

N° 394

N° 78

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DOUZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2002-2003

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 26 novembre 2002

Annexe au procès-verbal de la séance
du 26 novembre 2002

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE ⁽¹⁾ CHARGÉE DE PROPOSER
UN TEXTE SUR LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DU PROJET DE
LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2003*,

PAR M. YVES BUR,
Député.

PAR M. ALAIN VASSELLE,
Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, sénateur, président ; M. Jean-Michel Dubernard, député, vice-président ; M. Alain Vasselle, sénateur, M. Yves Bur, député, rapporteurs.

Membres titulaires : MM. Dominique Leclerc, Jean-Louis Lorrain, Adrien Gouteyron, Gilbert Chabroux, Guy Fischer, sénateurs ; MM. Jean Bardet, Denis Jacquat, Pierre Morange, Claude Evin, Jean-Marie Le Guen, députés.

Membres suppléants : MM. Gilbert Barbier, Paul Blanc, Mmes Annick Bocandé, Claire-Lise Campion, Michelle Demessine, MM. Gérard Dériot, Serge Franchis, sénateurs ; MM. Bernard Accoyer, Dominique Paillé, Bruno Gilles, Jean-Pierre Door, Jean-Luc Prél, Mmes Marie-Françoise Clergeau, Jacqueline Fraysse, députés.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^{ème} législ.) : Première lecture : **250, 330, 327** et T.A. **35**
Deuxième lecture : **389**

Sénat : **47, 58, 53** et T.A. **31** (2002-2003)

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE.....	5
EXAMEN DES ARTICLES	11
TITRE PREMIER BIS - CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	11
• <i>Article premier bis (article 6 octies nouveau de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958) Création d'un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé</i>	<i>11</i>
• <i>Article premier ter (art. L. 134-1 du code des juridictions financières) Examen de la gestion des centres hospitaliers régionaux par la Cour des comptes</i>	<i>14</i>
• <i>Article premier quater A Rapport sur les suites données aux recommandations de la Cour des comptes</i>	<i>15</i>
• <i>Article premier quater Communication au Parlement des rapports de la Commission de la transparence et de la commission d'évaluation des produits et prestations remboursables</i>	<i>15</i>
• <i>Art. 2 ter Rapport sur l'évaluation financière des dispositifs affectant l'assiette des cotisations sociales</i>	<i>16</i>
TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	16
• <i>Art. 4 (art. 572, 572 bis, 575, 575 A et 575 C du code général des impôts ; art. L. 3511-1 et L. 3511-6 du code de la santé publique) Montant du droit de consommation sur les tabacs</i>	<i>16</i>
• <i>Art. 4 bis A Détermination de la fraction de taxe sur les conventions d'assurance affectée au FOREC</i>	<i>17</i>
• <i>Art. 4 bis (art. 520 A du code général des impôts) Augmentation du droit spécifique applicable aux bières fortes</i>	<i>18</i>
• <i>Art. 6 (art. L. 245-2 et L. 245-4 du code de la sécurité sociale) Contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques</i>	<i>18</i>
• <i>Art. 6 bis (art. L. 245-6-1 à L. 245-6-4 du code de la sécurité sociale) Suppression de la taxe sur les ventes directes</i>	<i>19</i>
• <i>Art. 7 ter (art. L. 161-1 du code de la sécurité sociale) Conditions d'attribution de l'exonération de cotisations sociales accordées dans le cadre du dispositif d'aide à la création ou à la reprise d'entreprises par des chômeurs</i>	<i>20</i>
• <i>Art. 8 Fixation des prévisions de recettes pour 2003</i>	<i>20</i>
TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE.....	21
• <i>Art. 11 (article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et article premier de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978) Création d'une mission d'audit et d'expertise hospitaliers.....</i>	<i>21</i>
• <i>Art. 13 (article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et art. L. 6161-9 du code de la santé publique) Fusion du fonds pour la modernisation des cliniques privées dans le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés</i>	<i>21</i>
• <i>Art. 15 bis (art. L. 162-12-18, L. 162-12-19 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale) Transformation des « contrats de bonne pratique » en « contrats de pratique professionnelle »</i>	<i>21</i>

- *Art. 16 (art. L. 228-1 du code de la sécurité sociale)* **Missions du conseil de surveillance de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés** 22
- *Art. 19 ter (article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)* **Prorogation de l'agrément des réseaux de soins** 23
- *Art. 23 bis (art. L. 6325-1 du code de la santé publique et art. L. 162-5 du code de la sécurité sociale)* **Organisation de la permanence des soins** 23
- *Art. 25 (art. L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001)* **Prolongation du délai pour la signature des conventions tripartites par les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes** 24
- *Art. 27 (art. L. 162-16 et L. 162-17-6 nouveau du code de la sécurité sociale)* **Tarif forfaitaire de remboursement pour les médicaments** 24
- *Art. 27 bis* **Majoration à titre transitoire du plafond de remises des pharmaciens** 24
- *Art. 28 (article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988)* **Fin du mécanisme de cessation anticipée d'activité** 25
- *Art. 31 (article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)* **Missions et dotation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville** 25
- *Art. 33* **Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2003** 26

TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 27

Section 1 - Branche accidents du travail et maladies professionnelles 27

- *Art. 35 (article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)* **Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du FIVA en 2002 et 2003** 27
- *Art. 36 (article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)* **Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du FCAATA** 27
- *Art. 36 bis (article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)* **Extension aux salariés agricoles du dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante** 28
- *Art. 37* **Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles** 28
- *Art. 38 (art. L. 221-4, L. 221-5, L. 227-1, L. 227-2, L. 227-3, L. 228-1 et L. 231-5-1 du code de la sécurité sociale)* **Renforcement de l'autonomie de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général** 28

Section 3 - Branche vieillesse 29

- *Art. 43 bis (article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001)* **Extension à l'Unédic de la liste des organismes fournisseurs de données pour la constitution de l'échantillon inter-régimes de cotisants)** 29

TITRE V - MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES À LA TRÉSORERIE 30

- *Art. 47 (art. L. 137-7, L. 138-3, L. 138-14, L. 138-20 à L. 138-23 nouveaux, L. 245-6 et L. 245-6-2 du code de la sécurité sociale)* **Modalités de recouvrement des impositions directement recouvrées par l'ACOSS** 30
- *Art. 47 bis (art. L. 144-2 du code de la sécurité sociale)* **Dépenses de contentieux de la sécurité sociale** 30

- *Art. 47 ter (art. L. 251-8 et L. 251-9 nouveaux du code de la sécurité sociale)*
**Création d'un fonds de réserve et de régulation conjoncturelle au sein de
chaque branche du régime général de sécurité sociale**..... 30
- *Art. 47 quater* **Approbation des comptes prévisionnels pour 2003 du fonds de
financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale
(FOREC)** 31

TEXTE ÉLABORÉ PAR LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE..... 32

TABLEAU COMPARATIF..... 58

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 s'est réunie le mardi 26 novembre 2002 au Sénat.

La commission a d'abord procédé à la désignation de son bureau qui a été ainsi constitué :

- M. Nicolas About, sénateur, président ;
- M. Jean-Michel Dubernard, député, vice-président ;
- M. Alain Vasselle, sénateur, rapporteur pour le Sénat ;
- M. Yves Bur, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.

*

* *

La commission mixte paritaire a ensuite procédé à l'examen du texte.

M. Nicolas About, président, a rappelé que la présente commission mixte paritaire était la deuxième de la législature, la première s'étant tenue le 1^{er} août 2002, également au Sénat, et était parvenue à un accord sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant création d'un

dispositif de soutien à l'emploi des jeunes en entreprises. Il s'est montré persuadé que la présente commission parviendrait également à un accord sur la trentaine d'articles restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

M. Jean-Michel Dubernard, vice-président, a déclaré partager l'optimisme du président de la commission mixte paritaire.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a précisé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 comprenait initialement 48 articles. 13 articles additionnels ont été introduits par l'Assemblée nationale en première lecture. 61 articles ont donc été examinés par le Sénat. La Haute Assemblée a adopté 39 articles conformes. Mais elle a inséré également 11 articles additionnels, 33 articles restant ainsi en discussion à l'issue d'une lecture dans chaque assemblée.

Puis, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat**, a rappelé les principales modifications apportées par le Sénat.

Au titre premier bis, relatif au contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, le Sénat a tout d'abord supprimé l'article premier bis, introduit par l'Assemblée nationale, instituant un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

Il a en effet estimé que le souci de rendre cette disposition recevable dans une loi de financement de la sécurité sociale avait conduit à confondre quelque peu le contrôle et l'évaluation ou plus précisément l'évaluation prospective de priorités de santé publique et le contrôle de la mise en oeuvre des priorités décidées.

Dans le premier cas, le nouvel office apparaîtrait quelque peu redondant avec l'actuel office des choix scientifiques et technologiques qui travaille de plus en plus sur des questions de santé publique.

Dans le second cas, ce sont les compétences des commissions des Affaires sociales des deux assemblées dans le domaine du contrôle de l'application des lois de financement qui feraient double emploi.

La question posée par l'article premier bis est certes bonne mais il n'est cependant pas certain que la réponse s'inscrive dans le cadre de l'examen des lois de financement.

Il serait sans doute préférable de revoir cette question sous la forme d'une proposition de loi ou, mieux encore, à l'occasion, dans quelques mois, de l'examen du projet de loi de programmation de santé publique qui doit être déposé au printemps prochain.

Le Sénat a également supprimé l'article premier ter, introduit par l'Assemblée nationale, qui prévoit de confier à la Cour des comptes le contrôle de la gestion des centres hospitaliers régionaux, lequel relève aujourd'hui de la compétence des chambres régionales des comptes.

Le Sénat a ensuite adopté, à l'initiative de sa commission des Finances, et avec avis favorable du Gouvernement, deux articles additionnels, les articles premier quater A et 2 ter, visant à la production de deux rapports au Parlement, l'un présentant les suites données à chacune des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale, et l'autre fournissant un état et une évaluation financière des dispositifs affectant l'assiette des cotisations sociales.

Au titre II, qui regroupe les dispositions relatives aux ressources, le Sénat a, notamment, adopté un amendement du Gouvernement tendant à supprimer l'article 4 bis relatif à la « surtaxation » des bières fortes. En effet, et tout en souscrivant à la démarche de santé publique qui a conduit l'Assemblée nationale à adopter cet article en première lecture, le Sénat a dû se résoudre à constater que le dispositif proposé n'était pas conforme au droit communautaire et, plus particulièrement, aux règles de la concurrence.

Par ailleurs, à l'article 4, relatif à l'augmentation des droits de consommation sur les tabacs, le Sénat a, sur avis de sagesse de sa commission, et avis favorable du Gouvernement, rétabli à 106 euros le minimum de perception applicable aux cigarettes, porté à 108 euros par l'Assemblée nationale.

A l'article 6, relatif à la taxe sur les dépenses de promotion pharmaceutique, le Sénat a étendu à l'ensemble de la presse médicale, sans exclusive, l'exonération votée par l'Assemblée nationale pour les journaux détenteurs d'un numéro de commission paritaire.

Il a supprimé l'article 6 bis, rétablissant ainsi la taxe sur les ventes directes de médicaments par les industriels aux pharmacies officinales.

En outre, le Sénat a adopté deux articles additionnels :

- l'article 4 bis A, à l'initiative de sa commission, vise à inscrire dans la loi de financement, et en « miroir » de l'article 28 du projet de loi de finances, une disposition arrêtant la fraction de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances affectée au FOREC ;

- l'article 7 ter, à l'initiative du Gouvernement, tend à préciser les conditions d'attribution de l'exonération de cotisations sociales accordée dans le cadre du dispositif d'aide à la création ou à la reprise d'entreprises par des chômeurs, « l'ACRE ».

Au titre III, qui regroupe les dispositions relatives à l'assurance maladie, le Sénat a adopté à l'article 13 un amendement présenté par le Gouvernement

visant à assurer, conformément à l'engagement pris par l'Etat dans le cadre de l'accord signé avec les fédérations de l'hospitalisation privée le 7 novembre 2001, la pérennisation de l'accompagnement financier des actions réalisées par les cliniques privées en matière sociale et salariale. La disposition votée permet ainsi de maintenir le niveau des ressources des établissements bénéficiaires d'une subvention en revalorisant leurs tarifs de prestations à due concurrence des sommes allouées.

A l'article 16, relatif à la mission du conseil de surveillance de la CNAMTS, il a semblé au Sénat plus logique que le Gouvernement, à l'occasion de l'agrément d'une convention ou d'un avenant conventionnel, informe le Parlement, précisément et en temps réel, de l'impact de cette convention sur l'évolution de l'ONDAM.

Le Sénat a introduit un article 23 bis résultant d'un amendement présenté par le Gouvernement, qui vise à donner une base juridique pour l'organisation de la permanence des soins et à permettre la rémunération de la participation des médecins libéraux et des médecins exerçant dans les centres de santé au dispositif de gardes et d'astreintes ainsi organisé.

Il a également inséré un article 27 bis, résultant d'un amendement du Gouvernement, qui porte, pour une période transitoire, de 2,5 % à 6 % le plafond de remises dont bénéficieront les pharmaciens sur les médicaments appartenant à un groupe générique où a été institué un tarif de référence.

Au titre IV, concernant la branche «accidents du travail et maladies professionnelles», le Sénat a adopté trois séries de modifications.

Il a d'abord souhaité avancer les dates de transmission de plusieurs rapports qu'avait introduits l'Assemblée nationale, l'objectif étant que les conclusions de ces rapports puissent être intégrées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale dès sa phase de préparation.

Le Sénat a ensuite introduit un article 36 bis afin d'étendre le dispositif de cessation anticipée d'activité des «travailleurs de l'amiante» aux salariés agricoles. En effet, il s'avère que plusieurs salariés agricoles viennent de contracter une maladie professionnelle liée à l'amiante. Il apparaissait nécessaire de les inclure dans le dispositif, le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) étant en conséquence abondé par le régime agricole.

Le Sénat a enfin modifié, à l'article 38, la composition du nouveau conseil de surveillance de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général. Il lui a semblé nécessaire de prévoir la présence de représentants des professions et des établissements de santé.

Au titre V, comprenant mesures diverses et dispositions relatives à la trésorerie, le Sénat a notamment adopté, sur proposition de sa commission, deux articles additionnels.

Le premier, l'article 47 ter, vise à créer, pour la branche famille et la branche accidents du travail, un fonds de réserve et de régulation conjoncturelle, sur le modèle de celui qui existe déjà pour la Caisse nationale d'assurance maladie. Ce fonds, qui ne doit pas être confondu avec les « fonds » créés ces dernières années sous forme d'établissements publics, est un fonds de gestion, propre à chaque caisse.

Toujours à l'initiative de sa commission, le Sénat a également adopté l'article 47 quater qui vise à « solenniser » l'adoption, par la représentation nationale, des prévisions de recettes et de dépenses du FOREC pour 2003. Le Sénat a, en effet, jugé nécessaire d'adopter cet article compte tenu, d'une part, de l'importance des sommes concernées pour l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale et, d'autre part, du fait que les recettes et les dépenses du FOREC n'apparaissent pas clairement dans les agrégats de la loi de financement, telle qu'elle est actuellement établie.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a estimé que l'ensemble de ces améliorations était de nature à renforcer la portée du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et était susceptible, pour la plupart d'entre elles, de recueillir l'accord de la commission mixte paritaire.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a déclaré avoir apprécié les travaux du Sénat qui témoignent du souci, commun aux deux assemblées, d'améliorer le suivi et le contrôle des lois de financement de la sécurité sociale. A ce titre, il a souligné que le Sénat avait adopté plusieurs dispositions prévoyant la communication de rapports qui avaient été envisagées lors de l'examen du texte par l'Assemblée nationale.

S'agissant de l'article premier ter, il a souhaité préciser que l'intention de l'Assemblée nationale n'avait pas été de recentraliser une compétence des chambres régionales des comptes au profit de la Cour des comptes mais de permettre que la Cour effectue de manière ponctuelle une évaluation des centres hospitaliers régionaux.

Il a salué, en outre, le souci commun du Sénat et de l'Assemblée nationale d'appeler le Gouvernement à une clarification de l'ensemble des finances sociales. Il a rappelé que, dans ce but, il avait proposé à l'Assemblée nationale la création d'un comité des finances sociales et a pris acte de l'engagement pris par le Gouvernement de mieux associer le Parlement à ces questions et d'assurer une meilleure lisibilité des lois de financement de la sécurité sociale.

Il a observé qu'à l'article 16 le souhait du Gouvernement était que la CNAMTS établisse, elle-même, le rapport évaluant l'impact des conventions sur l'évolution de l'ONDAM que le Gouvernement communique au Parlement ; il s'est interrogé enfin sur le principe de permanence des soins retenu à l'article 23 bis qui doit concerner l'ensemble des professions de santé et non les seuls médecins.

La commission mixte paritaire est ensuite passée à l'examen des articles restant en discussion.

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE PREMIER BIS

CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article premier bis

(article 6 octies nouveau de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958)

Création d'un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a rappelé les motivations ayant justifié la suppression par le Sénat, à titre conservatoire, de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé introduit à l'Assemblée nationale. Il a déclaré que, bien qu'intéressante, la création d'un tel outil devait être mûrie au besoin grâce à la consultation préalable du bureau de chaque assemblée puisque, pour sa part, le Sénat avait déjà démontré les limites et les risques du recours à ce type d'office.

Il a ensuite estimé que la proposition de l'Assemblée nationale posait un problème essentiel en ce qu'il touchait aux prérogatives de contrôle qui échoient aux commissions et dont l'article premier bis prévoyait le transfert partiel à cet office. Il a également observé que la référence à un conseil scientifique risquait de générer un double emploi avec les missions de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST).

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a rappelé que l'Assemblée nationale avait été sensible au fait que les instances

consacrées à l'examen des questions de santé publique fonctionnaient peu ou mal, et que le Parlement souffrait en conséquence d'une pénurie d'informations. Il a admis le risque d'une confusion des missions de cet Office avec celles des commissions au titre du contrôle, même s'il a considéré que la vocation de cette structure nouvelle ne concernerait que les questions de santé publique au sens strict. Il a enfin affirmé que la proposition de l'Assemblée nationale n'enlevait aucune compétence à l'OPECST.

M. Nicolas About, président, a déclaré qu'il était possible de s'orienter vers une rédaction de compromis qui devrait nécessairement retirer toute compétence de contrôle à cette délégation et limiter les risques de concurrence avec l'OPECST. Aussi a-t-il proposé que toute référence à la notion de contrôle soit supprimée, que soit précisé que siègeraient au sein de cet office les présidents et les rapporteurs chargés de l'assurance maladie des commissions compétentes de chaque assemblée et que soit enfin supprimée également la référence au terme « scientifique ».

M. Jean-Michel Dubernard, vice-président, a rappelé que l'esprit de la proposition de l'Assemblée nationale était de nourrir le débat sur l'article premier des lois de financement qui approuve les orientations de la politique de santé et que cette proposition était motivée par l'absence de moyens dont souffrait le Parlement pour discuter utilement des problèmes de santé publique, notamment ceux relatifs au cancer ou à la prévention. Il a observé que si l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) était mis en œuvre de façon suffisamment rapide, il permettrait d'aborder dans de meilleures conditions l'examen du projet de loi de programmation quinquennale sur la santé publique annoncé pour les prochains mois. Il a enfin déclaré que les difficultés soulevées par le Sénat pouvaient être résolues grâce aux propositions que formulait le président.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a souhaité que le titre de l'Office soit complété par une référence à la notion de santé publique. Il a en outre précisé que l'OPEPS permettrait de valider les choix relatifs à la définition du panier de soins de manière plus satisfaisante.

Constatant que la rédaction proposée initialement par l'Assemblée nationale achoppait pour plusieurs raisons, **M. Jean Bardet, député**, a formulé les remarques suivantes :

- l'inutilité d'un nouvel office d'évaluation soulevée par le Sénat au regard du fonctionnement des autres offices était contredite par l'activité de l'OPECST ;

- la notion de contrôle et d'évaluation gardait toute sa pertinence car ces missions pourront être exercées en commun par l'Assemblée nationale et le Sénat ;

- la notion de contrôle permettait d'assurer la recevabilité du dispositif dans une loi de financement de la sécurité sociale ;

- enfin, l'OPEPS ne devrait pas, au regard de son domaine de compétences, entrer en concurrence avec l'OPECST.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a déploré la grande confusion des terminologies existant entre les concepts de « santé publique », de « politiques publiques de santé », ou encore d'« assurance maladie ». Il a, à cet égard, regretté que le conseil de surveillance de la CNAMTS ne fonctionne pas de manière satisfaisante. Il a enfin déclaré que l'information du Parlement pourrait être aussi bien assurée par l'ouverture aux commissions compétentes d'une faculté de saisine des structures déjà existantes, au premier rang desquelles figure l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

M. Pierre Morange, député, a affirmé qu'un compromis pouvait être trouvé et que celui-ci devait être l'occasion de préciser certains aspects rédactionnels de l'article, notamment en ce qui concerne le rôle des rapporteurs des projets de loi de financement de la sécurité sociale.

La commission a adopté un amendement de ses rapporteurs modifiant le texte de l'Assemblée nationale sur les points suivants :

- les références à une mission de contrôle ou de suivi des politiques de santé sont supprimées ; il est précisé que l'Office informe le Parlement des conséquences des « choix de santé publique » ;

- la composition de la délégation est modifiée : elle comprend 24 membres dont les deux présidents des commissions des Affaires sociales de chaque Assemblée et les rapporteurs en charge de l'assurance maladie dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale ;

- elle est présidée alternativement pour un an par le président de chaque commission en charge des affaires sociales ;

- la délégation est assistée d'un « conseil d'experts » et non plus d'un « conseil scientifique ».

La commission a adopté cet article ainsi modifié .

Article premier ter
(art. L. 134-1 du code des juridictions financières)
**Examen de la gestion des centres hospitaliers régionaux
par la Cour des comptes**

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a jugé contestable d'attribuer à la Cour des comptes une compétence décentralisée ; ce retour en arrière créait de surcroît des difficultés pratiques pour la Haute juridiction.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a rappelé que l'article premier ter faisait suite à l'audition de la Cour des comptes par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales au cours de laquelle avait été notamment abordée la question de l'évaluation des structures hospitalières.

Il a ensuite proposé une rédaction de cet article tenant compte des critiques du Sénat et prévoyant que la Cour des comptes puisse contribuer à l'évaluation des structures hospitalières et qu'elle soit autorisée, à cette fin, à recueillir des informations.

Il a indiqué que cette rédaction se contentait d'ouvrir à la Cour une possibilité qu'elle serait libre de saisir et permettait d'assurer la liaison entre les travaux de cette dernière et ceux des chambres régionales des comptes. Il a en outre précisé que le principe de cette nouvelle rédaction avait reçu l'aval de M. François Logerot, Premier président de la Cour des comptes.

M. Jean-Michel Dubernard, vice-président, a souligné que le mérite de l'article premier ter avait été de relancer le débat sur les compétences respectives des différentes juridictions financières.

M. Gilbert Barbier, sénateur, s'est interrogé sur la rédaction de l'amendement qui prévoit que les informations puissent être recueillies directement auprès des établissements. Il a craint que cette procédure n'aboutisse à court-circuiter les chambres régionales des comptes.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a rappelé que les compétences actuelles des chambres régionales des comptes étaient maintenues en l'état et que, dans un article paru dans le journal « Le Monde », M. Bernard Cieutat, président de la 6^e chambre, avait déclaré que « *sans dépouiller les chambres régionales des comptes, il suffirait de donner la possibilité à la Cour de recueillir, en liaison avec ces dernières, des informations auprès des grands hôpitaux publics* ».

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a rappelé que la déclaration du Premier président de la Cour des comptes était très nuancée et rappelait que la Cour ne souhaitait pas être appelée à se prononcer sur le détail

de la gestion des structures hospitalières mais seulement être autorisée à se prononcer sur l'économie générale du système hospitalier. Il a constaté que le mot « notamment », prévu par le texte de l'Assemblée nationale, risquait d'insérer un coin entre les chambres régionales des comptes et la Cour et qu'il était ainsi préférable de le supprimer. Il a enfin estimé nécessaire d'élargir la notion de centre hospitalier à celui d'établissement public de santé.

La commission a ensuite adopté un amendement retenant le principe d'une compétence de la Cour des comptes, mais précisant que :

- cette mission s'exerce dans le cadre de la mission de contrôle de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ;

- la Cour est habilitée à recueillir des informations, en liaison avec les chambres régionales des comptes, auprès de l'ensemble des établissements publics de santé.

Elle a adopté cet article ainsi modifié.

Article premier quater A

**Rapport sur les suites données aux recommandations
de la Cour des comptes**

M. Jean-Marie Le Guen, député, a estimé qu'il n'était pas opportun que la Cour des comptes détermine les sujets auxquels devra répondre le Gouvernement.

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Article premier quater

**Communication au Parlement des rapports de la Commission de la
transparence et de la commission d'évaluation
des produits et prestations remboursables**

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 2 ter

**Rapport sur l'évaluation financière des dispositifs
affectant l'assiette des cotisations sociales**

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Art. 4

*(art. 572, 572 bis, 575, 575 A et 575 C du code général des impôts ;
art. L. 3511-1 et L. 3511-6 du code de la santé publique)*

Montant du droit de consommation sur les tabacs

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a rappelé que la commission des Affaires sociales avait émis un avis de sagesse sur un amendement ramenant le minimum de perception sur les tabacs à 106 euros, le Gouvernement s'étant déclaré favorable à cet amendement.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a formulé les observations suivantes :

- l'Assemblée nationale a, contre l'avis du Gouvernement, augmenté à 108 euros ce minimum de perception, augmentation justifiée par un seul souci de santé publique car, à la suite de la hausse des prix du tabac de 9% début 2002, la consommation a diminué de 4,5 % ;

- elle s'était prononcée hors de toute considération de politique industrielle, notamment vis-à-vis des intérêts de l'industrie du tabac ;

- son dispositif confortait le Gouvernement dans son souhait d'obtenir, non pas des recettes supplémentaires pour la sécurité sociale, mais une augmentation effective des prix de 15 % ;

- il était conforme au droit européen, l'élévation du minimum de perception étant « euro compatible » jusqu'à 115 euros.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a précisé qu'il n'était pas confirmé que l'augmentation du minimum de perception générerait en elle-même des recettes supplémentaires et que, si les objectifs de santé publique que s'assignait l'Assemblée nationale étaient louables, le Gouvernement ne pouvait néanmoins ignorer toute considération économique en la matière. Il a rappelé que le passage à 108 euros entraînerait des effets redistributifs entre fabricants de tabac et risquait d'accroître la contrebande.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a considéré que la seule augmentation à 108 euros ne serait pas un facteur déterminant de contrebande et qu'il fallait éviter des déports de consommation vers des produits moins chers et de moins bonne qualité.

M. Pierre Morange, député, a partagé les objectifs de santé publique mis en avant par le rapporteur de l'Assemblée nationale mais a rappelé que cet objectif visait avant tout la diminution de la consommation du tabac chez les jeunes et que ces derniers, consommant davantage certains tabacs, se trouveraient de fait peu affectés par l'augmentation supplémentaire des minima de perception.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a rappelé que le texte proposé par le Gouvernement atteignait en lui-même une forme de palier dans la taxation des tabacs et qu'aller plus avant risquait de favoriser certaines entreprises internationales. Il a observé qu'un véritable enjeu résidait néanmoins dans la lutte contre la promotion directe, pourtant interdit par la loi Evin, mais auquel se livrent encore certaines entreprises, y compris d'origine nationale, auprès des jeunes.

La commission a ensuite adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 4 bis A

**Détermination de la fraction de taxe sur les conventions
d'assurance affectée au FOREC**

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 4 bis

(art. 520 A du code général des impôts)

Augmentation du droit spécifique applicable aux bières fortes

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a rappelé que le dispositif initialement proposé par l'Assemblée nationale posait des difficultés au regard du droit européen.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a proposé une rédaction nouvelle de cet article permettant de trouver un compromis en fixant à 8,5° le seuil de taxation de ces bières et en supprimant toute référence au conditionnement.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, s'est interrogé sur les conséquences de ce passage de 8° à 8,5° et sur l'élévation de 100 euros, par degré alcoolométrique, à 200 euros du droit spécifique applicable aux bières concernées. Il s'est en outre interrogé sur les recettes que ces modifications seraient susceptibles de produire.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a affirmé qu'il n'était pas possible de distinguer, en vue d'une taxation, les produits alcooliques selon leur nature et qu'il était uniquement possible de taxer ces produits en fonction du seul degré alcoolométrique. Il a craint que, si ce principe n'était plus avéré, une exception pour les produits vinicoles soit demandée avec force.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a rappelé que le seul but de l'article 4 bis était de lutter contre l'alcoolisme et de dénoncer la communication agressive concernant les bières fortes qui met en avant l'atteinte rapide d'un état d'ébriété. Il a ensuite estimé possible de distinguer entre les différentes formes d'alcool pour ne viser que la seule catégorie des bières fortes.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Art. 6

(art. L. 245-2 et L. 245-4 du code de la sécurité sociale)

**Contribution sur les dépenses de promotion
des laboratoires pharmaceutiques**

M. Jean Bardet, député, a estimé que l'extension faite par le Sénat de l'exonération des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires à l'ensemble de la presse médicale était trop vague et risquait d'aboutir à des

détournements. Prenant acte toutefois de la préoccupation du Sénat, il a proposé une nouvelle rédaction prévoyant d'étendre l'exonération non seulement aux publications bénéficiant d'un numéro de commission paritaire mais également à celles faisant l'objet d'un agrément défini dans des conditions fixées par décret.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, s'est interrogé sur les critères entourant la délivrance de cet agrément.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a rappelé les règles régissant la commission paritaire chargée de délivrer un numéro d'agrément.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a précisé que l'agrément de la presse médicale prévu par M. Jean Bardet ne pouvait en aucun cas être délivré par la commission paritaire chargée de l'attribution de numéros à certains journaux médicaux, sous peine de revenir sous une formulation différente, au texte initial de l'Assemblée nationale, lui-même trop étroit.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a précisé que le Gouvernement s'engagerait à mettre en œuvre des conditions d'examen plus souples que celles de la commission paritaire mais que l'introduction de cet agrément reposait sur la nécessité de prévoir un encadrement.

M. Jean-Luc Prél, député, a affirmé qu'il convenait de limiter l'exonération aux seuls journaux détenteurs d'un numéro délivré par la commission paritaire, la difficulté posée par le Sénat se limitant d'ailleurs à un ou deux cas d'organes de presse ayant en outre redéposé une demande auprès de cette commission.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Art. 6 bis

(art. L. 245-6-1 à L. 245-6-4 du code de la sécurité sociale)

Suppression de la taxe sur les ventes directes

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a estimé que la commission ne disposait pas d'assez d'éléments objectifs pour trancher de manière définitive sur le maintien ou la suppression de la taxe sur les ventes directes. Il a constaté en revanche que seuls les grossistes répartiteurs supportaient des contraintes fortes.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a rappelé avoir lui-même proposé la suppression de cette taxe qui avait un rendement

dégressif depuis plusieurs années. Il a en outre observé que la situation en parts de marché des dépositaires n'était pas comparable avec celle des répartiteurs et que, même si la question du service public devait être posée, les pharmaciens devaient pour leur part être incités à avoir une gestion plus dynamique de leur stock et, pour cela, devaient pouvoir faire pleinement jouer la concurrence.

M. Paul Blanc, sénateur, s'est déclaré favorable à la suppression de la taxe sur les ventes directes.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a constaté, au demeurant, que l'ensemble des grossistes répartiteurs comptaient, dans leurs filiales, des dépositaires.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a considéré que le Parlement ne pourrait faire l'économie dans les années à venir d'une réflexion d'ensemble sur l'économie générale du système.

La commission a adopté cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Art. 7 ter

(art. L. 161-1 du code de la sécurité sociale)

Conditions d'attribution de l'exonération de cotisations sociales accordées dans le cadre du dispositif d'aide à la création ou à la reprise d'entreprises par des chômeurs

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 8

Fixation des prévisions de recettes pour 2003

Par coordination avec le vote intervenu sur l'article 6 *bis*, la commission a adopté cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

Art. 11

*(article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001
et article premier de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978)*

Création d'une mission d'audit et d'expertise hospitaliers

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 13

*(article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et
art. L. 6161-9 du code de la santé publique)*

Fusion du fonds pour la modernisation des cliniques privées dans le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 15 bis

(art. L. 162-12-18, L. 162-12-19 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale)

Transformation des « contrats de bonne pratique » en « contrats de pratique professionnelle »

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 16

(art. L. 228-1 du code de la sécurité sociale)

Missions du conseil de surveillance de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a expliqué que, après avoir considéré la composition et le rôle du conseil de surveillance de la CNAMTS, le Sénat avait réécrit l'article en prévoyant que le Gouvernement devait, dès lors qu'il approuvait ou agréait un accord, une convention, un avenant ou une annexe conclu avec une profession de santé, communiquer aux commissions compétentes du Parlement un rapport sur la cohérence de ces dispositifs conventionnels avec l'ONDAM. Le contrôle du Gouvernement ne peut être effectué par le conseil de surveillance de la CNAMTS mais par le Parlement.

M. Jean Bardet, député, a rappelé que l'Assemblée nationale avait tenté d'aller jusqu'au bout de la logique de l'article, dont la rédaction initiale était très floue. Il a proposé de modifier la rédaction issue des travaux du Sénat en mentionnant que le Gouvernement transmet un rapport établi par les caisses nationales d'assurance maladie concernées et en supprimant le deuxième alinéa relatif à la transmission d'une copie du rapport au conseil de surveillance.

M. Jean-Marie Le Guen, député, après avoir rappelé que la CNAMTS était un organisme paritaire et indépendant, a noté qu'il était tout à fait différent de demander l'établissement d'un tel rapport à la Direction de la Sécurité sociale ou à ladite caisse. Il a ensuite salué le travail du Sénat concernant l'article 16, dans la mesure où la rédaction initiale de cet article attribuait au conseil de surveillance des missions qu'il ne pouvait pas remplir.

M. Nicolas About, président, a noté que les rapporteurs des commissions compétentes étaient toujours libres de procéder à des contrôles sur place et sur pièces à tout moment. Comme il est, dans ces conditions, possible de demander un tel rapport à la CNAMTS, l'amendement proposé apporte peu.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a considéré que, en dernière analyse, le ministre était toujours responsable quel que soit l'auteur du rapport.

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

Après l'article 16, **M. Jean-Michel Dubernard, vice-président**, a présenté un amendement portant article additionnel et visant à reporter au 31 décembre 2003 la date limite des épreuves de vérification des connaissances pour les personnels aides-opérateurs et aides-instrumentistes.

La parution tardive des textes organisant la vérification des connaissances des aides-opérateurs et des aides-instrumentistes peut limiter les possibilités de présentation aux épreuves pour les 4.500 personnes concernées. Un délai supplémentaire d'un an permettra de régulariser la situation d'un personnel indispensable aux établissements d'hospitalisation. La permanence des soins serait menacée si ce personnel devait cesser d'exercer, faute d'avoir passé les épreuves d'ici le 31 décembre 2002.

M. Jean-Michel Dubernard, vice-président, a souligné que l'adoption de cet amendement était certes urgente, mais qu'elle n'était sans doute pas possible juridiquement à ce stade de la procédure parlementaire. C'est pourquoi il lui a semblé souhaitable qu'il puisse être repris dans le cadre de l'examen de la proposition de loi relative à la responsabilité civile médicale.

M. Nicolas About, président, ayant accepté cette proposition, **M. Jean-Michel Dubernard, vice-président**, a retiré son amendement.

*

* *

Art. 19 ter

(article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)

Prorogation de l'agrément des réseaux de soins

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 23 bis

*(art. L. 6325-1 du code de la santé publique et
art. L. 162-5 du code de la sécurité sociale)*

Organisation de la permanence des soins

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 25

*(art. L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
et article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001)*

Prolongation du délai pour la signature des conventions tripartites par les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a expliqué que la position du Sénat avait pour objet de pousser le Gouvernement à aller vite sur ce dossier, en fixant la date limite au 31 décembre 2004.

M. Jean Bardet, député, a précisé que la date limite de signature des conventions tripartites pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes expirait à la fin de cette année. Le Gouvernement souhaitait la prolonger jusqu'au 31 décembre 2006, l'Assemblée nationale s'est opposée au choix du 31 décembre 2004 et a adopté un bon compromis en arrêtant cette date à la fin de l'année 2005.

M. Jean Bardet, député, a fait appel au réalisme : plus de 6.000 conventions doivent encore être signées. Se laisser seulement deux ans, comme l'a voté le Sénat, c'est s'obliger à en signer plus de 3.000 chaque année, alors qu'aujourd'hui seules 1.400 conventions ont déjà été signées. Fixer un terme à 2005, conduit à envisager la signature de 2.000 conventions par an, ce qui est beaucoup plus raisonnable.

La commission a adopté cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Art. 27

(art. L. 162-16 et L. 162-17-6 nouveau du code de la sécurité sociale)

Tarif forfaitaire de remboursement pour les médicaments

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 27 bis

Majoration à titre transitoire du plafond de remises des pharmaciens

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a expliqué que la solution proposée par le Gouvernement et adoptée par le Sénat, tendant à

appliquer un taux de 6%, était une mesure transitoire. La commission des affaires sociales du Sénat avait présenté lors du débat en séance publique un amendement visant à appliquer un taux incitatif de 10,74 % dès lors que le pharmacien délivrait un produit princeps ou un générique à un prix inférieur au tarif forfaitaire ; cet amendement a été retiré à la demande du Gouvernement, au profit de cet article 27 bis.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a relevé que la disposition conduisait, dans une période où la délivrance de génériques augmentait, à traiter de manière inéquitable les produits génériques. La baisse des marges sur les produits génériques pourrait être envisagée à terme, mais l'adoption de cette mesure lors de la discussion de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale ne semble pas opportune.

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 28

(article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988)

Fin du mécanisme de cessation anticipée d'activité

M. Jean Bardet, député, a présenté un amendement au texte du Sénat, visant à préciser les cas de dérogation à la date de fermeture du mécanisme.

Après que **M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat**, a émis un avis favorable, la commission a adopté l'amendement.

Puis elle a adopté l'article 28 ainsi modifié.

Art. 31

(article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

Missions et dotation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

M. Jean Bardet, député, a présenté un amendement au texte du Sénat, visant à préciser les missions du fonds et à consolider dans le texte régissant le fonds les dispositions adoptées par le Sénat.

L'extension des missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville à l'évaluation des pratiques des médecins exerçant en centres de santé correspond à la logique du fonds, qui finance déjà des actions concourant à l'amélioration de la

qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans le cadre des centres de santé depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

La commission a adopté l'amendement, puis elle a adopté l'article 31 ainsi modifié.

Art. 33

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2003

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Section 1

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Art. 35

(article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)

**Contribution de la branche accidents du travail et maladies
professionnelles du régime général au financement
du FIVA en 2002 et 2003**

M. Jean Bardet, député, a considéré que la date retenue par le Sénat pour la remise du rapport du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), en l'espèce le 1^{er} juillet, gagnerait à figurer dans la loi et non dans le décret.

La commission a adopté l'article ainsi modifié.

Art. 36

(article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)

**Contribution de la branche accidents du travail et maladies
professionnelles du régime général au financement du FCAATA**

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 36 bis

(article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

**Extension aux salariés agricoles du dispositif de cessation anticipée
d'activité des travailleurs de l'amiante**

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 37

**Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies
professionnelles à la branche maladie du régime général au titre de la
sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles**

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 38

*(art. L. 221-4, L. 221-5, L. 227-1, L. 227-2, L. 227-3, L. 228-1
et L. 231-5-1 du code de la sécurité sociale)*

**Renforcement de l'autonomie de la branche accidents du travail
et maladies professionnelles du régime général**

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Section 3

Branche vieillesse

Art. 43 bis

(article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001)

**Extension à l'Unédic de la liste des organismes fournisseurs de données
pour la constitution de l'échantillon inter-régimes de cotisants)**

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

TITRE V
MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES
À LA TRÉSORERIE

Art. 47

*(art. L. 137-7, L. 138-3, L. 138-14, L. 138-20 à L. 138-23 nouveaux, L. 245-6
et L. 245-6-2 du code de la sécurité sociale)*

**Modalités de recouvrement des impositions
directement recouvrées par l'ACOSS**

La commission a appelé pour coordination cet article voté conforme par les deux Assemblées et a adopté un amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, tenant compte du vote intervenu à l'article 6 bis.

Puis la commission a adopté l'article 47 ainsi modifié.

Art. 47 bis

(art. L. 144-2 du code de la sécurité sociale)

Dépenses de contentieux de la sécurité sociale

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 47 ter

(art. L. 251-8 et L. 251-9 nouveaux du code de la sécurité sociale)

**Création d'un fonds de réserve et de régulation conjoncturelle
au sein de chaque branche du régime général de sécurité sociale**

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, observant que l'institution d'un fonds de réserve propre à la branche famille n'était pas

aujourd'hui opportune du fait de l'existence d'un fonds de roulement de cette branche, a proposé la suppression de cet article introduit par le Sénat.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a affirmé que n'était pas mise en doute la volonté du Gouvernement et notamment du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées de respecter la séparation des branches de la sécurité sociale, mais qu'il n'était pas possible d'afficher des intentions et de prendre dans les faits leur exact contre-pied.

S'inquiétant des ponctions répétées exercées sur les excédents de la branche famille, il a souhaité qu'à l'avenir la loi de financement de la sécurité sociale ne soit plus la variable d'ajustement des lois de finances.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a affirmé partager l'essentiel des préoccupations exprimées par M. Alain Vasselle, et a déclaré prendre acte des engagements du Gouvernement dans le domaine de la clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

La commission a ensuite supprimé cet article.

Art. 47 quater

**Approbation des comptes prévisionnels pour 2003 du fonds de
financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale
(FOREC)**

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

**Puis la commission, par dix voix contre deux, a adopté l'ensemble
du texte ainsi élaboré et figurant ci-après.**

**TEXTE ÉLABORÉ PAR LA COMMISSION
MIXTE PARITAIRE**

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003

TITRE PREMIER

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

.....

TITRE PREMIER *BIS*

**CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE
FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Article premier *bis*

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Après l'article 6 *septies* de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, il est inséré un article 6 *octies* ainsi rédigé :

« Art. 6 *octies*. – I. – Afin de contribuer au suivi des lois de financement de la sécurité sociale, la délégation parlementaire dénommée

Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé a pour mission d'informer le Parlement des conséquences des choix de santé publique, afin d'éclairer ses décisions. A cet effet, elle recueille des informations, met en œuvre des programmes d'études et procède à des évaluations.

« II. – La délégation est composée :

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

« - de dix députés et dix sénateurs désignés de façon à assurer, au sein de chaque assemblée, une représentation proportionnelle des groupes politiques, en tenant compte des membres de droit, chaque groupe ayant au moins un représentant. Les députés sont désignés au début de chaque législature pour la durée de celle-ci. Les sénateurs sont désignés après chaque renouvellement partiel du Sénat.

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

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

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

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

« IV. – La délégation peut recueillir l'avis des professionnels de santé, ainsi que des organisations syndicales et professionnelles et des associations intervenant dans le domaine de la santé.

« V. – La délégation est saisie par :

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

« 2° Une commission spéciale ou permanente.

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

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

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

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

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

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

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

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

Article premier *ter*

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

Article premier *quater* A

(Texte du Sénat)

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

Article premier *quater*

(Texte du Sénat)

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

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

II. - L'article L. 5123-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

.....

Article 2 *ter*

(Texte du Sénat)

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

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Article 4

(Texte du Sénat)

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

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

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

C. – L'article 575 est ainsi modifié :

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

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

« Le montant du droit de consommation applicable à ces cigarettes ne peut être inférieur à 60 € par 1000 unités, et, à compter du 1^{er} juillet 2006, à 64 € par 1000 unités. » ;

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

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

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

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

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

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

3° Le quatrième alinéa est supprimé.

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

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

2° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

2. Le deuxième alinéa du même article est supprimé.

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

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

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

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

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

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

Article 4 *bis* A

(*Texte du Sénat*)

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

Article 4 *bis*

(*Texte élaboré par la commission mixte paritaire*)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. - Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2003.

Article 6

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

« 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre I^{er} du livre 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 ;

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

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

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

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

« 2° A un abattement d’un montant égal à 30 % du chiffre d’affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d’outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l’article L. 5121-1 du code de la santé publique et des spécialités remboursées sur la base d’un tarif arrêté en application de l’article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d’une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l’article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l’article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

« 3° A un abattement d’un montant égal à 30 % du chiffre d’affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d’outre-mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, bénéficiant d’une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l’article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l’article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« III. – Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d’une part, l’assiette définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II et, d’autre part, le chiffre d’affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d’outre-mer, au titre des médicaments bénéficiant d’une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l’article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l’article L. 5123-2 du code de la santé publique.

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

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.)
R < 10 %	13
10 % R < 12 %	19
12 % R < 14 %	27
R 14%	32

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

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

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

« *c)* A concurrence de 30 % sur les charges mentionnées au I de l'article L. 245-2, après déduction, le cas échéant, des abattements prévus au II du même article, exposées par l'ensemble des entreprises redevables. »

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

Article 6 *bis*

(Texte de l'Assemblée nationale)

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

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

.....

Article 7 *ter*

(Texte du Sénat)

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

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

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

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

Article 8

(Texte de l'Assemblée nationale)

Pour 2003, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

(En milliards d'euros.)

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

Total des recettes	327,51

.....

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

Article 11

(Texte du Sénat)

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

II. - La fin du dernier alinéa de l'article 1^{er} de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, après les mots : « Médiateur de la République », est ainsi rédigée : « , les documents préalables à l'élaboration du rapport d'accréditation des établissements de santé prévu à l'article L. 6113-6 du code de la santé publique et les rapports d'audit des établissements de santé

mentionnés à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001(n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) ».

.....

Article 13

(Texte du Sénat)

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

II. - Le solde disponible au 31 décembre 2002 du Fonds pour la modernisation des cliniques privées est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé. Le montant du solde est constaté par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

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

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

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

IV. - A l'article L. 6161-9 du code de la santé publique, les mots : « fonds pour la modernisation des cliniques privées » sont remplacés par les mots : « Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés ».

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

VI. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est complété par un VIII ainsi rédigé :

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

.....

Article 15 bis

(Texte du Sénat)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

3° L'intitulé de la section 2.2 du chapitre II de titre VI du livre I^{er} est ainsi rédigé : « Accords de bon usage des soins et contrats de pratique professionnelle ».

Article 16

(Texte du Sénat)

Lorsqu'il agréé ou approuve les accords, conventions, annexes et avenants mentionnés aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, le ministre chargé de la sécurité sociale adresse aux commissions compétentes du Parlement un rapport sur la cohérence de ces

accords, conventions, annexes et avenants avec l'objectif prévu au 4° du I de l'article L.O. 111-3 dudit code.

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

.....

Article 19 *ter*

(Texte du Sénat)

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

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

.....

Article 23 *bis*

(Texte du Sénat)

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

« CHAPITRE V

« *Permanence des soins*

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

II. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 16° ainsi rédigé :

« 16° Les modes de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant autres que le paiement à l'acte, de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins en application des dispositions prévues à l'article L. 6325-1 du code de la santé publique. »

Article 25

(Texte de l'Assemblée nationale)

I. – Au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, la date : « 31 décembre 2003 » est remplacée par les mots : « 31 décembre 2005, ou avant le 31 décembre 2006 pour les établissements mentionnés à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation ».

II. – Au premier alinéa de l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, les mots : « au plus tard jusqu'au 31 décembre 2003 » sont remplacés par les mots : « au plus tard jusqu'à la date mentionnée au I de l'article L. 313-12 du même code ».

Article 27

(Texte du Sénat)

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

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

entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe ».

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

« Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale après avis du Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code.

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

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

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

« En cas d'inobservation des dispositions des cinquième et sixième alinéas 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 cinquième et sixième alinéas du présent article, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget. »

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

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

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

Article 27 bis

(Texte du Sénat)

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

Article 28

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

2° Le cinquième alinéa du I est supprimé ;

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

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

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

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

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

« Le solde, constaté au 31 décembre de chaque année, des cotisations encaissées et des prestations servies au cours de l'exercice est affecté au financement des prestations complémentaires de vieillesse servies aux médecins en application de l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale. » ;

5° Le III est ainsi rédigé :

« III. - Le montant de l'allocation, le montant de la cotisation ainsi que la répartition de celle-ci entre les médecins et les régimes d'assurance maladie et les cas d'exonération sont fixés par décret. Le décret fixe également les cas et les conditions dans lesquels, à titre exceptionnel, la date mentionnée

au premier alinéa du I peut être fixée après le 1^{er} octobre 2003 pour les personnes ayant organisé avant le 1^{er} octobre 2002 leur cessation d'activité.»

.....

Article 31

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

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

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

.....

Article 33

(Texte du Sénat)

Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 136,35 milliards d'euros.

.....

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Section 1

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Article 35

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Au 2° de l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n° 2001-1246 du 21 décembre 2001), la somme : « 76,22 millions d'euros » est remplacée par la somme : « 180 millions d'euros ».

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 190 millions d'euros au titre de l'année 2003.

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

Article 36

(Texte du Sénat)

I. - Au II de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 précitée, la somme : « 200 millions d'euros » est remplacée par la somme : « 300 millions d'euros ».

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, mentionnée au III de l'article 41 de la loi de financement de la

sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), est fixé à 450 millions d'euros pour l'année 2003.

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

Article 36 bis

(Texte du Sénat)

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi modifié :

1° Le huitième alinéa du I est ainsi rédigé :

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

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

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

3° Le III est ainsi modifié :

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

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

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

Article 37

(Texte du Sénat)

I. - Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2003, à 330 millions d'euros.

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

Article 38

(Texte du Sénat)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. - Au second alinéa de l'article L. 221-4, après les mots : « le fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie », sont insérés les mots : « et les modalités de désignation et d'exercice du mandat de ses membres ».

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

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

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

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

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

IV. - Au deuxième alinéa du I de l'article L. 227-1, les mots : « visées aux 1°, 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° ».

V. - L'article L. 227-2 est complété par les mots : «et, en ce qui concerne la convention d'objectifs et de gestion relative à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ».

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

« Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration ou, selon le cas, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur et, pour le compte de l'organisme régional ou local, par le président du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné. »

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

1° Dans la première phrase du premier alinéa, après les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés », sont insérés les mots : « , d'une part pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès, d'autre part pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles » ;

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

3° Au troisième alinéa, après les mots : « Le président de chaque caisse nationale et de l'agence centrale », sont insérés les mots : « et le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles ».

Section 2

Branche famille

Section 3

Branche vieillesse

Article 43 *bis*

(*Texte du Sénat*)

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

.....

TITRE IV *BIS*

OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2002

.....

TITRE V

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

Article 47

(*Pour coordination*)

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

« *Art. L. 138-20.* - Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10 et L. 245-1 sont recouvrées et contrôlées dans les conditions prévues à la présente section par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale peut requérir l'assistance des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer, notamment par la mise à disposition d'agents de ces organismes, en particulier

d'inspecteurs du recouvrement, pour assurer les actions de contrôle. Les agents habilités peuvent recueillir auprès des assujettis aux contributions tous renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.

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

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

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

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

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

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

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

Article 47 bis

(Texte du Sénat)

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

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« A l'exclusion des rémunérations des présidents des juridictions et de celles de leurs secrétaires ainsi que de celles du secrétaire général et des secrétaires généraux adjoints de la Cour nationale de l'incapacité et de la

tarification de l'assurance des accidents du travail, les dépenses de toute nature résultant de l'application des chapitres II et III du présent titre sont : » ;

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

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

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

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

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

Article 47 ter

..... *Supprimé par la commission mixte paritaire*

Article 47 quater

(Texte du Sénat)

Les prévisions, en recettes comme en dépenses, du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale sont arrêtées à la somme de 16.560 millions d'euros pour 2003, conformément à l'annexe f de la présente loi.

.....

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat
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}
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}
..... Conf	orme
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 parlementaires, il est inséré un article 6octies ainsi rédigé :	Supprimé
« Art. 6 octies. -I.- La délégation parlementaire dénommée Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé a pour mission d'informer le Parlement des conséquences des choix de politique de santé, effectués notamment dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, afin d'éclairer ses décisions. A cet effet, elle veille à l'application des politiques de santé, recueille des informations, met en œuvre des programmes d'études et procède au contrôle, au suivi et à l'évaluation de ces politiques.	

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

« IV. – La délégation peut recueillir l'avis des professionnels de santé, ainsi que des organisations syndicales et professionnelles et des associations intervenant dans le domaine de la santé.

« V. – La délégation est saisie par :

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

« 2° Une commission spéciale ou permanente.

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

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

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

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

Article 1^{er} *ter* (nouveau)

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

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

Article 1^{er} *quater* (nouveau)

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.

Texte adopté par le Sénat

Article 1^{er} *ter*

Supprimé

Article 1^{er} *quater* A (nouveau)

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

Article 1^{er} *quater*

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

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

II. - L'article L. 5123-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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

Articles 1^{er} *quinquies*, 2 et 2 *bis*

2 et 2 *bis*

..... Conf

ormes

Article 2 *ter* (nouveau)

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

TITRE II

TITRE II

**DISPOSITIONS
RELATIVES AUX RESSOURCES**

**DISPOSITIONS
RELATIVES AUX RESSOURCES**

Article 3

3

..... Conf

orme

Article 4

Article 4

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

I. - Alinéa sans modification

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

A. - Non modifié

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

B. - Non modifié

C. - L'article 575 est ainsi modifié :

C. - Non modifié

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

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

« Le montant du droit de consommation applicable à ces cigarettes ne peut être inférieur à 60 € par 1000 unités, et, à compter du 1^{er} juillet 2006, à 64 € par 1000 unités. » ;

3° Au sixième alinéa, après les mots : « du droit de

Texte adopté par l'Assemblée nationale

consommation », sont insérés les mots : « applicable aux cigarettes mentionnées au précédent alinéa ».

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

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 108 € pour les cigarettes. » ;

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

2°*bis* (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 » ;

3° Le quatrième alinéa est supprimé.

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

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

2° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

2. Le deuxième alinéa du même article est supprimé.

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

Texte adopté par le Sénat

D. - Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

« Le ...
... est fixé à 106 € pour les cigarettes. » ;

2° Non modifié

2°*bis* Non modifié

3° Non modifié

E. - Non modifié

II. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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

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

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

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

III (*nouveau*). – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 6 janvier 2003.

III. - Non modifié

Article 4 bis (nouveau)

I. – Après le troisième alinéa du I de l'article 520 A du code général des impôts, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 100 € par degré alcoolométrique pour les bières conditionnées en boîtes dont le titre alcoolométrique excède 8 % vol. ; ».

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

Article 4 bis A (nouveau)

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

Article 4 bis

Supprimé

Article 5

..... Conf orme

Article 6

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

Article 6

I. – Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

« 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre I^{er} du livre 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 ;

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

« 3° Des achats d'espaces publicitaires, à l'exception des journaux médicaux détenteurs d'un numéro de commission paritaire, dès lors qu'une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique y est mentionnée.

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

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

« 2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et des spécialités remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

« 3° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application

Texte adopté par le Sénat

« Art. L. 245-2. - I. - Alinéa sans modification

« 1° Alinéa sans modification

« 2° Alinéa sans modification

« 3° Des *frais de publication* et des achats d'espaces publicitaires, à l'exception de la *presse médicale*, dès lors ...

... mentionnée.

« II. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« III. - Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

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

«

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)
R < 10 %	13
10 % R < 12 %	19
12 % R < 14 %	27
R 14 %	32

»

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

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

II bis (nouveau). - Le c de l'article L. 138-11 du

Texte adopté par le Sénat

« III. - Non modifié

Tableau non modifié

II. - Non modifié

II bis. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

même code est ainsi rédigé :

« c) A concurrence de 30 % sur les charges mentionnées au I de l'article L. 245-2, après déduction, le cas échéant, des abattements prévus au II du même article, exposées par l'ensemble des entreprises redevables. »

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

III. – Non modifié

Article 6 bis (nouveau)

Article 6 bis

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

Supprimé

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

Articles 7 et 7 bis

..... Conf

ormes

Article 7 ter (nouveau)

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

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

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

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

Article 8

Article 8

Pour 2003, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

Alinéa sans modification

(En milliards d'euros.)

(En milliards d'euros.)

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat
Cotisations effectives 181,87 Cotisations fictives 32,48 Cotisations prises en charge par l'Etat 2,33 <i>(ligne nouvelle)</i> Contributions publiques 11,40 Impôts et taxes affectés 94,11 Transferts reçus 0,21 Revenus des capitaux 1,04 Autres ressources 4,07 ----- Total des recettes 327,51	Cotisations effectives 181,87 Cotisations fictives 32,48 Cotisations prises en charge par l'Etat 2,33 Contributions publiques 11,40 Impôts et taxes affectés 94,13 Transferts reçus 0,21 Revenus des capitaux 1,04 Autres ressources 4,07 ----- Total des recettes 327,53
Article 9	9
..... Conf	orme
TITRE III	TITRE III
DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE	DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE
Article 10	10
..... Conf	orme
Article 11	Article 11
I. - Le III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est complété par un membre de phrase et par deux phrases ainsi rédigés : « 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 ».	I. - Le III des audits. <i>Ces références et recommandations de gestion hospitalière sont communiquées aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-1 du code de la santé publique en vue de leur prise en compte dans l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1 du même code. Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé prend en outre en charge les frais de fonctionnement d'une mission chargée de conduire les expérimentations visées à l'article L. 6122-19 du code de la santé publique et d'une mission nationale d'appui à l'investissement, placées auprès du ministre chargé de la santé, ainsi que les frais de</i>

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

II. - La fin du dernier alinéa de l'article 1^{er} de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, après les mots : « Médiateur de la République », est ainsi rédigée : « , les documents préalables à l'élaboration du rapport d'accréditation des établissements de santé prévu à l'article L. 6113-6 du code de la santé publique et les rapports d'audit des établissements de santé mentionnés à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001(n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) ».

fonctionnement de missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès du ou des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation concernés ».

II. - Non modifié

Articles 11 bis et 12

11 bis et 12

..... Conf

ormes

Article 13

Article 13

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

I. - Non modifié

II. - Le solde disponible au 31 décembre 2002 du Fonds pour la modernisation des cliniques privées est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé. Le montant du solde est constaté par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

II. - Non modifié

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

IV. - A l'article L. 6161-9 du code de la santé publique, les mots : « fonds pour la modernisation des cliniques privées » sont remplacés par les mots : « Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés ».

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

Articles 14, 14 bis et 15

Conf

Texte adopté par le Sénat

III. – Non modifié

IV. – Non modifié

V. – Non modifié

VI (nouveau). – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n°2000-1257 du 23 décembre) est complété par un VIII ainsi rédigé :

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

Articles 14, 14 bis et 15

Conf

Article 15 bis (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

3° L'intitulé de la section 2.2 du chapitre II de titre VI du livre I^{er} est ainsi rédigé : « Accords de bon usage des soins et contrats de pratique professionnelle ».

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 16

Article 16

Après le quatrième alinéa de l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Alinéa supprimé

« 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° du I de l'article L.O. 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 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. »

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 du code de la sécurité sociale, le ministre chargé de la sécurité sociale adresse aux commissions compétentes du Parlement un rapport sur la cohérence de ces accords, conventions, annexes et avenants avec l'objectif prévu au 4° du I de l'article L.O. 111-3 dudit code.

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

Article 17

..... Suppression

conforme

Articles 18, 19 et 19 bis

.....
Conf

19 et 19 bis
.....
ormes

Article 19 ter (nouveau)

Article 19 ter

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

I. - Dans ...

... mots : « jusqu'au 31 décembre 2004 ».

II (nouveau). - 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

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat
Articles	<i>relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et les organismes d'assurance maladie peuvent être, par avenant, prolongées jusqu'au 31 décembre 2004.</i>
Conf	ormes
	Article 23 bis (nouveau)
	<i>I. – Le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :</i>
	« CHAPITRE V
	« Permanence des soins
	<i>« Art. L. 6325-1. – Sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, et à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale participent, dans un but d'intérêt général, à la permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat. »</i>
	<i>II. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 16° ainsi rédigé :</i>
	<i>« 16° Les modes de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant autres que le paiement à l'acte, de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins en application des dispositions prévues à l'article L. 6325-1 du code de la santé publique. »</i>
Article	24
Conf	orme
Article 25	Article 25
<i>I. – Au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, la date : « 31 décembre 2003 » est remplacée par les mots : « 31 décembre 2005, ou avant le 31 décembre 2006 pour les établissements mentionnés à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation ».</i>	<i>I. – Au I « 31 décembre 2004, ou l'habitation ».</i>
<i>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</i>	<i>II. – Non modifié</i>

Texte adopté par l'Assemblée nationale

la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, les mots : « au plus tard jusqu'au 31 décembre 2003 » sont remplacés par les mots : « au plus tard jusqu'à la date mentionnée au I de l'article L. 313-12 du même code ».

Article 26

.....
Suppression

Article 27

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

« Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale après avis du Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code.

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

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

I bis (nouveau). – Dans la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-16 du même code, le mot : « deuxième » est remplacé, par deux fois, par le mot : « cinquième » et le mot : « troisième », par deux fois, par le

Texte adopté par le Sénat

conforme

Article 27

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

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

I. – Non modifié

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

« En cas d'observation des dispositions des

Texte adopté par l'Assemblée nationale

mot : « sixième ».

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

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

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

Article 28

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

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

2° Le cinquième alinéa du I est supprimé ;

3° Aux troisième et huitième alinéas du I, les mots :

Texte adopté par le Sénat

cinquième et sixième 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 cinquième et sixième alinéas du présent article, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget. »

II. - Non modifié

Article 27 bis (nouveau)

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

Article 28

Alinéa sans modification

1° Au ...

... par les mots : « 1^{er} octobre 2003, sauf exceptions définies par décret » ;

2° Alinéa sans modification

3° Au troisième alinéa du I, les mots : ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

« par la convention ou le décret mentionnés » sont remplacés par les mots : « par le décret mentionné » ;

... mentionné » ;

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

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

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

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

4° Non modifié

« Le solde, constaté au 31 décembre de chaque année, des cotisations encaissées et des prestations servies au cours de l'exercice est affecté au financement des prestations complémentaires de vieillesse servies aux médecins en application de l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale. » ;

5° Le III est ainsi rédigé :

5° Non modifié

« III. - Le montant de l'allocation, le montant de la cotisation ainsi que la répartition de celle-ci entre les médecins et les régimes d'assurance maladie et les cas d'exonération sont fixés par décret. »

Articles 29 et 30

Conf

ormes

Article 31

Article 31

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

I. - Non modifié

« Le fonds participe au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique. »

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.

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat
Article 32	<i>III (nouveau). – Les dispositions du présent article s'appliquent également aux actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins exerçant au sein des structures visées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, et organisées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie.</i>
Conf	Conf
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 136,33 milliards d'euros.	Pour 2003, à 136,35 milliards d'euros.
Article 34	Article 34
Conf	Conf
TITRE IV	TITRE IV
DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE	DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE
Section 1	Section 1
Branche accidents du travail et maladies professionnelles	Branche accidents du travail et maladies professionnelles
Article 35	Article 35
I. - Au 2° de l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n° 2001-1246 du 21 décembre 2001), la somme : « 76,22 millions d'euros » est remplacée par la somme : « 180 millions d'euros ».	I. – Non modifié
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	

Texte adopté par l'Assemblée nationale

de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 190 millions d'euros au titre de l'année 2003.

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

Article 36

I. - Au II de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 précitée, la somme : « 200 millions d'euros » est remplacée par la somme : « 300 millions d'euros ».

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, mentionnée au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), est fixé à 450 millions d'euros pour l'année 2003.

II (*nouveau*). - 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, ».

Texte adopté par le Sénat

II. - *Supprimé*

Article 36

I. - Non modifié

II. - Dans ...

... mots «, avant le 15 juillet, ».

Article 36 bis (*nouveau*)

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi modifié :

1° Le huitième alinéa du I est ainsi rédigé :

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

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

« Pour les personnes reconnues atteintes, au titre du régime d'assurance contre les accidents du travail et les

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

maladies professionnelles des salariés agricoles, d'une maladie professionnelle, l'allocation est attribuée et servie par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;

3° Le III est ainsi modifié :

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

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

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

Article 37

Article 37

I. - Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2003, à 330 millions d'euros.

I. – Non modifié

II (*nouveau*). - Le dernier alinéa de l'article L. 176-2 du même code est complété par les mots : « avant le 15 octobre de l'année considérée ».

II. – Le ...

... : « avant le 1^{er} juillet de l'année considérée ».

Article 38

Article 38

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Alinéa sans modification

I. - Au second alinéa de l'article L. 221-4, après les mots : « le fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie », sont insérés les mots : « et les modalités de désignation et d'exercice du mandat de ses membres ».

I. - Non modifié

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

II. - Non modifié

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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

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

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

IV. - Au deuxième alinéa du I de l'article L. 227-1, les mots : « visées aux 1°, 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° ».

V. - L'article L. 227-2 est complété par les mots : « et, en ce qui concerne la convention d'objectifs et de gestion relative à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ».

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

« Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration ou, selon le cas, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur et, pour le compte de l'organisme régional ou local, par le président du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné. »

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

1° Dans la première phrase du premier alinéa, après les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés », sont insérés les mots : « , d'une part pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès, d'autre part pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles » ;

2° Dans la deuxième phrase du premier alinéa, après les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés », sont insérés les mots : « pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès » ;

3° Au troisième alinéa, après les mots : « Le président

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

V. - Non modifié

VI. - Non modifié

VII. - Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

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

3° Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat
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 ».	
Article 39	
..... Conf	orme
Section 2	Section 2
(1) BRANCHE FAMILLE	Branche famille
Articles 40 à 42	
..... Conf	ormes
Section 3	Section 3
Branche vieillesse	Branche vieillesse
Article 43	
..... Conf	orme
	<i>Article 43 bis (nouveau)</i>
	<i>Dans le premier alinéa du II de l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), après les mots : « Les organismes cités à l'article L. 161-17-1 du code de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « et l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage ».</i>
Article 44	
..... Conf	orme
Article 45	
.....Suppression	conforme
TITRE IV BIS	TITRE IV BIS

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2002

OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2002

[Division et intitulé nouveaux]

Article 46

..... Conf

orme

TITRE V

TITRE V

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

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

Article 47

..... Conf

orme

Article 47 bis (nouveau)

Article 47 bis

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

Alinéa sans modification

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

1° Non modifié

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

2° A linéa sans modification

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

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

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

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

3° Dans ...

... « aux 1°, 2° et 3° » ;

4° Dans le dernier alinéa, les mots : « le fonds national

4° Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

Texte adopté par le Sénat

Article 47 ter (nouveau)

I. - A la section 3 du chapitre I^{er} du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, l'article L. 251-8 est ainsi rétabli :

« 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.

« 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. »

II. - A. - L'intitulé de la section 4 du chapitre I^{er} du titre V du livre II du même code est ainsi rédigé :

« Accidents du travail et maladies professionnelles ».

B. - Au chapitre I^{er} du titre V du livre II du même code, il est ajouté une section 5 intitulée : « Dispositions communes ».

III. - A la section 4 du chapitre I^{er} du titre V du livre II du même code, il est inséré un article L. 251-9 ainsi rédigé :

« 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.

« 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. »

Article 47 quater (nouveau)

Les prévisions, en recettes comme en dépenses, du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale sont arrêtées à la somme de 16.560 millions d'euros pour 2003, conformément à l'annexe f de la présente loi.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Texte adopté par le Sénat

—

Article 48

Conf orme

.....