

ANNL

Article 9

Pour 2001, les prévisions révisées de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

(En encaissements-décaissements et en milliards de francs.)

Cotisations effectives	1 114,40	H 1 086,10
Cotisations fictives	202,60	
Contributions publiques	74,10	H 68,60
Impôts et taxes affectés	568,20	H 569,70
Transferts reçus	3,00	
Revenus des capitaux	3,90	
Autres ressources	39,10	H 46,50
Total des recettes	2 005,30	H 1 980,40

TITRE III

H IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE

Section 1

Branche maladie

Article 10 A

H 18

ANNL

I.-Dans le chapitre II du titre VI du livre Ter du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-11 ainsi rédigé :

« Art. — L. 162-1-11. —

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont définis par un accord-cadre conclu par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et le Centre national des professions de santé regroupant des organisations syndicales représentatives des professions concernées.

L'accord-cadre ne s'applique à une profession donnée que lorsqu'au moins une organisation syndicale représentative de cette profession a marqué son adhésion par la signature de l'accord.

« Cet accord-cadre, conclu pour une durée au plus égale à cinq ans, fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions, entrant dans le champ des conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et à l'article L. 322-5-2. Il peut notamment déterminer les obligations respectives des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, les conditions d'une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique. »

II. - L'article L. 162-15 du *même code* est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, après les mots : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, les conventions prévues », sont insérés les mots : « à l'article L. 162 -1-11 et » ;

2° Dans le dernier alinéa, les mots : « la convention nationale est applicable » sont remplacés par les mots : « L'accord-cadre et la convention nationale sont applicables ».

III. - Dans la section 34 du chapitre II du titre VII du livre Ier du *même code*, sont rétablis, avant la sous-section 1, deux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 162-14-1. - La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

« 1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention, pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

« 2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; ces engagements prennent la forme d'accords de bon usage des soins prévus par l'article L. 162-12-17, qui constituent dans ce cas une annexe à la convention nationale, de contrats de bonne pratique prévus par l'article L. 162-12-18 ou de tout autre dispositif que les conventions mettent en œuvre conformément aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en œuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

« 3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée.

ANML

« Art. L. 162-14-2. - Les tarifs mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 sont fixés dans le cadre d'avenants à chaque convention. Ces avenants comportent

en annexe l'ensemble des modifications de la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie que les signataires envisagent de proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'agriculture et dont il a été tenu compte pour fixer les tarifs. La totalité des avenants conclus en application du présent alinéa fait l'objet d'un envoi unique, au plus tard le 15 juin, à chacun des ministres précités.

« Sauf en cas d'urgence ou d'impérieuse nécessité de santé publique, les ministres précités tiennent compte des propositions faites par les partenaires conventionnels dans les conditions prévues à l'alinéa précédent lorsqu'ils mettent en œuvre des modifications de la nomenclature. »

IV. - L'article L. 162-12-17 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « à l'article L. 162-5 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 » et les mots : « , en tant qu'ils concernent les médecins, » sont insérés après les mots : « sont transmis » ;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « des médecins généralistes ou des médecins spécialistes » sont remplacés par les mots : « des professionnels concernés » ;

3° Dans le troisième alinéa, les mots : « les médecins conventionnés peuvent percevoir » sont remplacés par les mots : « les professionnels conventionnés peuvent percevoir, notamment sous forme de forfaits, ».

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

1° Dans le premier alinéa, les mots : « et L. 162-14 » sont remplacés par les mots : « L. 162-14 et L. 322-5-2 » et les mots : « en contrepartie du respect des engagements de ce contrat, à un complément forfaitaire de rémunération ou » sont insérés après les mots : « qui ouvre droit » ;

2° Dans le dernier alinéa, les mots : « et L. 162-14 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-14 et L. 322-5-2 » .

VI. - Il est inséré, dans le même code, un article L. 162-12-19 ainsi rédigé :

« Art. - L. 162-12-19. - En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées à l'article L. 162-14-1, ou en l'absence d'accords de bon usage des soins ou de contrats de bonne pratique, et après consultation des syndicats représentatifs des professions concernées, les accords ou contrats mentionnés aux articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 peuvent être fixés par arrêté interministériel.

pris sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale ou, à défaut, à l'initiative des ministres compétents. »

ANNL

VII-Il est inséré, dans le même code, un article L. 162-12-20 ainsi rédigé :

« Art. — L. 162-12-20. — La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 peuvent déterminer les conditions dans lesquelles les professionnels de santé conventionnés peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique qui ouvrent droit à une rémunération forfaitaire.

« Ces contrats, définis par la convention, fixent les engagements des professionnels concernés et précisent les modalités d'actualisation de la rémunération forfaitaire qui leur est associée.

« Ils comportent nécessairement, en complément des mesures prévues en la matière par l'accord-cadre et par la ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, des engagements des professionnels relatifs à leur participation :

« 1° Soit à des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins ;

« 2° Soit à des actions de prévention. »

VIII-L'article L. 162-15-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

« En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée, et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession ; »

2° Le dernier alinéa du I est supprimé ;

3° Le premier alinéa du II est ainsi rédigé :

« En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie et au moins une autre caisse nationale assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins deux fois dans l'année ; une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année. »

4° Le deuxième alinéa du II est supprimé ;

5° Dans le troisième alinéa du II, les mots : « les parties à chacune des conventions déterminent par une annexe modificative, » sont remplacés par les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée, et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession, » ;

6° Le quatrième alinéa du II est supprimé;

7° Dans le cinquième alinéa, le *nombre* : « quatre » est remplacé par le *nombre* : « deux ».

Annul

IX.-L'article L. 162-15-3 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa du I, les mots : « des annexes mentionnées à l'article L. 162-15-2 et » et les mots ; « en application du dernier alinéa du I de cet article » sont supprimés ;

2° Le premier alinéa du II est ainsi modifié :

a) Les mots : « respectivement les 15 juillet et 15 novembre » sont remplacés par les mots : « le 15 juillet » ;

b) Les mots : « des annexes modificatives mentionnées à l'article L. 162-15-2 et » et les mots : « en application de l'avant-dernier alinéa du II de cet article » sont supprimés;

3° Les deux dernières phrases du deuxième alinéa du II sont supprimées;

4° Dans le premier alinéa du III, les mots : « Les annexes et, le cas échéant, » sont supprimés;

5° Dans les deuxième et troisième alinéas du III, le mot : « annexes » est remplacé par le mot : « mesures »;

6° Le IV est *abrogé* ;

7° Le V est ainsi rédigé :

LA. - En l'absence de convention, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés, en vigueur au 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur des mesures fixées par les caisses nationales dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-2.»

X.-L'article L. 162-5-9 du *même code* — est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du premier alinéa du I est supprimée ;

2° Il est *complété* par un III et un IV ainsi rédigés :

« III.- Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-11, après consultation, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et de l'organisation en charge des questions de déontologie de cette profession.

« IV. - Le règlement prévu au présent article peut comporter toute disposition entrant dans le champ des conventions nationales en application des dispositions du présent code.»

du même code

ANML

XI.-Dans le premier alinéa de l'article L. 645-2-1~~1~~ les mots : « En ce qui concerne les médecins, » sont supprimés.

XII.-Les articles L. 322-5-1 à L. 322-5-5 du *même code* — sont ainsi modifiés:

1° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 322-5-1, les mots : « à l'article L. 322-5-3 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-14-2 ou L. 162-15-2 » ;

2° Dans le 5° de l'article L. 322-5-2, les mots : « ainsi que les mécanismes par lesquels est assuré le respect de l'objectif prévu au 1° de l'article L. 322-5-3 » sont supprimés ;

3° Les articles L. 322-5-3 et L. 322-5-5 sont abrogés ;

4° Dans le premier alinéa de l'article L. 322-5-4, les mots : « aux articles L. 162-15, L. 162-15-1, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-15 ».

XIII.-Le 4° de l'article L. 162-14 du *même code* — est abrogé.

XIV . — L'article L. 162-12-18 du *même code* — est ainsi modifié :

1° le quatrième alinéa est complété par les mots :

« ; cette évaluation prend en compte l'application par le professionnel des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15 » ;

2° Le cinquième alinéa est supprimé ;

3° Dans le sixième alinéa, les mots : « le cas échéant » sont remplacés par les mots : « s'agissant d'un professionnel habilité à prescrire » ;

4° Les septième et huitième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« - s'agissant des professions habilitées à prescrire, au niveau, à l'évolution et aux pratiques de prescription, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 162-2-1, et en particulier à la prescription en dénomination commune ou à la prescription de médicaments génériques ; »

5° Les dixième et onzième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

«le niveau de l'activité des professionnels».

ANUL

XV. — Les conventions en vigueur à la date de publication de la présente loi, y compris les conventions dont la date d'échéance se situe en 2002 et qui font l'objet d'un renouvellement tacite sur le fondement des dispositions du code de la sécurité sociale antérieures à la présente loi, sont réputées conformes aux dispositions de la présente loi jusqu'au 31 décembre 2002. Les avenants aux conventions en vigueur conclus entre la date de publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et la date de publication de la présente loi sont réputés conformes aux dispositions du code de la sécurité sociale.

A défaut de conclusion ou d'approbation d'un avenant les mettant en conformité avec les dispositions du présent article avant cette date, ces conventions et ces avenants sont réputés dénoncés à effet du 31 décembre 2002.

Article 101

H 19

ANA

I. — L'article L. 5125-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

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

« Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

« Si la prescription libellée en dénomination commune peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1, le pharmacien délivre une spécialité appartenant à ce groupe dans le respect des dispositions de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale. » ;

2° Au deuxième alinéa, le mot : « Toutefois » est remplacé par les mots : « Par dérogation aux dispositions du premier alinéa » ;

3° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il en est de même lorsque le pharmacien délivre une spécialité au vu d'une prescription libellée en dénomination commune. »

S1

II. - L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

« Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1 du présent code ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « en application du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique » ;

3° Au troisième alinéa, les mots : « de cette condition » sont remplacés par les mots : « des dispositions des deuxième et troisième alinéas du présent article » et les mots : « mentionnée à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « mentionnée au troisième alinéa du présent article ou à l'écart de prix mentionné au deuxième alinéa du présent article ».

HS
ANN

III ~~(nouveau)~~ - Dans l'article L. 5521-2 du code de la santé publique, après la référence : « L. 5125-23 », les mots : « premier alinéa » sont remplacés par les mots : « premier et deuxième alinéas ».

ANNL

Article 14

A 20

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

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

minuscule

PART DE L'ASSIETTE correspondant aux rapports « R » - entre les charges de prospection et d'information et le chiffre d'affaires hors taxes- suivants	TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)
R < à 10 %	9,5
R égal ou > à 10 % et < à 12 %	17
R égal ou > à 12 % et < à 14 %	25
R égal ou > à 14 %	31

Tom

Tom

II.- Dans la deuxième phrase du premier alinéa du même article, —
le taux : « 30 % » est remplacé par le taux : « 40 % ».

III.- Le premier alinéa du même article — est complété par
une phrase ainsi rédigée :

« Il est également procédé sur cette assiette à un abattement de 3 % du montant
des rémunérations versées au titre de l'emploi des salariés mentionnés à l'article L.
5122-11 du code de la santé publique. »

IV.- Les dispositions du présent article entreront en vigueur pour la
détermination de la contribution due le 1er décembre 2002.

ANWL

Article ~~1~~ bis

H 21

Dans le deuxième alinéa de l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, le
Eaux: « 2,5 % » est remplacé par les mots : « 2,5 % pour les spécialités pharmaceutiques qui ne
peuvent être délivrées que sur prescription et de 1,5 % pour les autres spécialités
pharmaceutiques ».

AN1

Article ~~1~~ ter (nouveau)

H 22

L'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est com-
plété par un III ainsi rédigé :

« III. - Le rapport d'activité établi par le Comité écono-
mique des produits de santé est remis chaque année au Parle-
ment. »

ANNA

Article ~~11~~

H 23

Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2002 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 3 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.

AN1

Article ~~12 bis~~ (nouveau)

H 24

Après l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux articles L. 165-3-1 et L. 165-3-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 165-3-1. – Lorsqu'un organisme d'assurance maladie constate à l'encontre d'un fournisseur de l'un des produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 le non-respect du prix fixé dans les conditions mentionnées à l'article L. 165-3, le directeur de cet organisme adresse au fournisseur une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré. Le fournisseur a la possibilité de faire parvenir ses observations à l'organisme, notamment lorsque l'arrêté mentionné à l'article L. 165-3 a prévu des possibilités de dépassement. L'assuré peut également faire part de ses propres observations à l'organisme d'assurance maladie.

« En cas de confirmation de la matérialité des faits, l'organisme d'assurance maladie adresse au fournisseur une mise en demeure de rembourser à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré.

« En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme peut prononcer à l'encontre du fournisseur, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. L'organisme verse à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté.

« Lorsque la gravité ou la répétition des faits est constatée, une suspension du conventionnement, pour une durée maximale de deux ans, peut également être prononcée. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est exécutoire à compter de sa notification au fournisseur. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est motivée et peut faire l'objet d'un recours de pleine juridiction devant le tribunal administratif.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédures, ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

ANA

« Art. L. 165-3-2. – Pour le recouvrement des sommes exigées des fournisseurs au titre des dispositions de l'article L. 165-3-1, l'organisme d'assurance maladie peut faire usage des prérogatives et des règles applicables par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. L'organisme d'assurance maladie, lorsqu'il est débiteur vis-à-vis du fournisseur, peut également déduire la somme des montants dus. »

H25

Article ~~13-1~~

S1

I – L'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

1° Les mots : « 150 millions de francs » sont remplacés par les mots : « 750 millions de francs » ;

2° Il est complété par un II ainsi rédigé :

« II. – Le VIII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999) est ainsi modifié :

« A. – Le premier alinéa du A est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1er janvier 2000, un fonds destiné à financer, dans le respect du schéma régional d'organisation sanitaire :

« – des opérations concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers au niveau régional,

« – à compter du 1^{er} janvier 2001, des actions en matière sociale et salariale,

« réalisées par les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique. »

« B. – Après le premier alinéa du A, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les subventions au titre des actions réalisées en matière sociale et salariale sont attribuées selon des modalités définies par décret en fonction des données utilisées pour fixer les règles générales et les critères de modulation des tarifs. Ces règles et critères sont tels que définis à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale : la place de l'établissement dans le schéma régional d'organisation sanitaire, l'ensemble des ressources dont ils disposent pour ces actions, en particulier le niveau des tarifs des prestations des établissements de la région apprécié en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. »

« C. – Le second alinéa du E est ainsi rédigé :

« Les modalités d'application du présent VIII, notamment les opérations et les actions éligibles à un financement par le fonds, ainsi que les informations mises à la disposition de l'agence régionale de l'hospitalisation par l'établissement à l'appui de sa demande, sont déterminées par décret. » ;

3° Le début de l'article est précédé de la mention : « I. ».

II. – Le montant du fonds mentionné au VIII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999) est fixé à 91,5 millions d'euros pour l'année 2002.

Article 14

H-26

ANUL

I. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

1° Dans le I et le IV, après le mot : « modernisation », le mot : « sociale » est supprimé ;

2° Après le II, il est inséré un III ainsi rédigé :

« III. – Ce fonds finance également des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé. » ;

3° Dans le IV, le montant : « 300 millions de francs » est remplacé par le montant : « 600 millions de francs » ;

4° A la fin du VI, la référence ~~« V »~~ est remplacée par la référence : « VI » ;

5° Les III, IV, V et VI deviennent respectivement les IV, V, VI et VII.

II. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est fixé, pour l'année 2002, à 152,45 millions d'euros.