 161-33, les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non-respect de ces modalités. »</p>	<p>III. – Non modifié</p>	
<p style="text-align: center;">Code de l'action sociale et des familles</p> <p style="text-align: center;">LIVRE III Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services TITRE I^{ER} Etablissements et services</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">soumis à autorisation</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE III</p> <p style="text-align: center;">Droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux</p> <p style="text-align: center;">Section 3</p> <p style="text-align: center;">Contrats ou conventions pluriannuels</p> <p>Art. L. 313-12. - I. - Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnées au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et les établissements de santé dispensant des soins de longue durée visés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que s'ils ont passé avant le 31 décembre 2003 une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat, qui respecte le cahier des charges établi par arrêté ministériel, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux.</p> <p style="text-align: center;">Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie</p> <p>Art. 5. - A titre transitoire, les établissements mentionnés à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles perçoivent jusqu'à la date de prise d'effet de la convention pluriannuelle prévue audit article et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2003 :</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 25</p> <p>I. - Au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, la date : « 31 décembre 2003 » est remplacée par les mots : « 31 décembre 2006 ».</p> <p>II. - Au premier alinéa de l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, les mots : « au plus tard jusqu'au 31 décembre 2003 » sont remplacés par les mots : « au plus tard à la date mentionnée au I de l'article L. 313-12 du</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 25</p> <p>I. - Au ...</p> <p style="text-align: center;">... par les mots : « 31 décembre 2005, ou avant le 31 décembre 2006 pour les établissements mentionnés à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation ».</p> <p>II. - Au ...</p> <p style="text-align: center;">... tard jusqu'à la date ...</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 25</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de l'action sociale et des familles</p> <p>LIVRE III</p> <p>Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>Etablissements et services soumis à autorisation</p> <p>CHAPITRE IV</p> <p>Dispositions financières</p> <p>Section 2</p> <p>Règles budgétaires et de financement</p>	<p>code de l'action sociale et des familles ».</p>	<p>... du même code ».</p>	
	<p>Article 26</p>	<p>Article 26</p>	<p>Article 26</p>
<p>Art. L. 314-8. - Les modalités de fixation de la tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat qui prévoit notamment :</p>	<p>Le dernier alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.</p>	<p><i>Supprimé</i></p>	<p><i>Suppression maintenue</i></p>
<p>.....</p> <p>Dans les établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code.</p>			
<p>Code de la sécurité sociale</p>			
<p>Art. L. 162-16. - Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'application de l'article L. 593 du code de la santé publique.</p> <p>Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1 du présent code ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.</p> <p>Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à un montant ou à un pourcentage déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant ou ce pourcentage est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.</p>	<p>Article 27</p>	<p>Article 27</p>	<p>Article 27</p> <p><i>I.A (nouveau). - Au deuxième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, les mots : « l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1 du présent code ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget » sont remplacés par les mots : « la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe ».</i></p> <p><i>I.B (nouveau). - Au troisième alinéa du même article, les mots : « un montant ou à un pourcentage déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant ou ce pourcentage est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget »</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>.....</p> <p>En cas d'inobservation des</p>	<p>I. - A l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ou dans un groupe d'équivalence prévu par l'article L. 162-17-6 du présent code, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale après avis du Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code.</p> <p>« Lorsque le tarif forfaitaire s'applique aux médicaments figurant dans un groupe générique, le plafond mentionné à l'article L. 138-9 est fixé à 2,5 % du prix des médicaments.</p> <p>« Les dispositions du cinquième alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire. ».</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« Pour ...</p> <p>... publique, la base ...</p> <p>... code</p> <p>« Lorsque ...</p> <p>... s'applique, le plafond ...</p> <p>... médicaments.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>I bis (nouveau).</i> – Dans la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-16 du même</p>	<p><i>sont remplacés par les mots : « la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe ».</i></p> <p>I. – A l'article ...</p> <p>... insérés <i>deux</i> alinéas ainsi rédigés :</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Lorsque ...</p> <p>... 2,5 % du prix de ces médicaments dès lors que leur prix est supérieur ou égal au tarif forfaitaire de responsabilité.</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>I bis. – Le quatrième alinéa du même article est ainsi rédigé :</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>dispositions des deuxième et troisième alinéas du présent article, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites, et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée au troisième alinéa du présent article ou à l'écart de prix mentionné au deuxième alinéa du présent article, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire défini par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.</p> <p>.....</p>	<p>II. - Après l'article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-6 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-17-6. - Pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 162-16, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, la composition des groupes d'équivalence. Les groupes sont constitués par des médicaments inscrits sur l'une ou l'autre listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 lorsqu'ils appartiennent à une même classe pharmacologique, ont</p>	<p>code, le mot : « deuxième » est remplacé, par deux fois, par le mot : « cinquième » et le mot : « troisième », par deux fois, par le mot : « sixième ».</p> <p>II. - <i>Supprimé</i></p>	<p>« En cas d'inobservation des dispositions des quatrième et cinquième alinéas du présent article, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites, et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux quatrième et cinquième alinéas du présent article, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire prévu à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget. »</p> <p>II. - <i>Suppression maintenue</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>CINQUIEME PARTIE</p> <p>Produits de santé</p> <p>LIVRE I^{ER}</p> <p>Dispositions générales relatives aux médicaments</p> <p>TITRE II</p> <p>Médicaments à usage humain</p> <p>CHAPITRE I^{ER}</p> <p>Dispositions générales</p> <p>Art. L. 5121-1. - On entend par :</p> <p>.....</p> <p>5° Sans préjudice des dispositions des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. Pour l'application du présent 5°, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique ;</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 5121-20. - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :</p> <p>1° Les critères scientifiques justifiant le cas échéant l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités géné-</p>	<p>la même visée thérapeutique et rendent un service médical de même niveau. »</p>	<p>II. - 1. Avant la dernière phrase du sixième alinéa (5°) de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, il est inséré une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent. »</p> <p>2. Le deuxième alinéa (1°) de l'article L. 5121-20 du même code est complété</p>	<p>II.- Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>riques définies au 5° de l'article L. 5121-1 ;</p>		<p>par les mots : « et les modalités de création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence, ces groupes étant définis au 5° de l'article L. 5121-1 ».</p>	
<p>Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale</p>	<p>Article 28</p>	<p>Article 28</p>	<p>Article 28</p>
<p>Art. 4. - I. - Les médecins âgés de cinquante-sept ans au moins, relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale et qui cessent définitivement toute activité médicale non salariée avant le 31 décembre 2004, reçoivent, sur leur demande, une allocation visant à leur garantir, au plus tard jusqu'à leur soixante-cinquième anniversaire, un revenu de remplacement, à condition de ne pas bénéficier à la date de la demande d'allocation ou pendant son service :</p> <p>1° D'un avantage de retraite servi par la Caisse autonome de retraite des médecins français, quel que soit son montant ;</p> <p>2° D'un avantage de retraite autre que celui mentionné au 1° d'un montant supérieur à un plafond fixé par la convention ou le décret mentionnés au III ;</p> <p>3° D'un avantage du régime d'assurance invalidité mentionné à l'article L. 644-2 du code de la sécurité sociale ou des dispositions de l'article L. 643-2 du même code ; les personnes qui, au titre de la durée de leur captivité ou de leurs services militaires en temps de guerre, peuvent bénéficier des dispositions de l'article L. 643-3 du même code sont admises à percevoir l'allocation de cessation anticipée d'activité jusqu'à l'âge auquel elles peuvent faire valoir leurs droits à retraite à</p>	<p>L'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>I. - Au premier alinéa du I, la date : « 31 décembre 2004 » est remplacée par la date : « 1^{er} juillet 2003 ».</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>1° Au ...</p> <p>... date : « 1^{er} octobre 2003 » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>1° Au ...</p> <p>... date : « 31 décembre 2003 » ;</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>taux plein en application dudit article.</p> <p>A compter du 1^{er} juillet 1999, l'allocation peut n'être attribuée que pour certaines zones géographiques d'exercice, qualifications de généraliste ou de spécialiste, ou spécialités compte tenu des besoins, appréciés par zone, qualification ou spécialité ; elle peut être modulée selon les mêmes critères.</p> <p>Le service de l'allocation cesse au premier jour du trimestre civil suivant la date à laquelle l'intéressé se trouve dans l'une des situations définies aux 1°, 2° et 3° ci-dessus.</p> <p>Le montant de cette allocation est déterminé en fonction des revenus que les intéressés tiraient antérieurement de l'activité qu'ils exerçaient dans les conditions fixées par les articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite d'un plafond fixé par décret et variant, le cas échéant, selon l'âge auquel la demande d'allocation est présentée.</p> <p>L'allocation ne peut être cumulée avec les revenus d'une activité médicale salariée que dans la limite d'un plafond fixé par la convention ou le décret mentionnés au III et à la condition que cette activité :</p> <p>a) Présente un caractère accessoire pour le praticien qui l'exerce à la date de la cessation</p>	<p>II. - Le cinquième alinéa du I est supprimé ;</p> <p>III. - Au huitième alinéa du I, les mots : « par la convention ou le décret mentionnés » sont remplacés par les mots : « par le décret mentionné ».</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p> <p>3° Au troisième et huitième alinéas du mentionné » ;</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p> <p>3° Au troisième alinéa du I, les mots mentionné » ;</p> <p><i>3° bis (nouveau) Le huitième alinéa du I est ainsi rédigé :</i> <i>« L'allocation ne peut être cumulée avec les revenus d'une activité médicale salariée que dans la limite d'un plafond fixé par le décret mentionné au III ».</i></p> <p><i>3° ter Les neuvième et dixième alinéas du I sont</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
définitive de son activité non salariée ;	<p>b) Ne donne pas lieu à des actes ou des prescriptions de l'intéressé susceptibles d'entraîner des frais à la charge de l'assurance maladie si le praticien commence à exercer ladite activité postérieurement à la cessation définitive de son activité non salariée.</p>		<i>supprimés.</i>
<p>II. - Le financement de cette allocation est assuré par une cotisation qui est à la charge :</p>			
<p>1° Des médecins en exercice relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale ;</p>			
<p>2° Du régime général d'assurance maladie, des régimes d'assurance maladie des professions agricoles et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p>			
<p>Cette cotisation est proportionnelle aux revenus que les médecins tirent de l'activité mentionnée au 1°.</p>	<p>IV. - Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>4° Alinéa sans modification</p>	<p>4° Non modifié</p>
	<p>« Le solde, constaté au 31 décembre de chaque année, des cotisations encaissées et les prestations servies au cours de l'exercice est affecté au financement des prestations complémentaires de vieillesse servies aux médecins en application de l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p>« Le et des prestationssociale. » ;</p>	
	<p>V. - Le III est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>5° Le III est ainsi rédigé :</p>	<p>5° Non modifié</p>
<p>III. - Le montant de l'allocation, le montant de la cotisation, ainsi que la répartition de celle-ci entre les médecins et les</p>	<p>« III. - Le montant de l'allocation, le montant de la cotisation ainsi que la répartition de celle-ci entre les mé-</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>régimes d'assurance maladie, les cas d'exonération sont notamment fixés par une convention conclue entre, d'une part, une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de médecins pour l'ensemble du territoire et, d'autre part, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et, au moins, soit la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, soit la caisse centrale de secours mutuels agricoles.</p>	<p>decins et les régimes d'assurance maladie et les cas d'exonération sont fixés par décret. »</p>		
<p>La convention entre en vigueur dès son approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget ; il en est de même de ses annexes ou avenants.</p>			
<p>A défaut de convention conclue dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), les dispositions nécessaires à l'application du présent article, à compter du 1^{er} juillet 1999, sont fixées par décret.</p>			
<p>..... Code de la sécurité sociale</p>			
<p>Art. L. 161-22. - Le service d'une pension de vieillesse prenant effet postérieurement au 31 mars 1983, liquidée au titre du régime général de sécurité sociale, du régime des salariés agricoles ou d'un régime spécial de retraite au sens de l'article L. 711-1 et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, ou ultérieurement, est subordonné à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur ou, pour les assurés exerçant une activité non-salariée, à la cessation définitive de cette activité.</p>	<p>Article 29</p>	<p>Article 29</p>	<p>Article 29</p>
<p>Les dispositions du premier alinéa ne font pas obstacle à</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'exercice des activités suivantes :</p> <p style="text-align: center;">Code rural</p> <p>Art. L. 732-39.- Le service d'une pension de retraite ou allocation prenant effet postérieurement au 1er janvier 1986, liquidée par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et dont l'entrée en jouissance intervient à compter du soixantième anniversaire de l'intéressé ou ultérieurement, est subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée et, pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur.</p> <p>Elles ne font pas obstacle à l'exercice des activités énumérées aux 1°, 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>I. - Il est inséré à l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, après le huitième alinéa, un 7° ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 2em;">« 7° Activités correspondant à des vacances accomplies dans des établissements de santé par des médecins ou infirmiers en retraite, dans des conditions prévues par décret. »</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 2em;">« 7° Activités ...</p> <p style="padding-left: 2em;">... santé et dans les établissements ou services sociaux et médico-sociaux et à leur demande par des médecins ...</p> <p style="padding-left: 2em;">... retraite, dans la limite d'une durée et d'un plafond prévus par décret en Conseil d'Etat. Le dépassement du plafond entraîne une réduction à due concurrence de la pension de retraite. Cette possibilité de cumul n'est ouverte qu'à compter de l'âge légal ou églementaire de départ à la retraite. »</p> <p style="text-align: center;">« <i>I bis (nouveau)</i>. – Dans le cinquième alinéa de l'article L. 732-39 du code rural, les mots : « et 5° » sont remplacés par les mots : « , 5° et 7° ».</p>	<p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">Code de la sécurité sociale</p> <p align="center">LIVRE VI Régimes des travailleurs non salariés TITRE IV Assurance vieillesse et invalidité – décès des professions libérales CHAPITRE III Affiliation – Prestations de base Section 2 Ouverture des droits et liquidation des allocations de vieillesse</p> <p>Art. L. 643-2. - L'allocation de vieillesse est accordée à partir d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat. </p> <p>Pour des activités professionnelles déterminées et sur demande des organisations professionnelles intéressées, des décrets peuvent subordonner l'attribution de l'allocation à la cessation de l'activité.</p>	<p>II. - Le dernier alinéa de l'article L. 643-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« L'attribution de l'allocation de vieillesse est subordonnée à la cessation de l'activité libérale.</p> <p>« Toutefois, pour des activités professionnelles déterminées et après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, des décrets peuvent prévoir, pour des raisons d'intérêt général, la possibilité de cumuler l'allocation avec les revenus tirés de l'activité libérale dans la limite d'un plafond et à la condition que cette activité présente un caractère accessoire à partir de la date à laquelle l'allocation de vieillesse est liquidée.</p> <p>« Le dépassement du plafond mentionné à l'alinéa précédent entraîne une réduction à due concurrence de l'allocation de vieillesse. »</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Toutefois, ...</p> <p>... prévoir, compte tenu du nombre et de la répartition des médecins et des infirmiers dans le secteur sanitaire et médico-social considéré, la possibilité ...</p> <p>... liquidée.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p align="center">Article 30</p> <p align="center">Sans modification</p>
<p align="center">Article 30</p> <p>Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des acci-</p>	<p align="center">Article 30</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p align="center">Article 30</p> <p align="center">Sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 TITRE III Dispositions relatives aux dépenses et à la trésorerie Section 2 Branche maladie Art. 25. -</p>	<p>dents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé comme suit :</p> <p>1° 70 millions d'euros au titre de l'année 2002 ;</p> <p>2° 70 millions d'euros au titre de l'année 2003.</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>Article 31</p>
<p>.....</p> <p>II. - Le fonds finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels, et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. En outre, par l'octroi d'aides aux organismes concernés, il finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans le cadre de centres de santé. Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>Article 31</p> <p>I. - Le II de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Le fonds participe au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales de médecine libérale prévues à</p>	<p>Article 31</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« Le ...</p> <p>... régionales des médecins exerçant à titre libéral</p>	<p>Article 31</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	l'article L. 4134-1 du code de la santé publique. »	mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique. »	
	II. - Pour 2003, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée est fixé à 106 millions d'euros.	II. - Non modifié	
	Ce fonds est doté de 20 millions d'euros au titre de l'exercice 2003.		
	Article 32	Article 32	Article 32
	L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 123,5 milliards d'euros pour l'année 2003.	Sans modification	Sans modification
	Article 33	Article 33	Article 33
	Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 136,31 milliards d'euros.	Pour ...	Sans modification
		... 136,33 milliards d'euros.	
	Article 34	Article 34	Article 34
	L'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 116,7 milliards d'euros pour l'année 2002.	Sans modification	Sans modification
	TITRE IV	TITRE IV	TITRE IV
	DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE	DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE	DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002</p>	<p>Branche accidents du travail et maladies professionnelles</p>	<p>Branche accidents du travail et maladies professionnelles</p>	<p>Branche accidents du travail et maladies professionnelles</p>
<p>Art. 43. - I. - Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé comme suit :</p>	<p>Article 35</p>	<p>Article 35</p>	<p>Article 35</p>
<p>1° 2,875 milliards de francs au titre de l'année 2001 ;</p>	<p>Au 2° de l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n° 2001-1246 du 21 décembre 2001), la somme : « 76,22 millions d'euros » est remplacée par la somme : « 180 millions d'euros ».</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>Au 2° ...</p>
<p>2° 76,22 millions d'euros au titre de l'année 2002.</p>	<p>... somme : « 130 millions d'euros ».</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001</p>	<p>Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 190 millions d'euros au titre de l'année 2003.</p>	<p>II (nouveau). - Le VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précité est</p>	<p>II. - <i>Supprimé</i></p>
<p>Art .53. -</p>	<p>VII. - Le fonds est financé par une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances, et par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport d'activité du fonds établi par son conseil d'administration et transmis au Parlement et au Gouvernement.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999</p>	<p>Article 36</p> <p>Au II de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 précitée, la somme : « 200 millions d'euros » est remplacée par la somme : « 300 millions d'euros ».</p>	<p>complété par les mots : « chaque année avant le 15 octobre ».</p>	<p>Article 36</p> <p>I. - Au II ...</p> <p>... somme : « 350 millions d'euros ».</p>
<p>Art. 41. - Un conseil de surveillance, composé de représentants de l'Etat, de représentants de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale et de personnalités qualifiées, veille au respect des dispositions du présent article. Il examine les comptes du fonds et transmet au Parlement et au Gouvernement un rapport annuel retraçant l'activité du fonds et formulant toutes observations relatives à son fonctionnement.</p>	<p>Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, mentionnée au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est fixé à 450 millions d'euros pour l'année 2003.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
		<p>II (<i>nouveau</i>). – Dans la dernière phrase du dernier alinéa du III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, après le mot : « Gouvernement », sont insérés les mots : « , avant le 15 octobre, ».</p>	<p>II. – Dans ...</p> <p>... mots « , avant le 15 juillet, ».</p>

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

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>le fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie sont applicables à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.</p> <p>Art. L. 221-5.- La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprend pour moitié des représentants des assurés sociaux et pour moitié des représentants des employeurs.</p> <p>Cinq membres sont choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre de chacune des organisations syndicales nationales qui y sont représentées, parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail. Cinq membres sont choisis par les représentants des employeurs à ce conseil d'administration parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.</p> <p>Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.</p> <p>Le mandat des membres de la commission est renouvelé en même temps que celui des membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> <p>Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres</p>	<p>de l'article L. 221-4, après les mots : « le fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie », sont insérés les mots : « et les modalités de désignation et d'exercice du mandat de ses membres ».</p> <p>II. - L'article L. 221-5 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 221-5. - La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprend :</p> <p>« 1° Cinq représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;</p> <p>« 2° Cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives.</p> <p>« Les membres suppléants sont désignés dans les mêmes conditions que les titulaires. »</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>II. - Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>			
<p>TITRE III</p>			
<p>Dispositions communes à toutes les caisses</p>			
<p>CHAPITRE I^{ER}</p>			
<p>Dispositions relatives aux conseils d'administration</p>			
<p>Section 1</p>			
<p>Composition des conseils d'administration</p>			
<p>Sous-section 1</p>			
<p>Dispositions générales</p>			
<p>Art. L. 231-5-1. - Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 221-3, L. 222-5, L. 223-3 et L. 225-3.</p>	<p>III. - A l'article L. 231-5-1, après la référence : « L. 221-3, », il est inséré la référence : « L. 221-5, ».</p>	<p>III. - Non modifié</p>	<p>III. - Non modifié</p>
<p>TITRE II</p>			
<p>Organismes nationaux</p>			
<p>CHAPITRE VII</p>			
<p>Dispositions relatives aux conventions d'objectifs et de gestion</p>			
<p>Art. L. 227-1. -</p>			
<p>.....</p>			
<p>Ces conventions déterminent, pour les branches visées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 et pour les organismes de recouvrement, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.</p>	<p>IV. - Au deuxième alinéa du I de l'article L. 227-1, les mots : « visées aux 1°, 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° ».</p>	<p>IV. - Non modifié</p>	<p>IV. - Non modifié</p>
<p>.....</p>			
<p>Art. L. 227-2. - Les conventions d'objectifs et de gestion sont signées, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration et par le directeur.</p>	<p>V. - L'article L. 227-2 est complété par les mots : « et, en ce qui concerne la convention d'objectifs et de gestion relative à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, par le président de la commission des accidents du travail et des</p>	<p>V. - Non modifié</p>	<p>V. - Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 227-3. - La mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre, d'une part, chaque caisse nationale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, chacun de leurs organismes régionaux ou locaux. Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration et par le directeur et, pour le compte de l'organisme régional ou local, par le président du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné.</p>	<p>maladies professionnelles et par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ».</p>	<p>VI. - Non modifié</p>	<p>VI. - Non modifié</p>
<p>CHAPITRE VIII Conseils de surveillance</p>	<p>VI. - La deuxième phrase de l'article L. 227-3 est ainsi rédigée :</p> <p>« Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration, ou, selon le cas, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur et, pour le compte de l'organisme régional ou local, par le président du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné. »</p>	<p>VII. - Non modifié</p>	<p>VII. - Alinéa sans modification</p>
<p>Art. L. 228-1. - Il est institué respectivement auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale un conseil de surveillance composé de représentants du Parlement et de représentants des collectivités locales, ainsi que, selon l'organisme national, des retraités, des familles, des handicapés et accidentés du</p>	<p>VII. - L'article L. 228-1 est ainsi modifié :</p> <p>1° Dans la première phrase du premier alinéa, après les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont insérés les mots : « d'une part pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès, d'autre part pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles » ;</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>travail et des organisations oeuvrant dans le domaine économique et social et en faveur des populations les plus démunies ainsi que de personnalités qualifiées. Le conseil de surveillance institué auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est en outre composé de représentants des professions et établissements de santé.</p> <p>.....</p> <p>Le conseil de surveillance élabore son règlement intérieur. Le président du conseil de surveillance est un membre du Parlement désigné d'un commun accord par les deux Assemblées. Le président de chaque caisse nationale et de l'agence centrale, ainsi que le directeur de chaque organisme national assistent avec voix délibérative à ses délibérations. Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale assiste aux réunions.</p> <p>.....</p>	<p>2° Dans la deuxième phrase du premier alinéa, après les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont insérés les mots : « pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès » ;</p> <p>3° Au troisième alinéa, après les mots : « Le président de chaque caisse nationale et de l'agence centrale », sont insérés les mots : « et le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles ».</p>		<p>2° Dans alinéa, les mots : « <i>Le conseil de surveillance institué</i> » sont remplacés par les mots : « <i>Les conseils de surveillance institués</i> » et les mots : « <i>est en outre composé</i> » sont remplacés par les mots : « <i>sont en outre composés</i> ».</p> <p>3° Alinéa sans modification</p>
	<p>Article 39</p> <p>Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 9,40 milliards d'euros.</p> <p>Section 2</p> <p>Branche famille</p>	<p>Article 39</p> <p>Sans modification</p> <p>Section 2</p> <p>Branche famille</p>	<p>Article 39</p> <p>Sans modification</p> <p>Section 2</p> <p>Branche famille</p>
	<p>Article 40</p>	<p>Article 40</p>	<p>Article 40</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application d'un taux de 1,05 p. 100 à l'assiette de ces contributions ;</p>	<p>pour l'année 2003.</p>		<p>1°) Au 1°, le pourcentage : « 1,05 p. 100 » est remplacé par le pourcentage : « 1,15 p. 100 » ;</p>
<p>6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ;</p>			<p>2°) Le 6° est supprimé.</p>
<p>LIVRE II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses TITRE II Organismes nationaux CHAPITRE III Caisse nationale des allocations familiales</p>			
<p>Art. L. 223-1. –</p>			
<p>5°) De verser au Fonds de solidarité vieillesse créé à l'article L. 135-1 un montant égal aux dépenses prises en charge par ce fonds au titre des majorations de pensions mentionnées au a du 3° et au 6° de l'article L. 135-2 ; ce versement fait l'objet d'acomptes ;</p>			<p>II. – Le 5° de l'article L. 223-1 dudit code est supprimé.</p>
<p>TITRE IV Ressources CHAPITRE I^{ER} Généralités Section 3 Prestations familiales Art. L. 241-6. –</p>			
<p>4° une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application d'une taxe de 1,1 p. 100 à l'as-</p>			<p>III. – L'article L. 241-6 dudit code est ainsi modifié : 1°) Au 4°, le pourcentage : « 1,1 p. 100 » est remplacé par le pourcentage : « 1 p. 100 » ;</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>siette des contributions ; 5° la subvention de l'Etat correspondant aux sommes versées au titre de l'allocation de parent isolé prévue aux articles L. 524-1 et L. 755-18.</p>			<p>2°) <i>Le 5° est supprimé.</i></p>
<p>LIVRE V Prestations familiales et prestations assimilées TITRE II Prestations générales d'entretien CHAPITRE IV Allocation de parent isolé</p>			
<p><i>Art. L. 524-1. –</i></p>			
<p>..... L'Etat verse au Fonds national des prestations familiales, géré par la Caisse nationale des allocations familiales, une subvention correspondant aux sommes versées au titre de l'allocation de parent isolé.</p>			<p><i>IV. – Le dernier alinéa de l'article L. 524-1 du dit code est supprimé.</i></p>
	<p>Article 42</p> <p>Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche famille de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 43,63 milliards d'euros.</p>	<p>Article 42</p> <p>Pour 2003, ...</p> <p>... 43,62 milliards d'euros.</p>	<p>Article 42</p> <p>Pour 2003, ...</p> <p>... 41,73 milliards d'euros.</p>
<p>LIVRE III Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général TITRE V Assurance vieillesse – Assurance veuvage CHAPITRE I^{ER} Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de</p>	<p>Section 3</p> <p>Branche vieillesse</p> <p>Article 43</p> <p>L'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale est</p>	<p>Section 3</p> <p>Branche vieillesse</p> <p>Article 43</p> <p>Sans modification</p>	<p>Section 3</p> <p>Branche vieillesse</p> <p>Article 43</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>retraite</p> <p>Art. L. 351-11. - Au titre de l'année 2002, le coefficient de revalorisation applicable au 1^{er} janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 2,2 %.</p>	<p>code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 351-11. - Au titre de l'année 2003, le coefficient de revalorisation applicable au 1^{er} janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 1,015. »</p>	<p>Article 44</p> <p>Pour 2003, ...</p> <p>... 140,36 milliards d'euros.</p>	<p>Article 44</p> <p>Sans modification</p>
	<p>Article 44</p> <p>Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et veuvage de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 140,35 milliards d'euros.</p>	<p>Article 44</p> <p>Pour 2003, ...</p> <p>... 140,36 milliards d'euros.</p>	<p>Article 44</p> <p>Sans modification</p>
	<p>Article 45</p> <p>Pour 2003, le total des objectifs de dépenses par branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 329,70 milliards d'euros.</p>	<p>Article 45</p> <p>Supprimé</p>	<p>Article 45</p> <p>Suppression maintenue</p>
		<p>TITRE IV BIS</p> <p>OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2002</p>	<p>TITRE IV BIS</p> <p>OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2002</p>
		<p>[Division et intitulé nouveaux]</p>	
	<p>Article 46</p> <p>Pour 2002, les objectifs révisés de dépenses par branches de l'ensemble des</p>	<p>Article 46</p> <p>Sans modification</p>	<p>Article 46</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :	---	---
	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe
	TITRE V	TITRE V	TITRE V
	MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRESORERIE	MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRÉSORERIE	MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRÉSORERIE
	Article 47	Article 47	Article 47
	I. - Il est inséré, au titre III du livre I ^{er} du code de la sécurité sociale, un chapitre VIII <i>bis</i> intitulé : « Dispositions communes aux contributions recouvrées directement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » et comprenant quatre articles L. 138-20 à L. 138-23 ainsi rédigés :	I. – Alinéa sans modification	Sans modification
	« Art. L. 138-20. - Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1 et L. 245-6-1 sont recouvrées et contrôlées dans les conditions prévues à la présente section par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale peut requérir l'assistance des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer soit par une assistance ponctuelle, soit par la mise à disposition d'agents des organismes, en particulier d'inspecteurs du recouvrement, pour assurer les actions de contrôle. Les agents habilités peuvent recueillir	« Art. L. 138-20. - Les contributions ...	
		... d'outre-mer, notamment par la mise à disposition d'agents de ces organismes, ...	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>Art. L. 137. - La contribution est recou- vrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécu-</p>	<p>des assujettis aux contribu- tions tous renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ des contributions.</p> <p>« Art. L. 138-21 - L'Agence centrale des orga- nismes de sécurité sociale as- sure les opérations de recou- vrement dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1. Préalablement à toute action contentieuse, toute réclamation doit donner lieu à un recours gracieux au- près de l'agence centrale.</p> <p>« L'agence centrale peut accorder, le cas échéant, la remise des majorations et pénalités appliquées ainsi que de la taxation provisionnelle appliquée en cas de défaut de déclaration. La demande gra- cieuse de remise des pénalités et des majorations n'est rece- vable qu'après le règlement de la totalité des contribu- tions dues. La remise gra- cieuse est conditionnée à la bonne foi du redevable, dû- ment prouvée par ses soins.</p> <p>« Les litiges sont por- tés devant une juridiction de l'ordre judiciaire.</p> <p>« Art. L. 138-22. - Les entreprises ou les groupes non établis en France dési- gnent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.</p> <p>« Art. L. 138-23. - Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application de l'ensemble des dispositions du présent chapitre. »</p> <p>II. - Le quatrième ali- néa de l'article L. 137-7, les articles L. 138-3 et L. 138-14, les deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article</p>	<p>... champ d'application des contributions.</p> <p>« Art. L. 138-21 - Non modifié</p> <p>« Art. L. 138-22. - Non modifié</p> <p>« Art. L. 138-23. - Un d'application des dispositions du présent chapitre. »</p> <p>II. - Le articles L. 137-8, L. 138-3 ...</p>	<p>-----</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1.</p>	<p>L. 245-6 et le premier alinéa de l'article L. 245-6-2 du même code sont abrogés.</p>	<p>... abrogés.</p>	
<p>Art. L. 137-8.- Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.</p>			
<p>Art. L. 138-3. - La contribution due par chaque entreprise visée à l'article L. 138-1 est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1. Pour le contrôle, l'agence est assistée, en tant que de besoin, par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer.</p>			
<p>Art. L. 138-14. - La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1. Pour le contrôle, l'agence est assistée, en tant que de besoin, par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 245-6. - La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de la sécurité sociale, selon les dispositions des chapitres II, III et IV du titre IV du livre II.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de la sécurité sociale peut être assistée, en tant que de besoin, par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ou les services de l'Etat désignés par arrêté ; ces derniers peuvent bénéficier à cet effet d'agents mis à disposition par l'Agence centrale des organismes de la sécurité sociale.</p> <p>Les agents visés à l'alinéa précédent peuvent recueillir auprès des entreprises mentionnées à l'article L. 245-1 tous renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application de la contribution.</p>	<p>III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2003.</p>	<p>III. – Non modifié</p> <p>Article 47 bis (nouveau)</p> <p>L'article L. 144-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :</p>	<p>Article 47 bis</p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 245-6-2. - La contribution due par chaque entreprise est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article L. 138-3.</p>			
<p>Art. L. 144-2. - A l'exclusion des traitements des magistrats et fonctionnaires faisant par-</p>		<p>« A l'exclusion des rémunérations des présidents des juridictions et de celles de</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>tie des juridictions ou assurant leur secrétariat, les dépenses de toute nature résultant de l'application du chapitre 2 du présent titre, ainsi que, lorsqu'elles sont afférentes aux contestations intéressant les professions agricoles, celles qui résultent de l'application du chapitre 3 du présent titre sont :</p>		<p>leurs secrétaires ainsi que de celles du secrétaire général et des secrétaires généraux adjoints de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, les dépenses de toute nature résultant de l'application des chapitres II et III du présent titre sont : » ;</p>	
<p>1°) ou bien réglées directement par la caisse nationale compétente du régime général ou par les caisses centrales compétentes de mutualité sociale agricole ;</p>		<p>2° Dans les deuxième et troisième alinéas, les mots : les caisses centrales compétentes de mutualité sociale agricole » sont remplacés par les mots : la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole » ;</p>	
<p>2°) ou bien avancées par la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse départementale ou pluri-départementale de mutualité sociale agricole du siège de la juridiction et remboursées par la caisse nationale compétente du régime général ou par les caisses centrales compétentes de mutualité sociale agricole.</p>		<p>3° Dans l'avant-dernier alinéa, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « aux 1° et 2° » ;</p>	
<p>Les modalités suivant lesquelles les dépenses précitées sont avancées, réglées et remboursées par les organismes mentionnés à l'alinéa précédent sont fixées par arrêtés interministériels.</p>		<p>4° Dans le dernier alinéa, les mots : « le Fonds national de solidarité prévu au livre VIII du présent code » sont remplacés par les mots : « le Fonds spécial d'invalidité mentionné par l'article L. 815-3-1 et le</p>	
<p>Des arrêtés interministériels déterminent les conditions dans lesquelles les dépenses acquittées par la caisse nationale compétente, en application du présent article, sont réparties entre les organismes du régime général de sécurité sociale, du régime de la mutualité sociale agricole, des régimes spéciaux, les caisses nationales d'allocations de vieillesse des non-salariés mentionnées au livre VI du présent code, le fonds national de solidarité prévu au livre VIII du présent code</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>LIVRE II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses TITRE V Régime financier CHAPITRE I^{ER} Gestion des risques et fonds Section 3 Allocations familiales</p>		<p>Fonds de solidarité vieillesse institué par l'article L. 135-1 ».</p>	<p><i>Article additionnel après l'article 47 bis</i></p>
<p>Section 4 Dispositions communes</p>			<p><i>I. A la section 3 du chapitre 1^{er} du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :</i></p>
			<p><i>« Art. L.251-8. - Si les ressources de la gestion de l'ensemble des régimes de prestations familiales excèdent le montant des charges, les excédents constatés à l'issue de chaque exercice sont affectés à un fonds de réserve propre à cette gestion.</i></p>
			<p><i>« Si les ressources ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de la gestion, l'équilibre financier de la Caisse nationale des allocations familiales doit, en priorité, être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur le fonds de réserve. »</i></p>
			<p><i>II. A. - L'intitulé de la section 4 du chapitre 1^{er} du titre V du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</i></p>
			<p><i>« Accidents du travail et maladies professionnelles »</i></p>
			<p><i>B. - Au chapitre 1^{er} du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est ajouté une section nouvelle intitulée :</i></p>
			<p><i>« Dispositions communes »</i></p>
			<p><i>III. - A la section 4 du chapitre 1^{er} du titre V du livre II du code de la sécurité</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	---	<p><i>sociale, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>« Art. L. 251-9. – Si les ressources de la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles excèdent le montant des charges, les excédents constatés à l'issue de chaque exercice sont affectés à un fonds de réserve propre à cette gestion.</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>« Si les ressources ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de la gestion, l'équilibre financier de cette gestion doit, en priorité, être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur le fonds de réserve. »</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Article additionnel après l'article 47 bis</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Les prévisions, en recettes comme en dépenses, du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) sont arrêtées à la somme de 16.560 millions d'euros pour 2003, conformément à l'annexe f de la présente loi.</i></p>
	Article 48	Article 48	Article 48
	Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :	Alinéa sans modification	Sans modification
	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe	
	Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de	Alinéa sans modification	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.	---	---

ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF

TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI

Texte du projet de loi ---		Texte du projet de loi ---		Propositions de la Commission ---	
Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003		Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003		Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003	
Article 6		Article 6		Article 6	
Part de l'assiette correspondant au rapport « R » entre l'assiette définie aux 1° à 3° après déduction, le cas échéant, des abattements, et le chiffre d'affaires hors taxes	Taux de la contribution par tranche (%)	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	Taux de la contribution par tranche (En pourcentage)	Tableau non modifié	
R < 7,5 %	13,5	R < 10 %	13		
7,5 % R < 9 %	19	10 % R < 12 %	19		
9 % R < 10,5 %	27	12 % R < 14 %	27		
R 10,5 %	32	R 14 %	32		
Article 8		Article 8		Article 8	
	En milliards d'euros		(En milliards d'euros)		(En milliards d'euros)
Cotisations effectives	184,15	Cotisations effectives	181,87	Cotisations effectives	181,87
Cotisations fictives	32,48	Cotisations fictives	32,48	Cotisations fictives	32,48
		Cotisations prises en charge par l'Etat	2,33	Cotisations prises en charge par l'Etat	2,33
Contributions publiques	11,40	Contributions publiques	11,40	Contributions publiques	10,60
Impôts et taxes affectées	94,15	Impôts et taxes affectées	94,11	Impôts et taxes affectées	94,66
Transferts reçus	0,21	Transferts reçus	0,21	Transferts reçus	0,21
Revenus des capitaux	1,04	Revenus des capitaux	1,04	Revenus des capitaux	1,04
Autres ressources	4,07	Autres ressources	4,07	Autres ressources	4,07
Total des recettes	327,50	Total des recettes	327,51	Total des recettes	327,66

Texte du projet de loi		Texte du projet de loi		Propositions de la Commission
Article 9		Article 9		Article 9
(En milliards d'euros)		Tableau non modifié		Tableau non modifié
Cotisations effectives	175,59			
Cotisations fictives	31,78			
Contributions publiques	11,22			
Impôts et taxes affectées	89,69			
Transferts reçus	0,18			
Revenus des capitaux	0,78			
Autres ressources	5,96			
Total des recettes	315,20			
Article 46		Article 46		Article 46
	En milliards d'euros	Tableau non modifié		Tableau non modifié
Maladie, maternité, invalidité et décès	129,24			
Vieillesse et veuvage	135,96			
Accidents du travail	9,02			
Famille	41,48			
Total des dépenses	315,70			
Article 48		Article 48		Article 48
Régime général	12500	Régime général	12500	Tableau non modifié
Régime des exploitants agricoles collectivité	2210	Régime des exploitants agricoles	2210	
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales	500	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales	500	
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines	350	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	200	
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	80	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	80	

A N N E X E

La commission propose d'adopter sans modification le présent rapport annexé à l'article premier. Figurent en italique dans le texte ci-dessous, les modifications apportées par l'Assemblée nationale en première lecture

Rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

La France dispose aujourd'hui d'un système de sécurité sociale parmi les plus généreux au monde. Il constitue, depuis 1945, un pilier de notre modèle social auquel nos concitoyens sont particulièrement attachés parce que c'est un instrument de réduction des aléas de l'existence et de lutte contre les inégalités et l'exclusion. Les politiques de sécurité sociale contribuent également au dynamisme économique de notre pays en offrant aux Français les conditions de vie qui leur permettent de créer davantage de richesses.

Notre système de santé est classé par l'Organisation mondiale de la santé parmi les plus performants. Cela est dû à la grande qualité des personnels soignants ainsi qu'à la large accessibilité aux soins dont jouissent les Français. Les indicateurs de santé nous placent également aux premiers rangs des pays dans le monde : les Français vivent en moyenne plus longtemps que la plupart des habitants des autres pays. Notre politique familiale mobilise, depuis longtemps et avec succès, de larges ressources afin de compenser le coût de l'enfant, de soutenir notre démographie et de lutter contre les inégalités sociales. Enfin, le niveau de vie des retraités a rejoint progressivement celui des actifs.

Pour autant, notre système de protection sociale connaît depuis plusieurs années d'évidentes difficultés. Comme le souligne la Cour des comptes, notre système de santé *trop exclusivement orienté vers le curatif*, est confronté à de trop nombreux dysfonctionnements, qu'il s'agisse d'un pilotage trop centralisé, de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital, de la démographie des professions de santé, des conditions d'exercice des médecins ou des prescriptions de médicaments. De même, notre système de soins, comme notre sécurité sociale en général, souffre d'une certaine confusion des responsabilités et des priorités. La crise matérielle et morale de la santé se traduit par un sentiment de malaise des professionnels de santé ainsi que par des tensions et des conflits mal réglés.

La situation financière n'est pas la moindre des difficultés auxquelles sont confrontés l'assurance maladie et le régime général. La croissance des prestations de sécurité sociale, notamment des dépenses d'assurance maladie, ne se dément pas, en France comme à l'étranger, en dépit des réformes successives qui ont été mises en oeuvre. Les comptes du régime général de la sécurité sociale se sont dégradés en 2002. Le déficit global devrait atteindre 3,3 milliards d'euros, et celui de la branche maladie près de 6 milliards. Cette situation s'explique certes par la faiblesse de la croissance économique en 2002 mais surtout par la fragilité des excédents des années antérieures. En effet, les excédents des années 2000 et 2001 n'ont été obtenus que grâce à une croissance exceptionnelle de la masse salariale supérieure à 6 % chaque année. Ils n'ont, par ailleurs, pas été utilisés *pour* entreprendre les réformes de fond nécessaires.

Plusieurs principes guident la politique du Gouvernement dans le domaine de la santé et de la sécurité sociale :

- le dialogue et la confiance : le Gouvernement souhaite prendre le temps de l'écoute et de la concertation car le dialogue social est le préalable de toute réforme ambitieuse ;

- la clarification des priorités et des responsabilités : le Gouvernement souhaite mettre en place une nouvelle gouvernance, notamment dans le domaine de l'assurance maladie. Cette démarche nécessite de redéfinir les compétences de l'ensemble des partenaires tout en s'inscrivant dans le processus de décentralisation ;

- la responsabilité partagée : dans le domaine de la santé en particulier, chaque acteur, qu'il s'agisse des professionnels de santé, des établissements de santé, des patients ou des industriels du médicament, doit assumer une part de responsabilité dans le bon fonctionnement du système ;

- la rigueur extrême dans les dépenses : ce souci doit conduire à chaque instant à mesurer la dépense au regard de la solidarité et des efforts imposés aux cotisants ;

- l'excellence : la recherche d'un niveau maximal de qualité et de sécurité sanitaire constitue, dans le domaine des soins, une exigence professionnelle et éthique ;

- la transparence et la sincérité : nous devons graduellement trouver des solutions pour rendre nos finances sociales claires et compréhensibles ;

- la qualité du service rendu aux assurés, aux professionnels de santé et aux entreprises : elle doit être un objectif constant de l'action du Gouvernement. Elle passe par *des mesures* de simplification et par un recours significativement accru aux nouvelles technologies de l'information.

Ces principes sont traduits dans chacun des volets de la politique de santé et de sécurité sociale que le Gouvernement va conduire dans les prochaines années. La loi de financement pour 2003 en traduit la philosophie et en comporte les premiers signes. Le poids du passé lui confère néanmoins encore le caractère d'un texte de transition.

1. La politique de santé et d'assurance maladie

Une politique de santé publique ambitieuse, une nouvelle gouvernance du système de santé et d'assurance maladie, *un meilleur accès à la prévention et aux soins des usagers* et la promotion de l'innovation et de l'excellence du système de soins constituent les lignes directrices de la stratégie du Gouvernement.

1.1. Une politique de santé publique ambitieuse

La santé publique est un devoir impérieux. Elle constitue la priorité de la politique de santé du Gouvernement. Il s'agit de renforcer l'action collective pour donner à nos concitoyens les conditions de vivre en bonne santé. Cette action manque à ce jour de détermination, de cohérence et de moyens. Ainsi le projet de loi de finances pour 2003 prévoit-il un montant de 284 millions d'euros pour des actions de santé publique, avec des crédits en forte hausse pour la lutte contre le cancer, en matière de prévention et pour la gestion des risques sanitaires.

1.1.1. La loi de programmation de santé publique

Le Gouvernement proposera au printemps 2003 une loi de programmation quinquennale de santé publique au Parlement.

Pour plus d'efficacité, le premier objectif de cette loi sera de clarifier le rôle des acteurs. La multiplicité des acteurs (Etat, collectivités locales, caisses d'assurance maladie, hôpitaux, entreprises, associations...) provoque un enchevêtrement des compétences qui n'a pas pour contrepartie une abondance des moyens. La politique de santé publique doit d'abord être définie au niveau national, sa cohérence répondant à une exigence d'égalité et constituant un gage de succès. La loi de programmation définira aussi les objectifs prioritaires de santé publique pour les cinq années à venir. Des indicateurs précis accompagneront ces objectifs afin de permettre un réel contrôle de l'action du Gouvernement par le Parlement et, au-delà, par les citoyens eux-mêmes.

Des différences de situations et de priorités peuvent exister d'une région à l'autre. La loi déterminera donc les modalités de choix collectif pour décliner les priorités nationales de santé publique et les spécificités régionales. *Cette politique nationale prendra en compte les inégalités territoriales qui existent en matière de santé publique.*

La préparation de cette loi de programmation de santé publique se fera dans le cadre d'une large concertation. Le Gouvernement achèvera, d'ici la fin de l'année 2002, des consultations dans chacune des régions. Elles constitueront la base du projet de loi.

Enfin, la loi de programmation de santé publique rétablira les institutions ordinales issues de la loi du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, en particulier celle des masseurs-kinésithérapeutes.

1.1.2. Placer la prévention au coeur de la santé publique

La prévention demeure insuffisamment développée et organisée en France par rapport aux efforts déployés en matière de soins. Ce choix implicite, privilégiant le curatif plutôt que le préventif, se traduit défavorablement sur la mortalité prématurée (avant soixante-cinq ans) et la morbidité précoce alors même que nos indicateurs de santé globaux sont excellents.

L'ambition du Gouvernement consiste à promouvoir un rééquilibrage de la politique de santé entre prévention et soins, en accentuant la priorité donnée à la prévention primaire et secondaire. Cela passe par le développement dans la société d'une véritable culture de la prévention. La responsabilité de chacun doit être engagée pour préserver son capital santé.

Pour y parvenir, des politiques spécifiques seront développées en fonction des problématiques concrètes. En particulier, elles viseront tous les âges de la vie, des plus jeunes aux plus âgés. Par ailleurs, les environnements spécifiques devront être l'objet de mesures concertées (école, travail, milieux à risque...). De plus, les méthodes développées pourront porter sur les comportements mais aussi sur l'amélioration des conditions de vie. Elles s'appuieront sur des actions de communication, d'information et d'éducation ainsi que sur des stratégies de dépistage et de prise en charge précoce. Il s'agit d'adopter une politique générale qui sera déclinée en fonction des différentes pathologies considérées.

1.1.3. Une priorité particulière : le cancer

Parmi les priorités de santé publique, la loi de programmation de santé publique prendra en compte, en premier lieu, le cancer, qui constitue l'un des trois chantiers du Président de la République pour le quinquennat. 700 000 personnes sont atteintes en France d'une maladie cancéreuse et, chaque année, 250 000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués. Le cancer représente ainsi la première cause de mortalité prématurée en France et la deuxième cause médicale de décès.

Or, 70 % des cancers sont attribuables à des facteurs de risques sur lesquels il est possible d'intervenir efficacement. La lutte active contre la consommation de tabac et d'alcool sera donc développée. Dès 2003, les droits sur les tabacs croîtront ainsi de près d'un milliard d'euros, entraînant une hausse significative des prix des cigarettes qui devrait permettre une notable diminution de leur consommation, notamment chez les jeunes.

Une action efficace de prévention et de lutte contre le tabagisme doit être poursuivie, notamment pour soutenir ceux qui souhaitent arrêter de fumer. C'est pourquoi il est tout à fait envisageable de prévoir le remboursement des produits favorisant le sevrage tabagique par l'assurance maladie.

La commission d'orientation sur le cancer a été mise en place le 9 septembre 2002. Elle a pour mission de dresser un bilan des forces et faiblesses du dispositif de lutte existant. Elle devra aussi identifier les priorités sans négliger aucun des aspects d'une politique organisée et nationale de lutte contre le cancer, notamment dans le domaine de la prévention, de l'information et du dépistage aussi bien que dans l'organisation du système de soins, son fonctionnement et l'accompagnement des malades.

Le travail de cette mission servira de base à la concertation avec tous les acteurs du dispositif, dont les associations de malades, en matière de politique de lutte contre le cancer. La loi de programmation de santé publique traduira les principales conclusions de cette mission.

D'ores et déjà, quelques orientations peuvent être indiquées. Outre une hausse très forte des crédits budgétaires affectés à la lutte contre le cancer, le dépistage intra-familial des femmes à risque pour le cancer du sein débutera en 2003. Les moyens nécessaires à la généralisation du dépistage seront arrêtés en 2003 pour une complète mise en oeuvre en 2004. A titre expérimental, vingt départements sélectionnés en 2002 poursuivront la mise en oeuvre du dépistage organisé du cancer colorectal. Parallèlement, sera engagée la modernisation des moyens matériels lourds nécessaires aussi bien au diagnostic -rénovation et extension des appareils d'imagerie médicale- qu'au traitement thérapeutique du cancer avec la mise à niveau du parc de radiothérapie. La prise en charge multidisciplinaire des patients sera développée avec l'extension de la chimiothérapie, y compris à domicile.

1.2. Une nouvelle gouvernance

Les conditions de gouvernance de notre système de santé et de sécurité sociale laissent apparaître aujourd'hui de nombreuses imperfections qui ne sont pas nouvelles. Le paritarisme est fragilisé depuis la décision du Mouvement des entreprises de France (MEDEF) de ne plus siéger dans les conseils d'administration des caisses. Le Gouvernement considère que l'organisation de la sécurité sociale est en proie à de grandes difficultés qui ne peuvent laisser indifférent.

Le Gouvernement souhaite, en conséquence, poser sans tarder les fondations d'une nouvelle gouvernance du système de santé et d'assurance maladie. Cela requiert une redéfinition des rôles de l'Etat et de l'assurance maladie, aujourd'hui trop imbriqués, et une clarification des financements afin que chacun des acteurs soit pleinement responsable de ses missions. Cette réforme de la gouvernance de notre système de santé et de sécurité sociale doit également prendre en compte la nouvelle étape de la décentralisation décidée par le Gouvernement. La création d'agences régionales de santé entre dans cette perspective. Ces agences favoriseront une meilleure articulation de la médecine de ville et de l'hôpital, une meilleure association des professionnels et des patients dans le cadre régional, un fonctionnement plus démocratique, une plus grande cohérence dans l'organisation de notre système de soins et une plus grande lisibilité des politiques suivies.

Le Gouvernement a demandé à l'ensemble des partenaires d'effectuer d'abord un état des lieux partagé. C'est la mission d'un groupe de travail *ad hoc* de la Commission des comptes de la sécurité sociale dont le principe a été décidé en septembre 2002. A partir de ce constat, les propositions des différents acteurs du système de santé et d'assurance maladie seront recueillies et feront l'objet d'une synthèse au début de l'année 2003. Le Gouvernement présentera alors des options de réforme de la gouvernance qui feront l'objet d'une large concertation. Le Gouvernement déposera enfin un projet de loi avant l'été 2003.

Sans attendre cette réforme de grande ampleur, le Gouvernement souhaite marquer sa détermination par trois dispositions.

Il a décidé de modifier le mode de nomination des membres de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles afin que ceux-ci soient directement nommés par les partenaires sociaux. Par ailleurs, la commission sera complétée par un conseil de surveillance spécifique. Le Gouvernement prend également l'engagement de déposer à la session de printemps un projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificative, ou « collectif social », au cas où les conditions économiques et financières s'écarteraient significativement des hypothèses du présent projet. En outre, la convention d'objectifs et de gestion entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Etat sera enrichie d'un chapitre relatif à la gestion du risque. Des négociations sont en cours pour la signature d'un avenant à la fin de cette année.

Dès les mois à venir, le Gouvernement entend également ouvrir des travaux, avec la mutualité, notamment, et les autres assureurs complémentaires, portant sur un nouveau partage des rôles entre l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire, et visant à élargir l'accès de tous nos concitoyens à la couverture complémentaire dans le domaine de la santé.

1.3. Un ONDAM sincère et médicalement justifié

En dehors de l'année 1997, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été systématiquement dépassé au cours des dernières années. En 2002, le dépassement de l'ONDAM devrait encore atteindre plus de 3,9 milliards d'euros.

Cette dérive et cette insincérité, dénoncées par la Cour des comptes, par les parlementaires et par l'ensemble des acteurs du système de santé et d'assurance maladie, ont porté atteinte à la crédibilité même de la politique de régulation des dépenses d'assurance maladie.

En rupture avec le passé et en réponse aux critiques nombreuses, le Gouvernement a opté pour le réalisme, la sincérité et la transparence dans la détermination de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. C'est pourquoi il entend désormais fonder en priorité l'évolution de l'ONDAM sur l'analyse de l'évolution de l'activité des soins dans notre pays. Cette « médicalisation » de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et des comptes, très largement réclamée pour donner du sens à notre système de santé et mobiliser réellement ses acteurs, est indispensable.

Une telle approche, exigeante et complexe, nécessite de réaliser de nombreux et difficiles travaux d'étude. En dépit d'études anciennes, elle ne pourra raisonnablement être totalement aboutie qu'à moyen terme. Raison de plus pour s'y engager tout de suite résolument et forcer l'allure. Il s'agit en effet d'élaborer de nouveaux outils tels que les comptes par pathologie. Une première étape importante a ouvert la voie dès 2002. Ainsi, le nouvel élément du rapport rattaché à l'annexe *b* présente une mise en relation des évolutions de santé, par pathologie, et des évolutions de dépenses pour plus de 80 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Elle fait notamment ressortir que les deux premières catégories diagnostiques en termes de dépenses engagées sont celle des maladies de l'appareil cardiovasculaire (11,8 milliards d'euros) et celle des troubles mentaux (10,4 milliards d'euros).

En outre, le Gouvernement a décidé d'élargir les missions du conseil de surveillance de la CNAMTS, qui associe notamment les professionnels de santé sous la présidence d'un membre du Parlement, au suivi de la mise en oeuvre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie « médicalisé », *et de* à la cohérence des conventions signées entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé au regard de l'objectif.

1.4. La promotion de l'excellence du système de soins

Le Gouvernement va développer, au cours des cinq prochaines années, une véritable politique de la qualité tant dans le domaine des pratiques professionnelles que dans le domaine de la gestion des structures de soins et du service rendu aux patients.

Cette politique s'inscrit, avant tout, dans une perspective de santé publique, de sécurité sanitaire et d'adaptation de notre système aux évolutions technologiques et scientifiques du secteur de la santé. Elle répond

également à une logique d'efficacité et d'optimisation des dépenses de santé en contribuant à la pérennité de notre système d'assurance maladie. Cette politique ambitieuse passe par le développement de l'évaluation des pratiques et des structures, la formation initiale et continue des professionnels, le développement des réseaux de soins, l'amélioration de la gestion et un soutien fort à l'innovation dans tous les domaines. Elle appelle un développement très important des fonctions remplies notamment aujourd'hui par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

1.4.1. L'excellence de l'hôpital public et privé : le plan « Hôpital 2007 »

Depuis six ans, à la suite de la création des agences régionales de l'hospitalisation, l'hospitalisation publique et privée a su montrer qu'elle était capable de s'adapter et de se restructurer (accréditation, introduction du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans la gestion hospitalière, effort de mise à niveau en matière de normes de sécurité sanitaire). Pour autant, le mal-être hospitalier n'a jamais été aussi grand. C'est la raison pour laquelle, la politique hospitalière du Gouvernement tendra à rendre les hôpitaux plus proches, plus modernes et plus responsables tout en donnant davantage de souplesse interne.

La proximité, gage d'efficacité et de pertinence, constitue l'enjeu de la déconcentration et sans doute, à terme, de la régionalisation de notre système de santé. Dans une première étape, elle se traduira par une simplification des procédures administratives de planification et par une contractualisation d'objectifs avec les agences régionales de l'hospitalisation.

La vétusté du patrimoine et des équipements hospitaliers nécessite d'engager dès 2003 un rattrapage significatif et pour les cinq ans à venir. La volonté du Gouvernement vise, au-delà de l'apport financier, à accélérer la réalisation des opérations d'investissement, de rénovation et de recomposition de l'offre hospitalière. Pour y parvenir, trois mesures essentielles sont prévues dès 2003 : en premier lieu, la régionalisation des opérations d'investissement lourdes ; en second lieu, le développement du recours aux maîtrises d'ouvrage déléguées ; enfin, une mission nationale d'appui sera mise en place afin de soutenir techniquement les établissements et les agences régionales dans leurs opérations d'investissement. Un apport en capital de 300 millions d'euros aux établissements publics et privés est prévu pour 2003. Conjugué à des emprunts, à de possibles partenariats avec des entreprises privées ou à des aides d'autres acteurs publics, cet apport permettra, grâce à l'effet de levier, d'engager une première tranche d'investissement de plus d'un milliard d'euros.

La mise en place d'un financement lié à l'activité constitue un levier essentiel de cette modernisation. De cette manière, le mode de financement sera à la fois équitable et transparent entre les secteurs publics et privés ; les coopérations entre ces différents acteurs seront facilitées. D'ores et déjà, le Gouvernement s'engage à réaliser une large expérimentation en grandeur nature de la tarification à l'activité sur la base du volontariat. L'objectif est de généraliser ce nouveau mode de tarification à partir de 2004.

Enfin, la responsabilisation des acteurs hospitaliers exige, en contrepartie, une autonomie accrue et une plus grande souplesse de gestion dans les établissements publics. Il est envisagé, d'une part, un renforcement substantiel du pouvoir des conseils d'administration, d'autre part, un assouplissement des règles administratives de gestion au sein de l'hôpital. Enfin, il faut imaginer un intéressement collectif des acteurs hospitaliers au regard de leurs résultats afin d'instaurer une « culture » du résultat et non exclusivement des moyens. Pour soutenir cette responsabilisation des établissements, le projet de loi propose dès à présent la création d'une mission d'audit dont l'objectif consiste à proposer des diagnostics en permettant un réel retour d'expérience dans les établissements au moyen de référentiels de bonne pratique de gestion. La gestion des structures hospitalières devra se moderniser et assurer une évolution des capacités internes de l'hôpital, plus réactives, au plus près des attentes réelles de la population.

1.4.2. Le développement de la qualité des soins de ville

Prenant acte de l'échec du dispositif de lettres-clés flottantes dans notre pays, le Gouvernement a pris la décision de faire le choix d'une maîtrise médicalisée qui fait le pari de la confiance. Cette confiance est nécessaire à la signature, d'ici la fin de l'année 2002, des nouvelles conventions qu'exige la législation en vigueur. D'ores et déjà, la signature, en juin 2002 pour les généralistes et en juillet 2002 pour les pédiatres, d'accords contenant des engagements en termes de bonnes pratiques montre que le pari de la confiance est sur la bonne voie.

Cette confiance est exigeante. Elle est au service de la qualité de notre médecine. Le Gouvernement prend toute sa part dans ce changement d'attitudes. Deux mesures du projet de loi en témoignent. Sans abandonner la surveillance de l'application de la réglementation, le contrôle médical des caisses d'assurance maladie du régime général est réorienté vers le service de conseil et de promotion du bon usage des soins. Ce service proposera aux professionnels de santé un véritable dialogue autour d'une analyse conjointe de leur activité. D'autre part, les missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville sont élargies au financement d'actions d'évaluation des pratiques.

En retour, les professionnels, dans un esprit de responsabilité partagée, doivent s'engager dans les processus de formation médicale continue, d'évaluation et de coordination des soins élaborés notamment dans le cadre conventionnel. De la solidité de leur engagement dépend en grande partie notre capacité collective à concilier un haut niveau de protection sociale et la meilleure qualité des soins.

Afin de lutter contre la désertification, l'isolement et les problèmes de sécurité, le Gouvernement favorise et encourage les initiatives pour assurer la permanence des soins, avec l'ensemble des acteurs locaux, notamment en offrant aux médecins la possibilité de s'implanter sur plusieurs sites.

1.4.3. Une politique du médicament moderne et équilibrée

La dépense de médicament en France est l'une des plus élevées au monde en volume par habitant. Pour autant, la croissance annuelle des dépenses de médicaments remboursés par les régimes d'assurance maladie en ville demeure forte (+ 10,1 % en 2000, +9,2 % en 1999).

L'arrivée de molécules innovantes plus coûteuses, l'extension de la durée des traitements liée à la croissance des pathologies chroniques et le vieillissement général de la population sont les principaux déterminants de cette évolution qui pèse sur les comptes de l'assurance maladie.

Notre politique du médicament doit évoluer afin de laisser plus de place à la recherche et à l'innovation au bénéfice des patients et de garantir un bon emploi des deniers publics. Elle doit aussi faire appel à la responsabilité de cet acteur majeur qu'est l'industrie pharmaceutique, dans le cadre d'un partenariat étroit et confiant avec l'Etat. Il convient également de mieux garantir le strict respect des impératifs éthiques pour prévenir des dérives dommageables aux patients et, en définitive, à l'industrie pharmaceutique elle-même.

Favoriser l'innovation dans le domaine des médicaments est un facteur clé de l'excellence du système de soins français. Cela passe par un accès plus rapide qu'aujourd'hui des patients aux nouveaux médicaments les plus innovants dans le domaine des soins de ville. Une évolution des procédures administratives existantes et la mise en place d'un dispositif accéléré d'accès au remboursement en ville permettront d'atteindre ce but. Favoriser l'innovation passe également par un accroissement significatif du budget prévu à l'hôpital pour ces médicaments. C'est enfin aider et encourager les entreprises de biotechnologies en facilitant notamment la commercialisation de leurs produits. Ce choix est nécessaire pour préparer l'avenir. Déjà plus de 50 % des nouveaux médicaments sont le fruit des biotechnologies.

Il est légitime que l'assurance maladie soit plus soucieuse encore qu'aujourd'hui de l'argent des cotisants et du caractère médicalement justifié de ce qu'elle rembourse. Il faut donc, en priorité, poursuivre le développement des médicaments génériques dont la part de marché est encore trop limitée en France (6% contre 20 % dans certains pays voisins). Les efforts réalisés depuis plusieurs années, en partenariat avec les médecins, les pharmaciens et les laboratoires, vont être intensifiés, de même que les effets de l'accord du 5 juin 2002 entre les caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des médecins libéraux doivent être amplifiés. Le Gouvernement est déterminé, comme la Cour des comptes l'y invite, à rationaliser les procédures d'achat de médicaments à l'hôpital.

Le Gouvernement a également décidé la mise en place d'un forfait de remboursement pour les médicaments appartenant à un groupe générique. Il n'est pas légitime, en effet, que l'assurance maladie soit obligée de rembourser à des tarifs différents deux médicaments d'efficacité identique pour le patient (même molécule). En outre, le Gouvernement souhaite tirer toutes les conséquences de la récente réévaluation du service médical rendu par les médicaments. La mise en oeuvre de cette décision, entourée de toutes les garanties de procédure et d'impartialité, sera échelonnée sur une période de trois ans afin de permettre aux patients et aux médecins d'adapter leurs comportements et aux industriels d'adapter leurs stratégies.

Donner plus de lisibilité et de stabilité à l'environnement économique et réglementaire des industriels constitue également un axe important de la nouvelle politique du Gouvernement. L'accord sectoriel, qui doit être renouvelé dans les mois à venir, en est un instrument majeur. Une réforme de la fiscalité spécifique qui pèse sur les

laboratoires pharmaceutiques dans le sens de la simplification en constitue aussi un des aspects essentiels. Une première étape sera franchie dès 2003. Une étape suivante sera préparée dans le cadre d'une concertation avec les représentants de l'industrie pharmaceutique.

1.4.4. La responsabilisation des patients

Les patients et les assurés sont au centre du système de santé. Le système français leur garantit une grande liberté de choix dans le recours aux soins en raison de taux de remboursement élevés et d'un libre accès à l'ensemble des professionnels. Cette liberté doit avoir davantage pour contrepartie une véritable responsabilisation de leur part.

Les outils de responsabilisation des patients et des assurés seront définis en concertation avec les partenaires. Le dossier médical partagé informatisé, dont l'existence a été rendue possible par la loi sur les droits des malades du 4 mars 2002, est l'un de ces outils de responsabilisation dont le Gouvernement souhaite le développement rapide sur la base du volontariat. Le projet de loi de financement prévoit l'intervention d'une autre mesure de responsabilisation significative : le forfait de remboursement pour les groupes génériques. Les assurés *auxquels* sera prescrit un médicament d'un groupe générique seront remboursés dans les mêmes conditions, qu'ils acceptent un générique ou qu'ils demandent le médicament *princeps*, le choix leur revenant. L'avenant à la convention d'objectifs et de gestion passée avec la CNAMTS cherchera à développer d'autres outils dans cet objectif.

1.4.5. Les personnes handicapées

L'amélioration de la situation des personnes handicapées constitue l'un des trois grands chantiers du quinquennat que le Président de la République a lancés le 14 juillet 2002. L'objectif d'une politique du handicap est de permettre aux personnes handicapées de choisir dans toute la mesure du possible leur mode de vie et de participer à la vie en société. 90 % des personnes handicapées vivent aujourd'hui à domicile. Certaines d'entre elles le font par choix mais d'autres y sont contraintes faute de places en établissement (maisons d'accueil spécialisé ou foyers d'hébergement). Ce manque de places oblige d'ailleurs plus de 2 000 familles à envoyer leurs enfants en Belgique. Aussi, le Gouvernement souhaite développer dès 2003, puis au cours de la législature, les places nécessaires en établissement pour répondre à ces besoins et apporter l'assistance nécessaire aux personnes qui vivent à domicile (soins infirmiers, auxiliaires de vie, aides ménagères,...).

Un autre volet de ce grand chantier est la révision de la loi d'orientation du 30 juin 1975. La nouvelle loi, dont le projet sera déposé en 2003, exprimera notamment la solidarité nationale vis-à-vis de toutes les personnes handicapées en affirmant et en réorganisant leur droit à la prise en charge des aides techniques et humaines nécessaires à la compensation de leur handicap.

Ces grands projets n'empêchent pas les mesures concrètes et immédiates. Des créations de postes d'auxiliaires de vie et d'intégration scolaire sont prévues dans le projet de loi de finances pour 2003. 3 000 places en centres d'aide par le travail sont créées en 2003, soit un doublement de l'effort de création de places, pour favoriser l'intégration professionnelle des personnes handicapées qui ne peuvent accéder au milieu de travail ordinaire. Le nombre de places en établissement (maisons d'accueil spécialisé, foyers d'accueil médicalisé) est également doublé pour diminuer les listes d'attente actuelles et donner une place aux jeunes adultes et aux personnes polyhandicapées qui restent actuellement dans des établissements pour jeunes enfants (environ 4 000 personnes). Ces créations doivent permettre de faire face aux besoins nouveaux qui s'ouvrent notamment en raison du vieillissement des personnes handicapées.

1.4.6. Les personnes âgées

La France doit donner toute sa place à l'âge dans notre société. Il faut pouvoir y vieillir en toute dignité.

Etre respecté dans sa dignité, son intégrité, ses besoins de dialogue, d'échange, de relations sociales, être entendu sur les demandes de santé, d'hygiène de vie, bénéficier d'un niveau de revenu et de conditions de vie satisfaisants, tels sont les souhaits des personnes âgées aujourd'hui. C'est l'espérance de tous ceux qui avancent en âge et, demain, de chacun.

Par rapport aux générations précédentes, la population vit plus longtemps. Obligation est faite aux pouvoirs publics de donner un sens à ces années ajoutées à l'espérance de vie. Mais cet allongement de la vie qui ouvre tant de nouvelles possibilités s'accompagne souvent d'une perte d'autonomie, risque normal dans les vies qui s'allongent.

La loi n°2001-647 du 20 juillet relative à la prise en charge de la perte d'autonomie a donné aux personnes âgées un nouveau droit, le droit à l'autonomie.

La politique de santé publique doit également améliorer la prise en charge des personnes âgées par le développement des connaissances des maladies liées et le soutien aux soins gériatriques.

Dans le domaine des soins spécifiques aux personnes âgées, la priorité du Gouvernement est la mise en oeuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Les objectifs de la réforme de la tarification sont maintenus :

- offrir une qualité de prise en charge accrue dans chaque établissement à travers l'engagement d'une démarche qualité ;
- réduire les inégalités tarifaires et rendre plus équitable l'allocation des ressources ;
- clarifier les coûts (hébergement, soins et dépendances) et le champ de compétence de chaque financeur.

Le rythme lent de signature des conventions traduit les difficultés de mise en oeuvre de la réforme en raison d'une réglementation évolutive et complexe, qui a nécessité un temps d'appropriation par les acteurs ainsi qu'une forte mobilisation des intervenants sur la mise en oeuvre des trente-cinq heures, de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et des nouvelles règles comptables. Dès lors, prévoir une signature de l'ensemble des conventions à l'horizon 2003 s'avère irréaliste.

L'objectif est de signer l'ensemble des conventions à l'horizon 2005 et d'engager une démarche incitative et volontariste pour atteindre cet objectif.

Afin de régler les cas les plus difficiles et de tenir compte des inévitables retards que rencontreront certains signataires, il est proposé de reporter la date d'échéance à 2006. Ainsi, l'ensemble des procédures seront menées à leur terme correctement.

Pour 2003, il est prévu d'obtenir la signature de 1 800 conventions tripartites.

S'agissant des programmes pluriannuels en cours dans le secteur des personnes âgées, ils seront poursuivis.

Parmi les priorités de santé publique, les maladies neurodégénératives, dont la maladie d'Alzheimer, et leurs conséquences dramatiques seront prises en compte tout particulièrement, notamment en développant l'aide aux familles et l'accueil de jour.

2. La branche accidents du travail

2.1. Améliorer la gestion de la branche

Le Gouvernement souhaite s'inscrire dans la continuité de la loi du 25 juillet 1994, qui a reconnu l'autonomie de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. A cet effet, la branche sera dotée d'une convention d'objectifs et de gestion et d'un conseil de surveillance. De tels outils permettront d'améliorer significativement la gestion de la branche.

Par ailleurs, malgré une situation comptable dégradée, le Gouvernement a respecté la recommandation des partenaires sociaux, réunis au sein de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, de stabiliser le taux de cotisation.

Enfin, la clarification des comptes de la sécurité sociale commande que les dépenses de chaque branche soient correctement imputées, ce qui nécessite d'engager un effort de formation à destination des différents acteurs (professionnels de santé, établissements hospitaliers) et d'étudier avec attention les causes de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Dans cette attente, au terme d'un travail approfondi sur ce sujet, l'évaluation minimale des dépenses imputées à tort à la branche maladie a été estimée, par la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, à 330 millions d'euros. Ce montant a été retenu pour fixer le transfert entre les deux branches.

2.2. Etudier les conséquences d'un passage éventuel à la réparation intégrale

A la suite du rapport de M. Roland Masse, M. Michel Yahiel avait été chargé de conduire une réflexion sur la méthodologie de la mise en place d'une réparation intégrale des risques professionnels. Ce rapport a été rendu en avril 2002.

Compte tenu notamment du développement de systèmes de réparation de « droit commun » et de l'évolution de la jurisprudence, la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui repose sur le « compromis » d'avril 1898, mérite un réexamen approfondi. L'évolution vers la réparation dite « intégrale » est

ainsi une des possibilités d'évolution de la branche. Toutefois, comme l'a souligné le rapport de M. Yahiel, « la pauvreté des informations disponibles pour éclairer d'éventuelles décisions », l'absence d'éléments d'analyse sérieux sur les incidences économiques des choix possibles « d'un point de vue général, mais aussi au regard des gains et pertes à anticiper pour les victimes » montre « l'extrême incertitude entourant les conditions de réalisation et les conséquences de la réparation intégrale, à commencer par son coût ».

Le Gouvernement a donc confié le soin à M. Yahiel de conduire un comité de pilotage associant les principaux acteurs pour approfondir l'expertise sur la réparation intégrale dans ses aspects juridiques, financiers et organisationnels. Une fois cette évaluation connue, le Gouvernement sera alors fondé à mener une large concertation, notamment avec les partenaires sociaux.

2.3. Prendre en compte le préjudice subi par les victimes de l'amiante

Dès son entrée en fonctions, le Gouvernement a souhaité que les mécanismes de réparation du préjudice subi par les personnes souffrant d'une affection liée à l'amiante soient rapidement mis en place. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, après avoir défini les montants d'acomptes en juin 2002, est en voie d'arrêter le barème définitif. Il sera doté d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 190 millions d'euros en 2003.

3. La politique de la famille

Le Gouvernement a décidé d'infléchir dès 2003 la politique au bénéfice des familles dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais également dans le cadre du projet de loi de finances.

Dans cet esprit, il a décidé de mettre en place en priorité une mesure ciblée sur les familles nombreuses ayant de grands enfants. En effet, aujourd'hui, les allocations familiales ne sont perçues qu'à partir du deuxième enfant et cessent en majeure partie d'être versées lorsque les enfants atteignent l'âge de vingt ans. Ce dispositif peut provoquer de forts déséquilibres dans les budgets des familles les plus modestes, les enfants restant à la charge de leurs parents sur une période de plus en plus longue, bien au-delà de leurs vingt ans.

L'objectif poursuivi par le Gouvernement est d'atténuer le caractère brutal de cette perte d'allocations familiales. La mesure est ciblée sur les familles de trois enfants et plus, pour lesquelles la perte financière est la plus importante. Ainsi, une somme de 70 € par mois sera versée à compter du 1^{er} juillet 2003 pendant un an à ces familles dont l'aîné atteint vingt ans. L'avantage pour les 145 000 familles concernées sera de 840 €

Dans le projet de loi de finances pour 2003, le Gouvernement a, par ailleurs, prévu le doublement de l'abattement pour les *donations* entre les grands-parents et les petits-enfants qui permettra de relancer l'effort de solidarité financière entre les générations. De même l'augmentation de 50% des seuils pour les emplois familiaux favorisera toutes les familles qui emploient à domicile des gardes d'enfants ou des personnes destinées à soulager les plus âgées de tâches à caractère familial ou ménager.

Par ailleurs, dans un souci de clarification, la croissance de la prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des majorations de retraites pour enfants se poursuivra. Le taux de prise en charge atteindra 60 % en 2003.

Les délais impartis au Gouvernement n'ont pas permis d'aller au-delà de cette inflexion. Aussi c'est la Conférence de la famille de 2003 qui marquera le début d'une réforme plus fondamentale de la politique familiale. Les travaux préparatoires à cette conférence, lancés au début du mois d'octobre 2002, seront marqués du sceau de l'ambition et du réalisme. Ambition car il est temps de mettre en chantier les inflexions majeures attendues par l'ensemble des partenaires, et notamment la création d'une prestation unique de libre choix. Réalisme car la politique familiale repose sur des équilibres complexes et notre environnement financier est porteur de contraintes. Les groupes de travail qui prépareront la conférence du printemps 2003 axeront ainsi, en priorité, leur réflexion autour des thèmes liés à la simplification des prestations, aux services destinés aux familles ou encore à la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle. *Le Gouvernement s'engage à examiner dans sa globalité la situation des veuves, en particulier la majoration des 10% des mères de famille, l'augmentation du plafond de ressources et du montant de l'assurance veuvage.*

4. La politique d'assurance vieillesse

4.1. Refuser l'attentisme

Bénéficiant momentanément d'un contexte démographique exceptionnel, la branche vieillesse est excédentaire. Comme l'ont montré les différents rapports qui se sont succédés en France depuis au moins dix ans, cette situation favorable sera extrêmement brève. Le « diagnostic » des besoins de financement, à l'horizon 2020 comme à l'horizon 2040, est parfaitement établi.

Le principal danger qui pèse sur nos régimes de retraite par répartition serait l'inaction. Leur sauvegarde pèserait alors de tout son poids sur un nombre relativement faible de générations, qui pourraient alors refuser un effort supplémentaire.

La revalorisation des pensions sera en 2003 de 1,5 %, conformément à l'inflation prévue. Cette revalorisation permettra ainsi d'assurer le maintien du pouvoir d'achat des retraités. Tout effort supplémentaire présumerait de l'équilibre actuel et futur de la branche.

4.2. Faire reposer la réforme sur l'équité, la liberté et l'effort partagé

Conformément à la déclaration de politique générale du Premier ministre du 3 juillet 2002, cette réforme reposera sur les principes suivants :

- elle doit aboutir à une plus grande équité entre les Français, tout en tenant compte des spécificités et des différents statuts et évidemment de la diversité des situations, notamment démographiques ;

- la liberté de choix sera assurée : la retraite à soixante ans, qui est un acquis social, ne sera pas remise en cause, mais ceux qui souhaitent prolonger leur activité au-delà doivent pouvoir le faire et ainsi augmenter leurs droits ;

- les efforts nécessaires seront équitablement répartis.

Les principes fondamentaux de la réforme seront précisés, en liaison avec les partenaires sociaux, au début de l'année 2003. Chaque régime, privé ou public, fera alors l'objet d'un traitement spécifique, selon un calendrier approprié et des modalités à négocier au cas par cas.

Le temps est ainsi à la prise de décisions. Notre système de retraites est notre bien commun. Les conditions de sa préservation, qui seront concertées dans le cadre du renouveau du dialogue social, seront réunies avant la fin du premier semestre 2003.

5. Le financement et l'équilibre de la sécurité sociale

Dans le domaine du financement et de l'équilibre de la sécurité sociale, le Gouvernement est déterminé à s'engager sur la crédibilité de ses objectifs et à progresser dans le domaine de la clarification.

5.1. S'engager sur la crédibilité des objectifs

La crédibilité des objectifs des lois de financement des années précédentes a été remise en question par d'importants dépassements des objectifs de dépenses notamment pour la branche maladie. De tels dépassements ont conduit le précédent gouvernement à proposer le vote d'objectifs rectifiés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, une adjonction des objectifs de l'année en cours aux objectifs de l'année suivante ne permet pas un réel débat sur la justification des dépassements.

Le Gouvernement souhaite donc changer de méthode pour rendre toute leur crédibilité aux objectifs des lois de financement. Ainsi, il prend l'engagement de présenter au Parlement au début du mois de mai un projet de loi de financement rectificative, au cas où les prévisions de recettes et de dépenses effectuées dans le cadre de la commission des comptes de printemps montreraient un décalage significatif avec les objectifs fixés dans la loi de financement pour 2003.

La présentation du projet de loi de financement rectificative sera l'occasion de débattre des motifs de ces différences entre évolution des agrégats et objectifs, qu'elles soient positives ou négatives. Il proposera un certain nombre de mesures visant à en tirer les conséquences en termes d'encadrement du système de sécurité sociale, en termes d'efforts que fournissent les différents acteurs ou en termes de bénéfices qu'ils en tirent.

5.2. Clarifier le financement de la sécurité sociale, en particulier les relations financières avec l'Etat

La deuxième priorité du Gouvernement est de clarifier le financement de la sécurité sociale.

Comme le montre l'audit des finances publiques, les comptes de la sécurité sociale sont caractérisés actuellement par une réelle opacité. De nombreux circuits de financement ont été mis en place ces dernières années.

Outre leur complexité, ces circuits sont décriés par les différents partenaires, car ils conduisent à faire financer par la sécurité sociale des dépenses qui n'entrent pas dans son objet.

L'importance des montants en jeu et la complexité des liens entre les différents organismes font de cette inévitable clarification un objectif de moyen terme.

La conjoncture et les contraintes pesant sur les finances publiques ne permettent pas d'opérer une clarification complète en une seule année. En 2003, il a paru indispensable au Gouvernement, néanmoins, d'engager une première étape tout à fait significative. Celle-ci comprend trois volets essentiels :

- l'engagement de l'Etat de compenser intégralement les nouveaux allègements de charges ;
- une réaffectation à la sécurité sociale d'une partie des recettes qui avaient été utilisées pour le financement du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC). La modification des clés de partage des droits sur les tabacs entre le FOREC et la CNAMTS apportera à cette dernière 700 millions d'euros et permettra de revenir à la clé de partage prévalant avant la création du FOREC ;
- le remboursement de la moitié de la dette passée au titre des allègements de charges.

C'est de la sauvegarde de notre sécurité sociale dont il s'agit aujourd'hui. Elle passe par une modernisation de son organisation et de ses structures qui permette de s'adapter à son nouvel environnement. Le chemin tracé par le Gouvernement est clair. Sa résolution l'est également. C'est dans la durée, dans la concertation et le respect du dialogue social que les réformes seront menées.