

N^o 1946

Document mis en distribution le 24 novembre 1999

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 novembre 1999.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES⁽¹⁾ SUR LE PROJET DE LOI, en nouvelle lecture, *de financement de la sécurité sociale pour 2000*,

RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. Alfred RECOURS,
Député

ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

PAR M. Claude EVIN,
Député

ASSURANCE VIEILLESSE

PAR M. Denis JACQUAT,
Député

FAMILLE

PAR Mme Marie-Françoise CLERGEAU,
Députée

(1) La composition de cette commission figure au verso de la présente page.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{ère} lecture : 1835, 1873, 1876 et T.A. 368

Commission mixte paritaire : **1945**

Nouvelle lecture : **1943**

Sénat : 1ère lecture : **40, 58 et 68** (1999-2000) et **T.A. 33**

Commission mixte paritaire : **85**

Sécurité sociale.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales est composée de : M. Jean Le Garrec, *président* ; MM. Jean-Michel Dubernard, Jean-Paul Durieux, Jean-Pierre Foucher, Maxime Gremetz, *vice-présidents* ; Mme Odette Grzegorzulka, MM. Denis Jacquat, Patrice Martin-Lalande, *secrétaires* ; MM. Bernard Accoyer, Mme Sylvie Andrieux, MM. André Aschieri, Gautier Audinot, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, MM. Jean-Paul Bacquet, Jean-Pierre Baeumler, Pierre-Christophe Baguet, Jean Bardet, Jean-Claude Bateux, Jean-Claude Beauchaud, Mmes Huguette Bello, Yvette Benayoun-Nakache, MM. Serge Blisko, Patrick Bloche, Mme Marie-Thérèse Boisseau, MM. Jean-Claude Boulard, Bruno Bourg-Broc, Mme Christine Boutin, MM. Jean-Paul Bret, Victor Brial, Yves Bur, Alain Calmat, Pierre Carassus, Pierre Cardo, Roland Carraz, Mme Odette Casanova, MM. Laurent Cathala, Jean-Charles Cavallé, Bernard Charles, Jean-Marc Chavanne, Jean-François Chossy, Mme Marie-Françoise Clergeau, MM. Yves Cochet, Georges Colombier, François Cornut-Gentille, Mme Martine David, MM. Bernard Davoine, Bernard Deflesselles, Lucien Degauchy, Marcel Dehoux, Jean Delobel, Jean-Jacques Denis, Dominique Dord, Mme Brigitte Douay, MM. Julien Dray, Guy Drut, Nicolas Dupont-Aignan, Yves Durand, René Dutin, Christian Estrosi, Claude Evin, Jean Falala, Jean-Louis Fousseret, Michel Françaix, Mme Jacqueline Fraysse, MM. Germain Gengenwin, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Giran, Michel Giraud, Gaëtan Gorce, François Goulard, Jean-Claude Guibal, Jean-Jacques Guillet, Mme Paulette Guinchard-Kunstler, M. Francis Hammel, Mme Cécile Helle, MM. Pierre Hellier, Michel Herbillon, Guy Hermier, Mmes Françoise Imbert, Muguette Jacquaint, MM. Jacky Jaulneau, Serge Janquin, Armand Jung, Bertrand Kern, Christian Kert, Jacques Kossowski, **Mme Conchita Lacuey**, MM. Jacques Lafleur, Robert Lamy, Edouard Landrain, Pierre Lasbordes, Mme Jacqueline Lazard, MM. Michel Lefait, Maurice Leroy, **Patrick Leroy**, **Gérard Lindeperg**, **Patrick Malavieille**, Mmes **Gilberte Marin-Moskovitz**, **Jacqueline Mathieu-Obadia**, MM. **Didier Mathus**, **Jean-François Mattei**, *Mme Hélène Mignon*, MM. Jean-Claude Mignon, *Pierre Morange*, *Hervé Morin*, Renaud Muselier, Philippe Nauche, Henri Nayrou, Alain Néri, Yves Nicolin, Bernard Outin, Dominique Paillé, Michel Pajon, Jean-Pierre Pernot, Mme Geneviève Perrin-Gaillard, MM. *Bernard Perrut*, Pierre Petit, Mme Catherine Picard, MM. Jean Pontier, Jean-Luc Prél, *Alfred Recours*, Gilles de Robien, Mme Chantal Robin-Rodrigo, MM. François **Rochebloine**, **Marcel Rogemont**, **Yves Rome**, **Jean Rouger**, *Rudy Salles*, *Mme Odile Saugues*, MM. André Schneider, Bernard Schreiner, Patrick Sève, Pascal Terrasse, Gérard Terrier, André Thien Ah Koon, Mme Marisol Touraine, MM. Anicet Turinay, Jean Ueberschlag, Jean Valleix, Alain *Veyret*, Philippe Vuilque, Jean-Jacques Weber, Mme Marie-Jo Zimmermann.

SOMMAIRE

Pages

TM \o "1-6" \t "Titre 7;6;Titre 8;7;Titre 9;7;Titre 10;8;Titre 11;7;Titre 2bis;2;Titre 12;9;Titre 13;9;Titre14;9" **INTRODUCTION 7**

TRAVAUX DE LA COMMISSION 9

titre premier : Orientations et objectifs de la politique de santé et de sécurité sociale

9

Article premier : Approbation du rapport annexé 9

Article premier bis (nouveau) (article L. 114-1 du code de la sécurité sociale) : Conditions de nomination du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale 10

Article premier ter (nouveau) (articles L. 114-2 et L. 114-3 nouveaux du code de la sécurité sociale) : Règles comptables applicables aux organismes de sécurité sociale 11

Titre II : Dispositions relatives aux ressources 12

Avant l'article 2 12

Article 2 (articles L. 131-8 à L. 131-11 nouveaux et L. 135-3 du code de la sécurité sociale) : Création du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale 12

Article 3 (articles 213, 235 ter ZC nouveau et 1668 D nouveau du code général des impôts) : Institution d'une contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés 16

Article 4 (articles 266 sexies, 266 septies, 266 octies, 266 nonies, 266 decies et 266 terdecies nouveau du code des douanes et article 17 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976) : Extension de la taxe générale sur les activités polluantes 17

Article 4 ter (nouveau) (article 1613 bis du code général des impôts) : Taxation des mélanges de boissons alcoolisées 18

Article 5 (articles L. 139-1, L. 139-2, L. 241-2, L. 612-1 et L. 711-2 du code de la sécurité sociale, articles 1031 et 1106-6-3 du code rural) : Modification des règles de répartition de la CSG et des droits sur les alcools entre les régimes d'assurance maladie 19

Article 5 ter (nouveau) (articles L. 131-6 et L. 612-4 du code de la sécurité sociale) : Cotisations dues par les jeunes travailleurs non salariés des professions non agricoles 20

Article 5 quater (nouveau) (article L. 225-7 nouveau du code de la sécurité sociale) : Affectation des résultats comptables des branches du régime général 21

Article 6 : Prévisions de recettes par catégorie 22

TITRE III : Dispositions relatives aux dépenses et à la trésorerie 23

Section 1 : Branche famille 23

Article 8 (articles L. 512-3 et L. 755-21 du code de la sécurité sociale, article 22 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994) : Report de l'âge limite d'ouverture du droit au complément familial et aux aides au logement 23

Article 9 : Garantie des ressources de la caisse nationale des allocations familiales 24

Section 2 : Branche vieillesse 25

Article 10 (articles L. 251-6-1 nouveau, L. 135-6 et L. 245-16 du code de la sécurité sociale) : Abondement du fonds de réserve pour les retraites 25

Article 11 bis (nouveau) : Situation du fonds national de l'assurance veuvage 27

Article 13 bis : Possibilité de rachat de cotisations d'assurance vieillesse pour les commerçants et artisans 28

Article 13 ter (nouveau) (article L. 351-3 du code de la sécurité sociale) : Validation des périodes passées sous les drapeaux en Afrique du Nord entre 1954 et 1962 29

Section 3 : Branche maladie 30

Article 14 (articles L. 355-23 du code de la santé publique, L. 174-16 du code de la sécurité sociale et 6 bis de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967) : Transfert à l'assurance maladie du financement de centres de dépistage30

Article 15 (articles 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, L. 628-5 du code de la santé publique, et L. 174-17 du code de la sécurité sociale) : Transfert à l'assurance maladie des dépenses liées aux cures de désintoxication réalisées à l'hôpital31

Article 16 (articles L. 765-1 du code de la santé publique, L. 162-32, L. 162-32-1, L. 162-32-2 et L. 162-32-3 du code de la sécurité sociale) : Centres de santé 32

Article 17 (articles L. 162-1-8, L. 162-5-2 à L. 162-5-8, L. 162-5-9, L. 162-5-11, L. 162-9, L. 162-12-2 à L. 162-12-5 à L. 162-12-7, L. 162-12-3 et L. 162-12-4 nouveaux, L. 162-12-9 à L. 162-12-12, L. 162-14-1 à L. 162-14-4, L. 162-12-17 et L. 162-12-18, L. 162-14, L. 162-15, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 nouveaux, L. 227-1, L. 322-5-4 et L. 322-5-5, L. 645-2 et L. 645-2-1, L. 722-4 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale) : Régulation des soins de ville par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés34

Article 19 (articles L. 315-2-1 nouveau et L. 615-13 du code de la sécurité sociale et article 1106-2 du code rural) : Contrôle des grands consommateurs de soins médicaux36

Article 19 bis (nouveau) : Rapport au Parlement sur le contrôle des grands consommateurs de soins médicaux37

Article 21 : Ajustement de la clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques37

Article 22 bis (article L. 601 du code de la santé publique) : Délivrance d'une autorisation de mise sur le marché avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle 38

Article 22 ter (nouveau) (articles L. 138-9, L. 245-2, L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale) : Régime des médicaments princeps 39

Article 23 (articles L. 138-10, L. 162-1-7, L. 162-16-1, L. 162-17, L. 162-17-3, L. 162-17-4, L. 165-1, L. 165-2 à L. 165-5 nouveaux et L. 314-1 du code de la sécurité sociale) : Réforme du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS) 40

Article 24 (articles L. 162-22-1, L. 162-22-2, L. 162-22-3 à L. 162-22-6, L. 165-7, L. 174-16 et L. 710-16 du code de la sécurité sociale) : Régulation de l'hospitalisation privée 41

Article 24 bis (nouveau) (article L. 716-2 du code de la santé publique) : Durée de l'expérimentation de la tarification à la pathologie 44

Section 4 : Branche accidents du travail 45

Article 26 (article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999) : Extension du bénéfice de l'allocation de cessation d'activité pour les travailleurs de l'amiante 45

Article 26 bis A (nouveau) (article L. 432-11 nouveau du code de la sécurité sociale) : Prise en compte des périodes de rééducation professionnelle au titre des pensions vieillesse 46

Article 26 bis (article L. 434-2 du code de la sécurité sociale) : Amélioration de l'indemnisation des accidents du travail successifs 47

Section 5 : Objectifs de dépenses par branche 48

Article 27 : Fixation des objectifs de dépenses par branche 48

Section 7 : Mesures relatives à la trésorerie 49

Article 29 bis (article L. 139-2 nouveau du code de la sécurité sociale) : Conventions régissant les relations de trésorerie entre l'Etat et la sécurité sociale 49

Article 30 : Ratification du décret portant relèvement du plafond des ressources non permanentes applicable au régime général 50

Article 31 : Plafonnement des ressources non permanentes 50

tableau comparatif 53

rapport annexé 127

amendements non adoptés **143**

INTRODUCTION

Le Sénat a adopté le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 dont il était saisi en première lecture après l'Assemblée nationale au cours de sa séance du jeudi 18 novembre 1999. Sur les 52 articles que comprend à ce stade le texte, 36 articles restent en discussion, c'est-à-dire que les deux assemblées sont en désaccord sur les deux tiers d'entre eux.

En effet, le Sénat n'a adopté de manière conforme que 16 articles : les articles 2 A (Assujettissement des indemnités de licenciement aux cotisations sociales), 2 B (Suppression des frais d'assiette et de recouvrement prélevés par les services fiscaux au titre de la CSG sur les revenus du patrimoine), 2 C (Augmentation du seuil de recouvrement de la CSG sur les revenus du patrimoine), 4 bis (Exonération de cotisations sociales pour les jeunes agriculteurs), 5 bis (Remise amiable des majorations de retard de contribution sociale de solidarité sur les sociétés), 7 (Revalorisation des bases mensuelles de calcul des prestations familiales), 11 (Revalorisation des pensions de retraite), 12 (Prorogation des dispositions limitant le cumul emploi-retraite), 13 (Intégration de la section professionnelle des géomètres et des experts agricoles et fonciers au sein de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse), 18 (Motivation médicale apportée aux arrêts de travail et aux transports sanitaires), 20 (Dotation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville), 22 (Contribution exceptionnelle des entreprises pharmaceutiques au titre des spécialités remboursables), 25 (Opposabilité des enveloppes budgétaires aux établissements et services sociaux et médico-sociaux), 26 A (Prolongation du délai de réouverture des droits pour les victimes de l'amiante), 28 (Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie) et 29 (Simplification des relations financières entre l'ACOSS et les URSSAF).

Le Sénat a supprimé 10 articles, à savoir les articles 2, 3 et 4 relatif au fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale et à deux de ces recettes (la CSB et la TGAP), l'article 10 relatif aux ressources du fonds de réserve pour les retraites, les articles 14 et 15 relatifs au transfert à l'assurance maladie de certaines dépenses de dépistage et de traitement, l'article 19 relatif au contrôle des grands consommateurs de soins médicaux par les caisses d'assurance maladie, ainsi que les articles 21 (Ajustement de la clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques), 22 bis (Délivrance d'une autorisation de mise sur le marché avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle) et 30 (Ratification du décret portant relèvement du plafond des ressources non permanentes applicable au régime général).

Le Sénat a complètement réécrit les articles 5 (Modification des règles de répartition de la CSG et des droits sur les alcools entre les régimes d'assurance maladie) et 17 (Régulation des soins de ville par la Caisse nationale d'assurance maladie). Il a également apporté des modifications substantielles aux articles 13 bis (Possibilité de rachat de cotisations d'assurance vieillesse pour les artisans et les commerçants), 16 (Centres de santé), 24 (Régulation de l'hospitalisation privée), 26 (Extension du bénéfice de l'allocation de cessation d'activité pour les travailleurs de l'amiante) et 31 (Plafonnement des ressources non permanentes). Les articles 23 (Réforme du tarif interministériel des prestations sanitaires), 26 bis (Amélioration de l'indemnisation des accidents du travail successifs) et 29 bis (Conventions régissant les relations de trésorerie entre l'Etat et la sécurité sociale) n'ont fait

l'objet que de modifications mineures.

Il a enfin introduit par voie d'amendement 11 articles additionnels, à savoir les articles premier bis (Conditions de nomination du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale), premier ter (Règles comptables applicables aux organismes de sécurité sociale), 4 ter (Taxation des mélanges de boissons alcoolisées), 5 ter (Cotisations dues par les jeunes travailleurs non salariés des professions non agricoles), 5 quater (Affectation des résultats comptables des branches du régime général), 11 bis (Situation du fonds national de l'assurance veuvage), 13 ter (Validation des périodes passées sous les drapeaux en Afrique du Nord entre 1954 et 1962), 19 bis (Rapport au Parlement sur le contrôle des grands consommateurs de soins médicaux), **22 ter (Régime des médicaments princeps), 24 bis (Durée de l'expérimentation de la tarification à la pathologie) et 26 bis A (Prise en compte des périodes de rééducation professionnelle au titre des pensions vieillesse).**

En conséquence, les articles établissant les prévisions de recettes par catégorie (article 6), les objectifs de dépenses par branche (article 27) et, naturellement, le rapport annexé dont l'approbation est prévue par l'article premier ont été substantiellement modifiés par le Sénat.

La commission mixte paritaire qui s'est réunie à l'Assemblée nationale le lundi 22 novembre 1999 n'a pas pu parvenir à un accord sur l'ensemble du texte. L'Assemblée nationale est donc amenée à se prononcer, en *seconde et nouvelle lecture, sur les 36 articles restant en discussion.*

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission a examiné, en deuxième et nouvelle lecture, le présent projet de loi au cours de sa séance du mardi 23 novembre 1999.

M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que la commission mixte paritaire avait échoué, notamment du fait des divergences fondamentales opposant les deux assemblées sur l'ensemble des dispositions relatives au financement de la sécurité sociale.

M. Jean-Luc Prével a formulé le souhait de voir adopter certaines améliorations apportées au texte par le Sénat, notamment celles qui séparent clairement le financement de la réduction du temps de travail du financement de la sécurité sociale et celles qui suppriment toute sanction collective pour les médecins.

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

titre premier

Orientations et objectifs de la politique de santé et de sécurité sociale

Article premier

Approbation du rapport annexé

M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

En application du 1° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article permet au Parlement d'approuver les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale. Pour cela, il utilise comme support le rapport présentant ces orientations et ces objectifs qui est annexé **au projet de loi de financement, en application de l'article L.O. 111-4** du même code.

Ce rapport constitue en quelque sorte un résumé de l'ensemble des positions prises par l'une et l'autre assemblée sur les dispositions du **projet de loi de financement** de la sécurité sociale. Compte tenu des divergences manifestes qui existent entre l'Assemblée nationale et le Sénat sur les orientations générales de la politique de santé et de sécurité sociale *conduite* par le Gouvernement et qui se sont exprimées lors de la réunion de la commission mixte paritaire le lundi 22 septembre 1999, le texte adopté par le Sénat, qui résulte d'un amendement de rédaction *globale* de sa commission des *affaires* sociales, ne peut pas être conservé. Le rapporteur propose donc de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a examiné un amendement de retour à la rédaction du rapport *annexé adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture* présenté par M. Alfred Recours,

rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué qu'il n'y avait aucun point de recoupement possible avec la rédaction du rapport annexé adoptée par le Sénat, dont le ton est du reste excessif.

M. Jean-Luc Prél a considéré que des améliorations devaient être apportées au texte proposé par le rapporteur, par exemple en ce qui concerne le statut du praticien hospitalier ou l'éducation à la santé.

La commission a adopté un sous-amendement de M. Marcel Rogemont tendant à améliorer les conditions d'emploi des praticiens-adjoints contractuels, puis l'amendement du rapporteur ainsi modifié.

Le rapport annexé a été ainsi rédigé.

La commission a adopté l'article premier ainsi modifié.

Article premier bis (nouveau)

(article L. 114-1 du code de la sécurité sociale)

Conditions de nomination du secrétaire général

de la commission des comptes de la sécurité sociale

M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes *et l'équilibre général*

Cet article, introduit par le Sénat suite à l'adoption d'un amendement de sa commission des affaires sociales contre l'avis du Gouvernement, prévoit la nomination du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale par le ministre chargé de la sécurité sociale sur proposition conjointe des présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat.

Le rapporteur propose la suppression de cet article, au nom de la séparation des pouvoirs. En effet, il n'appartient pas aux assemblées parlementaires d'intervenir de quelque manière que ce soit dans la procédure de nomination d'un haut fonctionnaire, chargé de commenter pour la commission des comptes de la sécurité sociale les comptes agrégés des différents régimes de base et complémentaires préparés par la direction de la sécurité sociale du ministère de l'emploi et de la solidarité.

*

La commission a adopté un amendement de suppression de cet article présenté par M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

La commission a donc supprimé l'article premier bis.

Article premier ter (nouveau)

(articles L. 114-2 et L. 114-3 nouveaux du code de la sécurité sociale)

Règles comptables applicables

aux organismes de sécurité sociale

M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Cet article, introduit par le Sénat suite à l'adoption d'un amendement de sa commission des affaires sociales contre l'avis du Gouvernement, précise que les organismes de sécurité sociale

doivent arrêter leurs comptes au plus tard au 31 mars de l'année suivant l'exercice clos, dans le cadre d'un plan comptable unique.

Le rapporteur propose la suppression de cet article, au nom du principe de réalité. En effet, il n'est pas réaliste de penser que tous les régimes pourront, dès le 31 mars 2001, arrêter leurs comptes suivant un nouveau plan comptable qui est encore *en cours* d'élaboration par la mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS). L'Assemblée nationale a d'ailleurs déjà prévu en première lecture, par l'adoption d'un *amendement de la commission au rapport annexé*, que le Gouvernement doit s'engager « à promouvoir l'harmonisation des plans comptables des différents régimes et l'accélération de la publication des comptes, ainsi qu'à présenter en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 les principaux agrégats en droits constatés et les éléments permettant le passage d'une présentation à l'autre. »

*

La commission a adopté un amendement de suppression de cet article présenté par M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

La commission a	Droit en vigueur	Texte adopté
<p>donc supprimé l'article premier.</p> <p>Titre II Dispositions relatives aux ressources</p> <p>Avant l'article 2 Deux amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse visant à indexer l'assiette des cotisations patronales sur la valeur ajoutée ont été rejetés par la commission.</p> <p>Article 2 (articles L. 131-8 à L. 131-11 nouveaux et L. 135-3 du code de la sécurité sociale) Création du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale</p> <p>M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général</p>		

de travail.
En première
lecture,
l'Assemblée
nationale a décidé,
sur proposition du
Gouvernement, de
modifier
substantiellement le
mode de
financement de ce
fonds, en
supprimant la
contribution qui
aurait été imposée
aux régimes de
sécurité sociale et à
l'UNEDIC à ce
titre. Le
Gouvernement a
proposé en
contrepartie de
prélever en 2000
5,6 milliards de
francs de droits
alcools sur le FSV
(1ère section) pour
les affecter au
fonds de
financement de la
réforme des
cotisations
patronales de
sécurité sociale.
Le montant total en
2000 des droits de
consommation sur
les alcools visés à
l'article 403 du
code général des
impôts est de 12,2
milliards de francs
(dont 100 millions
de francs pour le
BAPSA et 600
millions de francs
pour les
départements de la
Corse).

Bénéficiaire

par l'Assemblée nationale

en première lecture

	CNAM	4,9 milliards de francs (45 %) 4,9 milliards de francs (45 %) FSV 6,6 milliards de francs (55 %)
1 milliard de francs (8 %)		Fonds allégements-
5,6 milliards de francs (47 %)		Le FSV voit en conséquence son excédent (8,5 milliards de francs en 2000, 11 milliards de francs cumulés) réduit d'autant. Or il est prévu que les excédents du FSV servent à alimenter le fonds de réserve pour les retraites. Il convenait donc de trouver une ressource de substitution pour le fonds de réserve. C'est pourquoi l'Assemblée nationale a décidé, à l'article 10 du présent projet, de prélever 5,5 milliards de francs du prélèvement social de 2 % sur les revenus financiers et du patrimoine visés à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale pour les affecter au fonds de réserve. Cette ressource était auparavant affectée au régime général. Les ressources de celui-ci diminuent donc d'autant, ce que traduit l'article 6 du présent projet. Le montant total du prélèvement social de 2 % sur les revenus financiers et du patrimoine en 2000 devrait être de 11,3 milliards de francs, répartis comme suit compte tenu de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Bénéficiaire

Droit en vigueur	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	
------------------	--	--

CNAM 3,1 milliards de francs (28 %) 0,9 milliard de francs (8 %)

	CNAV 5,7 milliards de francs (50 %)
3,4 milliards de francs (30 %)	CNAF
2,5 milliards de francs (22 %)	1,5 milliard de francs (13 %)
Fonds de réserve	-5,5 milliards de francs (49 %)
	Il convient aussi <i>de</i> mentionner que le rendement de la contribution <i>assise sur</i> les heures supplémentaires visée à l'article 2 du <i>pr</i> ojet de loi relatif à la réduction négociée du temps de <i>travail a été éva</i> lué de manière différente par le Gouvernement, portant <i>son produit</i> de 5,4 milliards de francs comme ind

iqué dans le rapport de première lecture à 7 milliards de francs. Son produit *n'est par ailleurs plus affecté à une réserve de trésorerie du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale.*

Sous les hypothèses moyennes de montée en charge d

es 35 heures, d'un salaire horaire des salariés concernés égal au salaire horaire moyen (13 000 F par mois à 39 heures hebdomadaires) et d'un nombre annuel d'heures supplémentaires compris entre 35 et 39 heures égal à 160, le rendement de la contribution est ainsi estimé par le ministère de l'emploi et de la solidarité, selon les modalités de calcul retracées dans le tableau suivant :	5 680 000		Volume d'heures supplémentaires (2) = (1) x 160
Nombre de salariés restés à 39 heures dans les entreprises de plus de 20 salariés (moyenne annuelle) (1)			
909 millions		Salaire horaire brut moyen (3)	77 F

	<i>Mass e salar iale brut des heur es supp léme ntair es (4) = (3) x (2)</i>	<i>70 milliards de francs</i>	<i>Rende ment de la co ntributio n (5) = (4) x 1</i>
--	--	-------------------------------	--

0 % 7 milliards de francs

De ce fait, les tableaux de financement du fonds se présentent comme suit :

Tableau d'équilibre pour 2000 du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de la sécurité sociale (en milliards de francs) Recettes Dépenses (article 12 rtt) Droits tabacs (article 29 plf 2 000)	39,5	Ristourne dégressive	39,5
	CSB (article 3 plfss 2 000)	4,3	Allège ment supplé mentai re bas 7,5
	TGAP (article 4 plfss 2 000)	3,2	et moyen s salaires
		Droits alcools (article 2 plfss 2000)5,6	

Aides incitative et pérenne aux 16,9 Contribution de l'Etat (plf 2 000)4,335 heures
Taxation heures supplémentaires (article 2 rtt)763,963,9plfss : projet de loi de financement de la
sécurité sociale

plf : projet de loi de finances

rtt : projet de loi relatif à la réduction négociée du temps de travail

Tableau d'équilibre à long terme du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de la sécurité sociale

(en milliards de francs)	
Recettes	Dépenses
Droits tabacs	
40	Ristourne dégressive 40
	CSB 12,5 Allégement supplémentaire
25	TGAP 12,5
	Droits alcools

12Aides 35 heures40Etat 8Reste à financer20105105L'Assemblée nationale a également tenu à préciser que les recettes et les dépenses du fonds doivent être équilibrées, en prévision dans les conditions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale et en exécution par un solde nul . En tout état de cause, il revient à l'Etat de garantir cet équilibre. De ce fait, chaque année, le Gouvernement devra prévoir en loi de finances les crédits nécessaires pour assurer l'équilibre financier du fonds si nécessaire. Par ailleurs, il est souhaitable que ces crédits soient inscrits au budget des charges communes sur des crédits évaluatifs, afin que l'Etat puisse garantir en permanence en cours d'année que les exonérations de cotisations seront remboursées aux régimes de sécurité sociale concernés et que le fonds sera équilibré.

Par un amendement de sa commission des affaires sociales adopté contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a décidé de supprimer cet article, en raison de son opposition de principe au financement du passage aux 35 heures par ce fonds. Cette position ne tient aucunement compte *du fait* que la création de ce fonds permet en fait d'engager la réforme de l'assiette des cotisations patronales de sécurité sociale, en la déconnectant de la masse salariale. Le rapporteur propose donc de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Toutefois, le rapporteur souhaite supprimer, par cohérence avec l'article 2 B adopté conforme par les deux assemblées, le fait que les frais d'assiette et de recouvrement des impositions affectées au fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale soient mis à la charge de ce fonds par le Gouvernement.

*

La commission a examiné un amendement présenté par M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, tendant à rétablir cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, sous réserve d'une modification de cohérence avec l'article 2 B adopté conforme par les deux assemblées en ce qui concerne la perception de frais d'assiette pour les impositions affectées.

La commission a rejeté un sous-amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à créer une contribution sociale sur les revenus financiers des entreprises afin de financer le dispositif d'allègements de charges sociales, puis elle a adopté l'amendement du rapporteur.

La commission a donc rétabli l'article 2.

Article 3

(articles 213, 235 ter ZC nouveau et 1668 D nouveau du code général des impôts)

Institution d'une contribution sociale sur les bénéfices des sociétés (CSB)

M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Cet article institue une nouvelle *imposition* additionnelle à l'impôt sur les sociétés, dénommée *contribution sociale sur les bénéfices (CSB)*. Cette *imposition*, dont le rendement attendu pour 2000 est estimé par le Gouvernement à 4,3 milliards de francs, est affectée au fonds de financement de la réforme *des cotisations patronales de sécurité sociale créé par l'article 2 du présent projet de loi de financement*.

En première lecture, l'Assemblée nationale a décidé, à l'initiative du rapporteur, de prévoir des sanctions en cas de non-paiement de la contribution par les entreprises concernées.

Par cohérence avec sa position sur l'article 2, le Sénat a décidé de supprimer cet article. Le rapporteur propose, par une cohérence qui répond à une autre logique, de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*	Quotité du projet de loi	Quotité adoptée en première lecture
<p>La commission a adopté un amendement présenté par M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, tendant à rétablir cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.</p>		
<p>La commission a donc rétabli l'article 3.</p>		
<p>Article 4 (articles 266 sexies, 266 septies, 266 octies, 266 nonies, 266 decies et 266 terdecies nouveau</p>		

sécurité sociale créé par l'article 2 du présent projet de loi de financement.

En première lecture, l'Assemblée nationale a décidé de modifier le barème applicable aux préparations pour lessives pour le lissier afin d'éviter des effets trop brutaux sur ces entreprises et donc sur l'emploi, suite à l'adoption d'un amendement de la commission, le Gouvernement s'y étant opposé au motif qu'il coûterait 60 millions de francs.

(en francs)

Matière ou opération imposable

	Préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, et produits adoucissants et assouplissants pour le linge	
– dont la teneur en phosphates est inférieure à 5 % du poids	440470	
– dont la teneur en phosphates est comprise entre 5 % et 30 % du poids	570520	
– dont la teneur en phosphates est supérieure à 30 % du poids	700570	

Par cohérence avec sa position sur l'article 2, le Sénat a décidé de supprimer cet article. Le rapporteur propose, par une cohérence qui répond à une autre logique, *de rétablir le* texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, sous réserve d'une précision rédactionnelle en ce qui concerne la *définition* du fait générateur de la TGAP en cas d'acquisition intracommunautaire.

Le rapporteur souhaite également reprendre un amendement de Mme Nicole Bricq, accepté par la commission en première lecture mais retiré par son auteur en séance dans la perspective de la deuxième lecture, prévoyant que la taxe sur les *lessives* ne sera acquittée qu'à compter du 15 avril 2000, afin de *permettre aux* producteurs concernés de répercuter la taxation. Le *montant* global de cette taxe n'est toutefois pas réduit sur l'ensemble de l'année 2000.

*

La commission a examiné un amendement présenté par M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, tendant à rétablir cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, sous réserve d'une modification visant à ne prévoir l'acquittement de la taxe sur les lessives qu'à compter du 15 avril 2000.

La commission a rejeté un sous-amendement présenté par Mme Martine David tendant à exonérer de taxation les déchets transportés par rail ou par voie d'eau.

Elle a adopté un sous-amendement présenté par Mme Martine David permettant aux exploitants d'installations de traitement ou de stockage de déchets de répercuter la TGAP dans les contrats conclus avec les personnes physiques ou morales dont ils réceptionnent les déchets, comme en matière de TVA.

La commission a ensuite adopté l'amendement du rapporteur ainsi modifié.

La commission a donc rétabli l'article 4.

Article 4 *ter* (nouveau)

(article 1613 bis du code général des impôts)

Taxation des mélanges de boissons alcoolisées

M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

*Cet article, introduit par le Sénat suite à l'adoption d'un amendement de M. Philippe Arnaud contre l'avis du Gouvernement, vise à modifier la taxe sur les *premix* instituée par l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 au profit de la CNAM, afin d'y inclure les boissons constituées par un mélange de deux boissons alcoolisées.*

Le rapporteur propose la suppression de cet article car il aboutit à une double taxation de certains alcools (kir, guignolet kirsch, ...) et ne s'inscrit plus dans la logique des *premix* qui consiste à lutter contre l'alcoolisme des jeunes : le mélange de deux alcools forts n'aura jamais pour effet de réduire le taux d'alcoométrie de ce mélange.

*

La commission a adopté un amendement de M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, de suppression de cet article.

La commission a donc supprimé l'article 4 ter.

Article 5

	Droit en vigueur	Texte adopté par le Sénat		Maladie (1ère année)
<p>(articles L. 139-1, L. 139-2, L. 241-2, L. 612-1 et L. 711-2 du code de la sécurité sociale, articles 1031 et 1106-6-3 du code rural)</p> <p>Modification des règles de répartition de la CSG et des droits sur les alcools entre les régimes d'assurance maladie</p> <p>M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général</p> <p>Cet article modifie les règles qui organisent les opérations de répartition du produit de la CSG maladie et des droits sur les alcools entre les régimes d'assurance maladie. La base de calcul pour la CSG sera constituée par le montant total de CSG maladie et de droits sur les alcools perçu par chaque régime obligatoire d'assurance maladie concerné au titre de l'année 1998, à l'exclusion de la CNAM. Celle-ci devient seule attributive du solde du produit restant de CSG maladie, une fois <i>la répartition</i> entre les autres régimes effectuée, ainsi que de l'intégralité des droits alcools maladie (soit 45 % de ces droits, les 55 % restant étant affectés au FSV et au fonds de financement <i>de la réforme</i> des cotisations patronales de la sécurité sociale par l'article 2 du présent projet).</p> <p>Par un amendement de sa commission des affaires sociales adopté contre l'avis du <i>Gouvernement</i>, <i>le Sénat a proposé un autre système de répartition. Il a ainsi fixé</i> une clef en pourcentage par régime pour la CSG maladie et a maintenu le système actuel de répartition des droits alcools. De ce fait, il a maintenu un double système de répartition reposant chacun sur des clefs différentes. Loin de répondre au souci de</p>				

règles - souhaité
notamment par la Cour
des comptes - qui est à
l'origine du système
proposé par le
Gouvernement au moyen
de cet article, le Sénat a
compliqué et rigidifié les
règles de répartition. Le
rapporteur propose donc
de revenir au texte
adopté par l'Assemblée
nationale en première
lecture.

*

La commission a adopté un
amendement de M. Alfred Recours,
rapporteur pour les recettes et
l'équilibre général, de retour au texte
adopté par l'Assemblée nationale en
première lecture.

L'article 5 a été ainsi rédigé.

Article 5 ter (nouveau)
(articles L. 131-6 et L. 612-4 du code
de la sécurité sociale)

Cotisations dues par les jeunes tr
availleurs

**non salariés des professions non
agricoles**

M. Alfred Recours, rapporteur
pour les recettes et l'équilibre
général

Cet article, introduit par le Sénat suite à
l'adoption d'un amendement du
Gouvernement, modifie les modalités de
calcul des cotisations d'assurance
maladie, d'assurance vieillesse et
d'allocations familiales dues par les
travailleurs non salariés des professions
non agricoles les deux premières
années après le début de leur activité.
En l'absence de revenu professionnel
de référence pour ces nouveaux
travailleurs, les cotisations sociales sont
assises sur des revenus forfaitaires. Ces
cotisations sont certes régularisées
quand le revenu réel est connu, mais la
charge de trésorerie demeure supportée
par le jeune créateur d'entreprise. Le
Gouvernement a donc proposé de

diminuer *le montant* des bases forfaitaires en les alignant sur celle applicable à la CSG pour la première année, ce qui aboutit à un allègement de cotisations de l'ordre de 30 % la première année et de 15 % *la deuxième pour un artisan à revenu moyen.*

(en francs)

Cotisations concernées

69 45638 370	Maladie (2ème année)	69 456	57 555	
Vieillesse (1ère année)57 88038 370 Vieillesse (2ème année)86 82057 555		Familiales (1ère année)	38 370	38 370
Familiales (2ème année)	38 370	57 555		Ces dispositions seront applicables à compter du 1er juillet 2000. Elles devraient coûter 300 millions de francs à l'ORGANIC et à CANCAVA, qui seront de fait financés, sans mesure de « tuyauterie » particulière, par les recettes de C3S perçues par ces organismes. Le rapporteur est tout à fait

Gouvernement pour favoriser la création d'entreprises, et notamment des PME.

*

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 5 quater (nouveau) (article L. 225-7

nouveau du code de la sécurité sociale)

Affectation des résultats comptables des branches du régime général

M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Cet article, introduit par le Sénat suite à l'adoption d'un amendement de *sa*

*commission
des affaires
sociales
contre
l'avis du
Gouvernem
ent, prévoit
la création
au sein du
bilan de
chacune
des quatre
branches
du régime
général
d'une
section
comptable
distincte de
celle de ses
opérations
courantes
pour y
affecter
l'excédent
éventuel de
l'exercice
clos et
permettre à
l'ACOSS
de le placer
sur les
marchés
financiers.*

Le
rapporteur
propose
de
supprimer
cet article
qui est en
totale
contradicti
on avec
l'article
46 de la
loi de
financeme
nt de la
sécurité

sociale
pour
1999,
adopté à
l'initiative
de la
commissio
n, et qui
précise à
l'inverse
que les
excédents
éventuels
de
trésorerie
d'une
branche
doivent
être
affectés
prioritaire
ment aux
besoins de
trésorerie
des autres
branches.
Au delà
du
principe
de gestion
autonome
des
branches
affirmé
par la loi
du 25
juillet
1994, le
principe
de
solidarité
financière
doit
s'applique
r à
l'ensembl
e du
régime
général.

*

La
commissio
n a adopté
un
amendem
ent de M.
Alfred
Recours,
rapporteur
pour les
recettes et
l'équilibre
général,
de
suppressio
n de cet
article.

La
commissio
n a donc
supprimé
l'article 5
quater.

Article 6

**Prévisions
de**

recettes

par c

atégorie

M. Alfred

Recours,

rapporte

ur pour

les rec

ettes et l'

équilibre

général

En

applicatio
n du 2° du

I de l'arti

cle L.O.

111-3 du

code de la

sécurité

sociale,

cet article

prévoit,

par

catégorie,

les
recettes de
l'ensembl
e des
régimes
ob
ligatoires
de base et
des
organisme
s créées
pour
concourir
à leur
financeme
nt,
c'est-à-dir
e du FSV
et du f
onds de
financeme
nt de **la**
réforme
des
cotisations
patronales
de sécurité
sociale
créé par
l'article 2
du présent
projet de
loi.

En
première
lecture,
l'Assemblée
nationale a
décidé de
consolider
les recettes
du fonds de
financemen
t de la
réforme d
es
cotisations
patronales
de sécurité
sociale

dans l'ensemble des prévisions de recettes, alors que le projet de loi initial se contentait d'intégrer les dépenses de ce fonds sur la ligne Cotisations effectives **en tant que cotisations** prises en charge. Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble des modifications apportées à cet article à ce stade de la discussion du présent projet de loi de financement.
(en milliards de francs)

Cotisations effectives Impôts et taxes

affectés Contributions

publiques

Total Projet de loi initial 106,6461,862,81 873,2 Intégration du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales (article 2)

- 63,9 (2)

+ 54,0

+ 4,3

- 5,6 (1) Exonération partielle de cotisations sociales pour les jeunes agriculteurs

(article 4 bis)

- 0,1

-

-

- 0,1 Suppression des frais d'assiette et de recouvrement de la CSG (article 2 B) - +
0,1 - + 0,1 **Fixation du seuil de recouvrement de la CSG sur le patrimoine à 400 F**

(article 2 C)

-

- 0,3

-

- 0,3 Fixation du taux des cotisations patronales de la branche accidents du travail à
2,2 %

+ 0,4

-

-

+ 0,4 *Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale en première lecture* **1 043,0**
515,667,11 867,7

(- 5,5) (1) Les droits alcools étaient déjà intégrés dans les prévisions de recettes du projet initial, au titre du FSV. Il s'agit donc d'un transfert interne à la ligne Impôts et taxes.

(2) La prise en charge des cotisations par le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale constitue désormais une dépense *du* fonds (non retracée dans cet article) et non plus une ressource des régimes de base de sécurité sociale.

Le Sénat a modifié substantiellement les chiffres figurant dans cet article, en conséquence de l'ensemble des décisions qu'il a prises par ailleurs sur les autres articles et notamment de la suppression du fonds de financement de la réforme des cotisations

patronales de sécurité sociale. Le rapporteur propose par cohérence avec sa position sur les articles concernés de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, en ne retenant que le financement de l'article 5 ter (nouveau) qui se traduit par une diminution des cotisations effectives de 300 millions de francs.

Il convient également de majorer la ligne Autres ressources de 3 milliards de francs pour tenir compte du versement de la Caisse des dépôts et des consignations au fonds de réserve pour les retraites, qui est permis par l'amendement de la commission à l'article 10 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

*

La commission a adopté un amendement présenté par M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, de retour aux montants arrêtés par l'Assemblée nationale en première lecture, sous réserve de la prise en compte de l'article 5 ter et du versement de la Caisse des dépôts de 3 milliards de francs au fonds de réserve des retraites.

L'article 6 a été ainsi rédigé.

TITRE III

Dispositions relatives aux dépenses et à la trésorerie

Section 1

Branche famille

Article 8

(articles L. 512-3 et L. 755-21 du code de la sécurité sociale, article 22 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994)

Report de l'âge limite d'ouverture du droit au complément familial et aux aides au logement

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteur pour la famille

Cet article permet le relèvement de la limite de l'âge des enfants à charge, par dérogation à l'âge limite de 20 ans, pour le versement du complément familial et des aides au logement : l'allocation de logement familiale (ALF) et l'aide personnalisée au logement (APL).

Il procède également, dans son paragraphe III, à l'abrogation des reports de limite d'âge pour l'ouverture du droit aux prestations familiales prévus par l'article 22 de la loi n° 94-629 relative à la famille. Cet article prévoyait leur relèvement progressif et échelonné jusqu'à 22 ans. Ce relèvement devait être achevé au plus tard le 31 décembre 1999.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

Le Sénat a adopté un amendement présenté par la commission des affaires sociales, auquel le *Gouvernement* s'est opposé, maintenant l'article 22 tout en reportant sa durée

d'application, qui était prévue sous la réserve de la constatation d'un excédent de la branche, de la fin de 1998 à la fin de 1999 et en reportant sa date butoir du 31 décembre 1999 au 31 décembre 2002.

Le relèvement de la limite d'âge pour le versement du complément familial et les allocations logement permet d'éviter une suppression brutale de l'ensemble des prestations familiales dès qu'un jeune atteint l'âge de 20 ans. Cette mesure est centrée sur les familles nombreuses et modestes qui sont confrontées à une diminution des ressources difficile à assumer alors que s'allonge la durée pendant laquelle les jeunes adultes restent à leur charge. Mais la priorité est donnée à la recherche de l'autonomie de ces jeunes, par une meilleure insertion professionnelle notamment, plutôt qu'à l'allongement uniforme des prestations versées à leur parents.

Le rapporteur propose donc de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a adopté un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteur pour la famille, de retour au texte du paragraphe III adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission a adopté l'article 8 ainsi modifié.

Article 9

Garantie des ressources de la
caisse nationale des allocations familiales

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteur pour la famille

Cet article garantit à la CNAF un niveau minimum de ressources à l'issue d'une période de cinq ans, qui s'étend entre 1997 et 2002.

En première lecture l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

Le Sénat a souhaité, par un amendement de la commission des affaires sociales auquel le Gouvernement s'est opposé, décaler d'un an la garantie de ressources qui jouerait donc entre 1998 et 2003.

Cette disposition retardant d'un an la sécurisation des ressources de la branche le rapporteur propose sur ce point de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Par ailleurs, le Sénat sur proposition de sa commission et sans opposition de la part du Gouvernement, a précisé que le versement éventuel, en cas de constatation d'une diminution des ressources, serait effectué par l'Etat. Cette précision avait été souhaitée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en première lecture. Le rapporteur propose donc de retenir cette modification.

*

La commission a adopté **un** amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteur pour la famille, rétablissant les dates initialement fixées pour la garantie de ressources, et après que son auteur a observé que le Sénat avait précisé que le versement éventuel en application de cette garantie sera effectuée par l'Etat comme l'avait souhaité la commission des affaires culturelles de l'Assemblée nationale.

La commission a adopté l'article 9 ainsi modifié.

Section 2

Branche vieillesse

Article 10

(articles L. 251-6-1 nouveau, L. 135-6 et L.245-16 du code de la sécurité sociale)

Abondement du fonds de réserve

pour les retraites

M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse

Cet article prévoit l'affectation à la seconde section du fonds de solidarité vieillesse (FSV) des excédents de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) ainsi que de 40 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine.

Le I prévoit l'affectation de l'excédent annuel de la CNAVTS au fonds de réserve pour les retraites.

Le II, de coordination, intègre cette nouvelle recette dans les ressources du **fonds**.

Le III détaille la répartition, au sein du fonds de réserve, des produits des versements provenant du prélèvement social de 2 % sur les produits du patrimoine.

Le IV prévoit les dates d'application de ces diverses mesures.

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements présentés par le Gouvernement. Il s'agit de mettre en œuvre le prélèvement de 5,6 milliards de francs de droits sur les alcools sur la première section du FSV pour les affecter au fonds de financement de la réduction du temps de travail.

Le FSV voit ainsi son excédent réduit d'autant, or l'article L.135-6 du code de la sécurité sociale qui décline les ressources du fonds de réserve pour les retraites prévoit l'affectation à ce fonds des excédents du FSV, première section.

Pour compenser cette diminution de recette, il est prélevé la somme de 5,5 milliards de francs du prélèvement de 2 % sur les revenus financiers et du patrimoine pour les affecter au fonds de réserve.

Ceci fait l'objet du premier des deux amendements précités qui complète le présent

article par un IV (nouveau) qui modifie, au sein de l'article 245-16 du code de la sécurité sociale, la répartition du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine.

Le second amendement, de coordination, incorpore cette nouvelle recette au fonds de réserve pour les retraites.

Le Sénat a stigmatisé la politique du Gouvernement en estimant que le mode de constitution du fonds était peu sûr et imprécis, et que, par ailleurs, son existence même ne se justifiait pas en l'absence de réformes structurelles.

Sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement de **suppression de cet article**.

Favorable à la constitution d'un fonds de réserve à des fins de lissage de la hausse des cotisations, le rapporteur propose le rétablissement de l'article 10 sous réserve d'un ajout précisant que le transfert de recettes réalisé au titre du prélèvement de 2 % sur les produits du patrimoine *et de placement* s'applique à compter du 1er janvier 2000.

*

La commission a examiné *un* amendement de M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse, de rétablissement *du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture* sous réserve d'un ajout précisant que le transfert de recettes réalisé au titre du prélèvement de 2 % sur les produits du patrimoine et de placement s'applique à compter du 1er janvier 2000.

Elle a examiné un sous-amendement de M. Jean Le Garrec à l'amendement du rapporteur prévoyant l'affectation au fonds de réserve des retraites, au cours de l'année 2000, de 3 milliards de francs, tirés des résultats exceptionnels réalisés par la Caisse des dépôts et consignations durant l'exercice 1999.

Le président Jean Le Garrec a précisé que cet amendement qui concerne l'utilisation des résultats des participations de la Caisse dans les « noyaux durs » a été présenté en plein accord avec la Caisse des dépôts et à l'initiative du président de son conseil de surveillance, M. Jean-Pierre Balligard.

La commission a adopté le sous-amendement puis l'amendement ainsi modifié.

L'article 10 a été ainsi rédigé.

Article 11 bis (nouveau)

Situation du fonds national de l'assurance veuvage

M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse

Cet article a été adopté *par le Sénat sur proposition de M. Charles Descours, rapporteur de la commission des affaires sociales, contre l'avis du Gouvernement.*

Il prévoit que le Gouvernement présentera au Parlement, avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, un rapport retraçant la

situation du Fonds national de l'assurance veuvage depuis sa création.

Un amendement semblable présenté par M. Jean-Luc Prével a déjà été rejeté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Le rapporteur estime que, si le problème de fond du fonctionnement du fonds national de l'assurance veuvage demeure non résolu, la production d'un rapport supplémentaire ne peut suffire à faire progresser la question.

Il propose donc la suppression de cet article.

*

La commission a adopté un amendement de suppression de l'article présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse.

La commission a donc supprimé l'article 11 bis.

Article 13 bis

Possibilité de rachat de cotisations d'assurance vieillesse pour les commerçants et artisans

M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse

Cet article additionnel, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement *tend* à permettre, pendant un an, aux artisans et commerçants n'ayant pas payé leur cotisations de retraite antérieures à 1973 de régulariser leur situation.

Avant d'être aligné, en 1973, *sur* le régime général, le système de retraite des artisans et commerçants était un système par points. Pour des raisons liées à un chiffre d'affaires insuffisant, certains n'ont pas pu payer *leurs cotisations, ceci est pénalisant pour leur retraite.*

C'est la quatrième fois qu'une telle possibilité est offerte aux personnes concernées.

Sur la proposition de la commission des affaires sociales, et contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement tendant à étendre la période de possibilité de rachat à deux ans au lieu d'un à compter de l'entrée en vigueur du décret d'application.

Le rapporteur propose de ne pas retenir cette modification, le Gouvernement ayant indiqué au cours du débat que les intéressés disposent d'un délai pour agir de quatre ans à dater de la date de publication du décret d'application de la mesure.

*

La commission a adopté un amendement de M. Denis Jacquat, rapporteur pour la *branche vieillesse, ramenant à un an le délai de présentation de la demande de régularisation.*

La commission a adopté l'article 13 bis ainsi modifié.

Article 13 ter (nouveau)

(article L. 351-3 du code de la sécurité sociale)

Validation des périodes passées sous les drapeaux

en Afrique du Nord entre 1954 et 1962

M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse

Cet article additionnel, présenté par M. Jean-Paul Amoudry, a été adopté par le Sénat à l'encontre des avis respectifs de M. Charles Descours, rapporteur de la commission des affaires sociales, et du Gouvernement.

Il tend à préciser, par un ajout au 4° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale, que sont prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension de retraite, les périodes passées sous les drapeaux en Afrique du Nord entre 1954 et 1962.

Le débat engagé à ce sujet par les sénateurs montre clairement les données de la question. En effet, la rédaction du 4° de l'article L 351-3 du code de la sécurité sociale prévoit la prise en compte des « périodes pendant lesquelles l'assuré a effectué son service national légal ou a été présent sous les drapeaux par suite de mobilisation ou comme volontaire en temps de guerre ».

Par ailleurs, l'article L.161-19 du même code dispose que « Toute période de mobilisation ou de captivité est, sans condition préalable, assimilée à une période **d'assurance pour l'ouverture du droit à la liquidation des avantages vieillesse** ».

Il ressort de la combinaison de ces deux textes que les périodes d'AFN sont régulièrement prises en compte pour l'ouverture des droits, et cela même pour les personnes non assujetties sociale avant leur engagement.

Le Sénat a cependant relevé que les caisses n'appliquaient pas **toujours les textes** en vigueur. Le Gouvernement, de son côté, a clairement rappelé l'état du droit sur ce point.

Le rapporteur, partage l'avis du rapporteur de la commission des affaires sociales du Sénat qui a justifié son opposition à l'adoption de l'amendement en indiquant qu'il n'y avait pas lieu d'adopter un texte reprenant des dispositions existantes.

Dans ces conditions, le rapporteur propose la suppression de cet article tout en formulant le souhait que l'exécutif fasse diligence auprès des caisses concernées pour les amener à appliquer la loi

*

La commission a examiné un amendement de M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse, de suppression de l'article.

M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a expliqué que, bien que les textes prévoient que le temps passé sous les drapeaux en Afrique du Nord est pris en compte pour le calcul de la retraite, les caisses n'appliquent pas cette règle. L'article introduit par le Sénat a donc pour but de contraindre les caisses à respecter la loi.

M. Jean Luc Prél a fait observé que les caisses appliquaient en fait la règle de droit

commun, qui veut que le temps passé sous les drapeaux ne soit pris en compte que si la personne travaillait déjà avant de partir en Afrique du Nord.

M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a considéré que, si d'un point de vue strictement juridique, l'amendement de suppression de l'article est légitime, puisque la règle de droit existe déjà, d'un point de vue concret, il serait peut être utile de maintenir cet article jusqu'à la séance publique afin que la ministre puisse donner sa position sur la question et expliquer comment elle entend contraindre les Caisses à respecter le droit.

La commission a rejeté l'amendement de suppression.

La commission a adopté l'article 13 ter sans modification.

Section 3

Branche maladie

Article 14

(articles L. 355-23 du code de la santé publique, L. 174-16 du code de la sécurité sociale, et 6 bis de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967)

Transfert à l'assurance maladie du financement de centres de dépistage ou d'éducation familiale

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie

et les accidents du travail

Cet article transfère à l'assurance maladie *la part* du financement des dépenses de dépistage et de traitement de certaines maladies réalisés par les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG) et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) qui restait encore à la charge de l'Etat.

L'Assemblée nationale a adopté l'article 14 sans modification.

Hostile à ce transfert de charges vers l'assurance maladie, le Sénat a adopté un amendement de la commission des affaires sociales supprimant cet article, contre l'avis du Gouvernement.

Cet article opère le transfert à l'assurance maladie de dépenses qui entrent naturellement dans son champ et vont dans la logique d'une extension de la prise en charge de la prévention par le risque maladie. Le rapporteur propose de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a adopté un amendement de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de rétablissement du texte adopté par

l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission a donc rétabli l'article 14.

Article 15

(articles 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, L. 628-5

du code de la santé publique et L. 174-17 du code de la sécurité sociale)

Transfert à l'assurance maladie des dépenses liées aux cures de désintoxication réalisées à l'hôpital

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie

et les accidents du travail

Cet article s'inspire de la même logique que le précédent et transfère de l'Etat à l'assurance maladie les dépenses de sevrage lorsque les cures de désintoxication ont lieu en milieu hospitalier, que la personne s'y rende volontairement ou que la cure relève d'une injonction thérapeutique.

L'Assemblée nationale a adopté l'article 15 sans modification.

Hostile à ce transfert de charges vers l'assurance maladie, le Sénat a adopté un amendement de la commission des affaires sociales supprimant cet article, contre l'avis du Gouvernement.

Comme pour l'article précédent, le rapporteur propose de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a adopté un amendement de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission a donc rétabli l'article 15.

Article 16

(articles L. 765-1 du code de la santé publique, L. 162-32, L. 162-32-1,

L. 162-32-2 et L. 162-32-3 du code de la sécurité sociale)

Centres de santé

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie

et les accidents du travail

Cet article inscrit le statut et les missions des centres de santé dans le code de la santé publique et dote ces centres d'un dispositif conventionnel propre reposant sur la conclusion d'un accord national.

L'Assemblée nationale a apporté deux modifications à cet article :

-il a été précisé que les centres de santé participent également à des actions sociales ;

-les conditions de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie ont été « sorties » du champ conventionnel pour en faire une règle générale faisant partie du statut de ces établissements;

Le Sénat, sur proposition de la commission des affaires sociales, est revenu sur plusieurs dispositions de cet article.

Avec l'avis favorable du Gouvernement le Sénat a procédé à une modification formelle insérant dans l'article relatif au statut des centres le contenu de la procédure d'agrément et a précisé que l'agrément était indispensable à la délivrance des soins aux assurés sociaux.

Contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a lié le versement de la subvention aux centres de santé à leur adhésion à l'accord national et a introduit un objectif spécifique de dépenses des centres de santé.

Il a adopté des amendements rédactionnels, l'un relatif au décret d'application de l'article L. 632-32 du code de la sécurité sociale, pour lequel le Gouvernement s'en est remis à la sagesse du Sénat, les autres, contre son avis, substituant *l'appellation* de convention nationale à celle *d'accord national*.

Enfin, contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a supprimé la disposition selon laquelle les centres non agréés se voient appliquer les tarifs fixés par voie *conventionnelle* pour les professionnels libéraux.

En outre, contre l'avis du gouvernement, le Sénat a adopté un amendement de M. Claude Huriet prévoyant que l'accord national doit obligatoirement être signé au moins par une organisation représentative des centres de santé gérés par les *collectivités* territoriales.

Le rapporteur propose de revenir sur les *modifications* du Sénat relatives au versement de la subvention, à l'objectif de dépenses, à l'appellation de convention nationale et à la signature obligatoire par une organisation représentant les centres gérés par une collectivité territoriale.

Il propose également une modification rédactionnelle relative aux centres agréés antérieurement aux nouvelles dispositions et ne remplissant pas les conditions requises quant à leur caractère non lucratif.

*

La commission a adopté un amendement rédactionnel de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, reprenant du I de cet article une précision introduite par le Sénat en ce qui concerne l'agrément.

La commission a adopté un amendement de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture pour le II de cet article et un amendement rédactionnel sur le III du même article.

La commission a rejeté six amendements de Mme Jacqueline Fraysse.

La commission a adopté l'article 16 ainsi modifié.

Article 17

(articles L. 162-1-8, L. 162-5-2 à L. 162-5-8, L. 162-5-9, L. 162-5-11, L. 162-9, L. 162-12-2 à L. 162-12-5 à L. 162-12-7, L. 162-12-3 et L. 162-12-4 nouveaux, L. 162-12-9 à L. 162-12-12, L. 162-14-1 à L. 162-14-4, L. 162-12-17 et L. 162-12-18, L. 162-14, L. 162-15, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 nouveaux, L. 227-1, L. 322-5-4 et L. 322-5-5, L. 645-2 et L. 645-2-1, L. 722-4 et L. 722-4-1

du code de la sécurité sociale)

Régulation des soins de ville par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie

et les accidents du travail

Cet article a pour objet de confier à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés la régulation des soins de ville. Il propose trois types de mesures : la révision du contenu des conventions médicales afin d'accroître la marge de manœuvre des parties conventionnelles, l'instauration d'un objectif de dépenses (honoraires des professionnels de santé) délégué à la CNAMTS et la valorisation des bonnes pratiques professionnelles pour la mise en place d'« accords de bon usage des soins » et des « contrats de bonne pratique ».

Sur proposition de la commission, l'Assemblée nationale a associé les caisses nationales d'assurance maladie autres que la CNAMTS à la rédaction des rapports d'équilibre transmis au Gouvernement, contenant l'évolution des dépenses, les annexes aux conventions applicables aux professionnels de santé et leur compatibilité avec le respect de l'objectif de dépenses déléguées et a prévu que ces rapports soient également transmis au Parlement qui vote l'ONDAM dont est issu l'« objectif de dépenses déléguées » des soins de ville.

L'Assemblée nationale a par ailleurs adopté un dispositif qui permet à l'assurance maladie, en cas d'absence de convention pour les médecins spécialistes, de conclure des accords partiels avec des représentants de telle ou telle spécialité ou groupe de spécialités médicales. Ces accords comportent tous les éléments de l'annexe annuelle aux conventions médicales des professionnels de santé créée par le présent article : la fixation des tarifs, les modifications de cotation des actes dans la limite de 20 % ainsi que toute mesure de nature à garantir le respect de l'objectif de dépenses (diminution des actes inutiles...). Un protocole peut être signé soit par un syndicat représentant une spécialité adhérant à l'un des syndicats représentatifs de l'ensemble des médecins spécialistes signataire de la convention, soit par un syndicat catégoriel appartenant à un syndicat représentatif de l'ensemble des médecins spécialistes non signataires de la convention.

Le Sénat, en total désaccord avec l'ensemble du dispositif, a adopté un mécanisme alternatif de maîtrise de l'évolution des dépenses médicales. Il s'agit en réalité de la reprise de l'amendement adopté par le Sénat lors de l'examen du projet de loi de financement pour 1999 pour remplacer la clause de sauvegarde applicable aux dépenses médicales. Le Sénat a seulement retiré de ce dispositif les versements individualisés, devenus irrecevables après

la décision du Conseil constitutionnel.

Le Sénat prévoit qu'en cas de dérapage des dépenses, les partenaires conventionnels concluent des contrats régionaux d'objectifs et de moyens au niveau de chaque mission régionale de caisses d'assurance maladie. Dans ces contrats, sont fixés pour chacun des postes de dépenses en dépassement des objectifs qui tiennent compte de plusieurs éléments : écart par rapport à l'objectif de dépenses, caractéristiques de l'activité des médecins et de leurs prescriptions, résultats des évaluations individuelles réalisées par les unions régionales de médecins, participation aux actions de formation médicale, respect des références médicales opposables. En fin d'exercice, un bilan d'application des contrats régionaux est réalisé. Les partenaires conventionnels en tirent les conséquences dans le contenu de l'annexe annuelle à la convention.

Le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture. Celui-ci permet en effet de déléguer à CNAMTS une pleine responsabilité de régulation de la médecine de ville. Cette clarification des rôles est indispensable car elle doit mettre fin à la dilution des responsabilités qui est un des facteurs essentiels d'inefficacité de notre système de soins.

*

La commission a adopté un amendement de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

L'article 17 a été ainsi rédigé.

Article 19

(articles L. 315-2-1 nouveau et L. 615-13 du code de la sécurité sociale et article 1106-2 du code rural)

Contrôle des grands consommateurs de soins *médicaux*

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie

et les accidents du travail

Le présent article institue un dispositif ayant pour objet de mieux analyser et mieux contrôler les dépenses des patients, ayant un niveau de consommation élevé, sans être sujets à une affection de longue durée (ALD). Le service du contrôle médical aura la possibilité de convoquer les malades ayant une forte consommation de soins et d'établir conjointement avec leur médecin traitant un plan de soins à leur intention.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté une rédaction différente du texte initial. En effet, si le rapporteur a estimé nécessaire de lutter contre la surconsommation médicale et notamment le « nomadisme médical », il a proposé un amendement visant à clarifier le principe de coprescription et à bien distinguer la responsabilité du médecin traitant d'une part *et la* responsabilité du médecin-conseil d'autre part. Cet amendement précise qu'à la suite de la convocation du patient, le service du contrôle médical peut établir des « recommandations » sur les soins *et les* traitements appropriés. Ces recommandations sont ensuite transmises à l'assuré, soit par le médecin traitant si celui-ci *approuve les recommandations*, soit *directement par le contrôle médical si le médecin traitant ne les accepte pas*.

Le Sénat a supprimé cet article sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement en raison du caractère imprécis de la procédure mise en place. Selon lui, le statut des recommandations n'est pas défini et l'article nouvellement rédigé par l'Assemblée nationale ne précise pas le régime de responsabilité médicale applicable.

Considérant que cette suppression signifie la déresponsabilisation des patients en matière de maîtrise des dépenses de soins, le rapporteur propose de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a adopté un amendement de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, rétablissant le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission a donc rétabli l'article 19.

Article 19 bis (nouveau)

Rapport au Parlement sur le contrôle des grands consommateurs de soins médicaux

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie

et les accidents du travail

Le Sénat a adopté, à l'initiative de M. François Autain avec l'avis favorable du Gouvernement cet article additionnel prévoyant que la Caisse nationale d'assurance maladie présente au Parlement un bilan d'application de la mesure proposée à l'article 19 du présent projet de loi concernant les grands consommateurs de soins médicaux.

Ce dispositif reprend, à peu de choses près, l'une des propositions du plan stratégique de la CNAMTS ; il est logique que celle-ci rende compte des « économies » réalisées grâce à cette mesure. Le rapporteur propose donc d'adopter cet article sous réserve de prévoir un bilan d'application également pour l'article 18 qui rend obligatoire la motivation médicale pour les arrêts de travail et les transports sanitaires. Le Parlement sera ainsi informé des mesures nouvelles concernant la maîtrise des dépenses mises en œuvre par la CNAMTS.

*

La commission a adopté un amendement de précision de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

La commission a adopté l'article 19 bis ainsi modifié.

Article 21

Ajustement de la clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie

et les accidents du travail

Cet article procède à un ajustement du dispositif institué par l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 qui consiste en une clause de sauvegarde pour le médicament, sous la forme d'une contribution applicable à la progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques. Compte tenu du changement du mode de calcul de l'ONDAM (rebasage) opéré cette année par le Gouvernement, cet article fixe pour 2000 un taux de progression de l'ONDAM spécifique, égal à 2 %, pour le calcul de la contribution.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification. En revanche, le Sénat a décidé de supprimer cet article, au motif qu'il serait contraire à la loi organique du 22 juillet 1996 car il fixerait un taux de progression sectoriel pour le médicament différent de l'ONDAM voté par le Parlement. Estimant que cet article est conforme à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale en tant qu'il modifie les règles de calcul d'une imposition affectée aux régimes d'assurance maladie, le rapporteur propose donc de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a adopté un amendement de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, rétablissant cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission a donc rétabli l'article 21.

Article 22 bis

(article L. 601 du code de la santé publique)

Délivrance d'une autorisation de mise sur le marché avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie
et les accidents du travail

Adopté en première lecture à l'Assemblée nationale, à l'initiative de M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des finances, cet article additionnel a pour objet de permettre la délivrance d'une autorisation de mise sur *le marché alors que le produit princeps est encore protégé au regard du droit de la propriété intellectuelle.*

Le Sénat a supprimé cet article sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement en invoquant le fait que son application risquerait de multiplier les contentieux entre laboratoires.

Dans la mesure où cet article favorise une diffusion plus rapide des spécialités génériques en réduisant les délais qui s'écoulent entre l'expiration des droits de propriété intellectuelle et la commercialisation des médicaments génériques, le rapporteur propose de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a adopté un amendement de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, rétablissant le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission a donc rétabli l'article 22 bis.

Article 22 ter (nouveau)

(articles L. 138-9, L. 245-2, L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale)

Régime des médicaments princeps

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie
et les accidents du travail

Cet article additionnel a été introduit par le Sénat sur proposition de M. Claude Huriet et contre l'avis du Gouvernement. Il propose dans un souci d'équité, de donner aux médicaments princeps les avantages dont bénéficient les médicaments génériques, c'est-à-dire

les exceptions au régime des médicaments remboursables.

Ainsi, cet article étend aux princeps trois dérogations prévues pour les génériques. Premièrement, les laboratoires pourront déduire 30 % du chiffre d'affaires en médicaments « princeps » **de l'assiette de la contribution prévue à l'article L. 245-6-1 du même code.** Deuxièmement, la vente directe de princeps est exonérée de la contribution prévue à l'article L. 245-6-1 du même code. Troisièmement, le plafond des remises défini à l'article 138-9 du code de la sécurité sociale accordées par les fournisseurs des officines est porté de 2,5 % à 10,74 % du prix fabricant hors taxes pour les princeps.

Cet article vise à favoriser la baisse *des* prix des médicaments princeps mais cette *baisse* peut *contrarier* le développement des génériques qui ne fait que commencer en France. En effet, si les laboratoires produisant des princeps annoncent qu'ils baisseront leurs prix dès l'entrée des médicaments dans le domaine public, le risque est que les autres laboratoires *ne soient pas incités à produire des médicaments génériques.*

Le rapporteur propose donc de supprimer cet article.

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article présenté par M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que cet article vise à aligner le régime des médicaments princeps sur celui des médicaments génériques. Or, un tel dispositif peut être préjudiciable au développement des génériques dans la mesure où la baisse des prix des princeps, dès leur entrée dans le domaine public, risque de décourager les laboratoires de produire des médicaments génériques.

La commission a adopté l'amendement.

La commission a donc supprimé l'article 22 ter.

Article 23

(articles L. 138-10, L. 162-1-7, L. 162-16-1, L. 162-17, L. 162-17-3, L. 162-17-4, L. 165-1, L. 165-2 à L. 165-5 nouveaux et L. 314-1 du code de la sécurité sociale)

Réforme du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS)

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie

et les accidents du travail

Cet article propose une réforme d'ensemble de la procédure du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS). Le TIPS est l'ensemble des arrêtés ministériels fixant la liste des produits, fournitures et appareils autres que le médicament pris en charge par l'assurance maladie, leurs spécifications et d'éventuelles indications médicales, ainsi que le tarif de responsabilité applicable. Ces biens médicaux sont d'une part les dispositifs *médicaux* (seringues, et pansements, lits médicaux, véhicules pour handicapés, chaussures

orthopédiques etc...) et d'autre part, les tissus et cellules d'origine humaine, quel que soit leur degré de *transformation* et leurs dérivés.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article en y introduisant quelques modifications rédactionnelles, sans conséquence sur l'économie générale du dispositif proposé.

La commission des affaires sociales du Sénat a proposé d'adopter sans modification cet article qui transpose aux biens médicaux concernés le dispositif d'évaluation et de régulation applicable au médicament. Cependant, le Sénat a adopté un amendement de M. Claude Huriet visant à imposer pour certains dispositifs médicaux des normes de sécurité et une qualification minimale des professionnels concernés.

Sans préjuger du fond, le rapporteur estime qu'un tel amendement constitue un « cavalier social » et encourt de ce fait la censure du Conseil constitutionnel. Il propose donc de ne pas retenir cette modification.

*

La commission a adopté un amendement de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission a adopté l'article 23 ainsi modifié.

Article 24

(articles L. 162-22-1, L. 162-22-2, L. 162-22-3 à L. 162-22-6, L. 165-7, L. 174-16 et L. 710-16 du code de la sécurité sociale)

Régulation de l'hospitalisation privée

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie

et les accidents du travail

Le présent article procède à une profonde réforme des modes de régulation des cliniques privées. Le dispositif proposé confie aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) la gestion des dépenses relevant de l'hospitalisation privée, fondée sur une meilleure prise en compte de l'activité médicale des établissements dans la tarification.

En première lecture, l'Assemblée nationale a modifié la répartition des pouvoirs au sein des ARH entre la commission exécutive, composée paritairement de représentants de l'Etat et de l'assurance maladie, et son directeur. *Elle a confié à la commission exécutive le soin* de conclure le *contrat* régional avec les cliniques privées et non au directeur de l'ARH comme le prévoyait le texte initial. L'Assemblée nationale a par ailleurs exclu de l'objectif quantifié national les activités de dialyse et de l'hospitalisation à domicile. Enfin, elle a donné la possibilité aux établissements privés concessionnaires de service public de bénéficier - au même titre que les autres établissements privés - des subventions du Fonds pour la modernisation des cliniques privées créé par le présent article.

Le Sénat a largement modifié cet article. Il a maintenu le contrat tripartite (Etat-caisses-cliniques) alors que l'objet même de la réforme est la mise en place d'un système *bipartite* (ARH-cliniques). Il a également supprimé le système de régulation infra-annuel de l'évolution des dépenses, avec la possibilité de modifier les tarifs en cours d'année.

Le rapporteur propose donc de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

Paragraphe I

(article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale)

La commission a adopté deux amendements *de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de retour à la rédaction de l'Assemblée nationale en première lecture.*

(article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale)

La commission a adopté un amendement du rapporteur *M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de cohérence rédactionnelle.*

Paragraphe II

(article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale)

La commission a adopté deux amendements de M. Claude Evin, rapporteur pour *l'assurance maladie et les accidents du travail, de retour à la rédaction de l'Assemblée nationale en première lecture.*

La commission a également adopté un amendement du M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, précisant que la possibilité de *modulation* des tarifs des prestations servant de base aux calculs de la participation de l'assuré peut concerner une activité ciblée, sans pour autant *rendre* obligatoire la définition d'évolutions moyennes différenciées pour les activités médicales.

(articles L. 162-22-4 à L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale)

La commission a adopté un amendement de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de retour à la rédaction de l'Assemblée nationale en première lecture.

(article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale)

La commission a adopté un amendement de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de retour à la rédaction de l'Assemblée nationale en première lecture.

Paragraphe III

(article L. 170-16-2 du code de la santé publique)

La commission a adopté deux amendements de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de retour à la rédaction de l'Assemblée nationale en première lecture.

Paragraphe IV

La commission a adopté un amendement rédactionnel de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Paragraphe V

La commission a adopté un amendement M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de retour à la rédaction de l'Assemblée nationale en première lecture.

Paragraphe VI

La commission a adopté un amendement du M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de cohérence rédactionnelle.

Paragraphe VII

La commission a adopté un amendement M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de retour à la rédaction de l'Assemblée nationale en première lecture.

Paragraphe VIII

La commission a adopté deux amendements M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail du rapporteur, l'un rédactionnel et l'autre de retour à la rédaction de l'Assemblée nationale en première lecture.

Paragraphe IX

La commission a adopté un amendement M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de retour à la rédaction de

amendement M. Claude Evin,
rapporteur pour l'assurance
maladie et les accidents du travail,
de retour à la rédaction de
l'Assemblée nationale en première
lecture.

La commission a adopté l'article
24 ainsi modifié.

Article 24 bis (nouveau)

(article L. 716-2 du code de la
santé publique)

Durée de l'expérimentation de la
tarification à la pathologie

M. Claude Evin, rapporteur pour
l'assurance maladie
et les accidents du travail

Cet article additionnel introduit par
le Sénat, sur proposition de la
commission des affaires sociales et
contre l'avis du Gouvernement,
vise à modifier la durée de
l'expérimentation de la tarification
à la pathologie dans les
établissements de santé.

L'article 55 de la loi n° 99-641 du
27 juillet 1999 portant création
d'une couverture maladie
universelle prévoit la possibilité
pour le gouvernement

d'expérimenter, à compter du 1er
janvier 2000 et pour une durée
n'excédant pas cinq ans la
tarification à la pathologie dans les
établissements de santé publics ou
privés. *Ces expérimentations*
pourront être menées dans une
zone géographique déterminée,
pour tous les établissements de
santé de la zone ou pour une partie
d'entre eux.

Le Sénat, par cet article
additionnel, a raccourci
sensiblement la durée de cette expé-
rimentation en la réduisant de cinq
à deux ans.

Le rapporteur estime que la mise
en place de la tarification à la
pathologie doit se faire
progressivement et non
brutalement, étant donné la

complexité de la matière (PMSI) et la difficulté majeure de cet exercice, à savoir la comparaison réelle des deux secteurs de l'hospitalisation. En effet, il faut tenir compte des missions de service public auxquelles sont astreints les hôpitaux publics (recherche, enseignement, urgences, permanences de soins).

Convaincu de la nécessité d'une expérimentation d'une durée conséquente, le rapporteur propose donc de supprimer cet article.

*

La commission a adopté un amendement de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, supprimant cet article.

La commission a donc supprimé l'article 24 bis.

Section 4

Branche accidents du travail

Article 26

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

Extension du bénéfice de l'allocation de cessation d'activité pour les travailleurs de l'amiante
M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Cet article procède à une extension de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, créée par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, aux salariés des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante, aux travailleurs de la construction et de la réparation navales et aux ouvriers dockers professionnels ayant manipulé des sacs d'amiante dans un port.

Le Sénat a adopté à cet article deux amendements de sa commission des affaires sociales

contre l'avis du Gouvernement. Le premier précise que les périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite peuvent être compensées lors du calcul du montant de l'allocation. Le rapporteur y est défavorable car le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture prévoit que ces périodes ne sont pas prises en compte dans ce calcul : cette méthode est préférable car elle consiste à neutraliser les périodes de rémunération réduite et à remonter dans le temps pour retrouver un salaire complet, assorti de coefficients d'actualisation. Par ailleurs, le texte de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précise que l'allocation en cause ne peut pas se cumuler avec un avantage de vieillesse, d'invalidité ou une allocation chômage.

Le second amendement précise que le financement du fonds est assuré à égalité entre l'Etat et la branche des accidents **du travail**.

Le rapporteur constate que tel n'est pas le montage financier du fonds. En effet, en 1999, le financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante a été intégralement pris en charge par une subvention budgétaire de l'Etat de 100 millions de francs. En 2000, la participation de l'Etat doit consister en une fraction égale à 200 millions de francs des droits de consommation sur les tabacs, affectée par l'article 29 du projet de loi de finances, le solde des dépenses prévisionnelles étant à la charge de la branche accidents du travail, pour 675 millions de francs. Le rapporteur propose donc de préciser dans le présent article que la participation de l'Etat est

constituée par le versement d'une fraction des droits tabacs.

*

La commission a adopté un amendement M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, supprimant la précision selon laquelle le montant de l'allocation est calculé en compensant certaines périodes d'activité qui donnent lieu à rémunération réduite, M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, ayant indiqué que cette précision était inutile car elle était déjà prise en compte dans le texte adopté par l'Assemblée nationale.

La commission a adopté un amendement de M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et des accidents du travail, relatif au financement du fonds amiante et assurant la cohérence entre la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale.

La commission a adopté l'article 26 ainsi modifié.

*Article 26 bis A (nouveau)
(article L. 432-11 nouveau du code de la sécurité sociale)*

Prise en compte des périodes de rééducation professionnelle

au titre des pensions vieillesse

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie

et les accidents du travail

Cet article, introduit par le Sénat suite à l'adoption d'un amendement de Mme Nicole Borvo avec avis favorable du Gouvernement, précise que les périodes de rééducation professionnelle des titulaires de rentes d'accident du travail sont validées gratuitement pour le calcul des droits à pension vieillesse.

Le rapporteur est tout à fait favorable à cette disposition, car plus la maladie professionnelle est grave, plus le salarié concerné risque de voir sa retraite diminuée au moment de sa liquidation. Il avait d'ailleurs exprimé son accord avec un amendement

identique de Mme Jacqueline Fraysse, examiné en première lecture en commission mais déclaré irrecevable au regard de l'article 40 de la Constitution, s'agissant d'une création de charge.

*

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 26 bis

(article L. 434-2 du code de la sécurité sociale)

Amélioration de l'indemnisation des accidents du travail successifs

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture suite à l'adoption d'un amendement du Gouvernement reprenant un amendement de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, permet la prise en compte cumulative des accidents du travail successifs dans le calcul de la rente ou de l'indemnité en capital versée en réparation du préjudice subi.

Il prévoit que les « petits » accidents du travail successifs, portant le taux d'incapacité totale à 10 % au moins, peuvent être indemnisés, au choix de la victime, soit par une indemnité en capital, soit par une rente tenant compte des indemnités en capital déjà versées. Par ailleurs, il met en place un nouveau mode de calcul de la rente lorsque l'assuré est victime d'accidents successifs. Dans ce cas, il sera désormais tenu compte du ou des taux d'incapacité antérieurement reconnus pour le calcul de la nouvelle rente. Ce nouveau mode de calcul respecte également le principe de l'autonomie de la réparation de chaque accident ou maladie professionnelle.

La dépense correspondant à la majoration du *montant des rentes versées pour accidents successifs ne sera pas inscrite* au compte de l'employeur mais fera l'objet d'une prise en charge mutualisée par la branche. La montée en charge financière de ce dispositif, applicable aux accidents déclarés à compter du 1er janvier 2000, devrait être très progressive.

Par l'adoption d'un amendement de sa commission des affaires sociales avec avis favorable du Gouvernement, le Sénat a apporté trois précisions à cet article, s'agissant de la prise en compte du dernier accident pour calculer le taux global d'incapacité, d'une référence au code de la sécurité sociale pour l'attribution d'une indemnité en capital et de la possibilité d'obtenir une nouvelle fixation de réparation après le 1er janvier 2000. Le rapporteur est tout à fait favorable à ces utiles précisions **et propose en conséquence** que cet article soit **adopté** sans modification.

*

La commission a adopté cet article sans modification.

Section 5

Objectifs de dépenses par branche

Article 27

Fixation des objectifs de dépenses par branche

M. Alfred Recours, rapporteur **pour** les recettes et l'équilibre général

En application **du** 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe, par branche, les **objectifs** de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

En première lecture, l'Assemblée nationale a tiré la conséquence à cet article de la suppression de la contribution imposée au régime général pour le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale, figurant à l'article 2 dans le projet initial et déjà provisionnée dans les comptes. Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble des modifications apportées à cet article à ce stade de la discussion.

Maladie Accidents du travail Vieillesse Famille Total
 Projet de loi initial 733,354,7803,3265,0
 1856,3 Non contribution du régime général au financement du fonds d'allégement
 (article 2)- 2,3- 0,4- 1,8

	- 1,0	- 5,5+ 1 % minimum vieillesse0,20,2
Extension fonds amiante (article 26)		0,4
	0,4	Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale en première lecture
731,0	54,7	801,7264,01851,4 Par un amendement de sa commission des affaires sociales adopté contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a réduit l' <i>objectif</i> de dépenses de la branche famille de 2,5 milliards de francs, en raison de son refus de la prise en charge partielle par la CNAF de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire (ARS). Estimant au contraire que cette mesure constitue une clarification utile des circuits de financement de la <i>sécurité sociale</i> et qu'elle a été décidée à la suite de la Conférence de la famille de juillet 1999, le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture sur ce point. Le Sénat a également majoré les dépenses de la branche vieillesse d'un milliard de francs, suite à l'adoption d'un amendement du Gouvernement prenant en compte la revalorisation des pensions des agriculteurs décidée par l'Assemblée nationale lors de l'examen des crédits du BAPSA au cours de sa deuxième séance du mercredi 17 novembre 1999. Le rapporteur ne peut

Conventions régissant les relations de
trésorerie

entre l'Etat et la sécurité sociale
M. Alfred Recours, rapporteur pour
les recettes et l'équilibre général

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture *suite à l'adoption d'un amendement de sa commission des finances avec l'accord du Gouvernement*, prévoit la conclusion de conventions entre l'Etat et la sécurité sociale visant à garantir la neutralité des flux financiers en trésorerie.

Le Sénat a précisé, par l'adoption d'un amendement de sa commission des affaires sociales pour lequel le Gouvernement s'en est remis à la sagesse de la seconde chambre, que le champ de cet article est limité aux régimes obligatoires de base et aux organismes concourant à leur financement. Estimant que cette précision est conforme au texte de la loi organique du 22 juillet 1996, le rapporteur propose l'adoption de cet article sans modification.

*

La commission a adopté un amendement de M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, de retour à la rédaction de l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission a adopté l'article 29 bis ainsi modifié.

Article 30

Ratification du décret portant relèvement du plafond des ressources non permanentes applicable au régime général
M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Le présent article tend à ratifier, conformément à l'article L.O. 111-5 du code de la sécurité sociale, le relèvement de 24 à 29 milliards de francs du plafond des besoins de trésorerie du régime général, relèvement intervenu par décret en Conseil d'Etat et en Conseil des ministres du 7 octobre 1999.

Par un amendement de sa commission

des affaires sociales adopté contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a décidé de supprimer cet article, au motif qu'il aurait préféré le vote d'une loi de financement de la sécurité sociale rectificative. Etant donné que cet article est conforme à la loi organique du 22 juillet 1996 et que le relèvement du plafond qu'il ratifie correspond à une nécessité financière, le rapporteur propose de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a adopté un amendement de M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, rétablissant cet article dans le texte de l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission a donc rétabli l'article 30.

Article 31

Plafonnement des ressources non permanentes

M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Cet article chiffre les montants pour 2000 du plafonnement des ressources non permanentes dont disposeront les régimes qui sont, de ce fait, légalement autorisés à emprunter dans la limite de ces plafonds, conformément au 5° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

En première lecture, l'Assemblée nationale a *adopté* cet article sans modification. En revanche, le Sénat a décidé, à l'initiative de sa commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, de réduire le plafond d'*avances* de trésorerie du régime général de 29 milliards de francs à **24 milliards de francs**, en cohérence avec la **suppression du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de la sécurité sociale**. Il a également réduit celui du régime des exploitants agricoles de **12,5 milliards de francs à 10,5 milliards de francs**, au motif qu'il ne serait pas justifié par **l'évolution du solde comptable de ce régime, et supprimé l'autorisation**

d'emprunt accordée à la CNRACL pour 2,5 milliards de francs par opposition de principe au mécanisme de surcompensation.

Estimant que les autorisations d'emprunt que le Gouvernement demande au Parlement d'accorder à ces régimes correspondent à des évaluations sincères des besoins de trésorerie infra-annuels, le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a adopté un amendement de M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, de retour à la rédaction de l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission a adopté l'article 31 ainsi modifié.

*

* *

La commission a adopté l'ensemble du projet de *loi ainsi modifié*.

En conséquence, et sous réserve des amendements qu'elle propose, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter, en deuxième lecture, le projet de loi n° 1943.

TABLEAU COMPARATIF

—

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

		<p>d'emprunt accordée à la CNRACL pour 2,5 milliards de francs par opposition de principe au mécanisme de surcompensation.</p> <p>Estimant que les autorisations d'emprunt que le Gouvernement demande au Parlement d'accorder à ces régimes correspondent à des évaluations sincères des besoins de trésorerie infra-annuels, le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.</p> <p>*</p> <p>La commission a adopté un amendement de M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, de retour à la rédaction de l'Assemblée nationale en première lecture.</p> <p>La commission a adopté l'article 31 ainsi modifié.</p> <p>*</p> <p>* *</p> <p>La commission a adopté l'ensemble du projet de <i>loi ainsi modifié</i>.</p> <p><i>En conséquence, et sous réserve des amendements qu'elle propose, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter, en deuxième lecture, le projet de loi n° 1943.</i></p> <p>TABLEAU COMPARATIF</p> <p>—</p> <p><i>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</i></p>
<p><i>Texte adopté par le Sénat en première lecture</i></p> <p>_____</p>	<p><i>Propositions de la commission</i></p> <p>_____</p>	
<p><i>TITRE Ier</i></p>	<p><i>TITRE Ier</i></p>	<p><i>TITRE Ier</i></p>

	<i>Orientations et objectifs de la politique de santé et de sécurité sociale</i> Orientations et objectifs de la politique de santé et de sécurité sociale	<i>Orientations et objectifs de la politique de santé et de sécurité sociale</i>
	<i>Article 1er</i>	<i>Article 1er</i>
<i>Article 1er</i>		<i>Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2000.</i>
<i>Sans modification</i> <i>Sans modification</i> <i>Article 1er bis (nouveau)</i>	<i>Article 1er bis</i>	
<i>Le quatrième alinéa de l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</i>	Supprimé	
<i>« Le secrétariat général de la commission des comptes de la sécurité sociale est placé sous l'autorité d'un secrétaire général, nommé pour trois ans renouvelable une fois, par le ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition conjointe des présidents des deux assemblées.</i>		
<i>Article 1er ter (nouveau)</i> Article 1er ter		
<i>I. - Après l'article L. 114-1 du même code, il est inséré un article L. 114-2 ainsi rédigé : Supprimé</i>		<i>« Art. L. 114-2. - Les régimes obligatoires de sécurité sociale communiquent leurs comptes au secrétaire général de la commission des comptes avant le 31 mars de l'année suivant l'exercice considéré.</i>
		<i>« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.</i>
<i>II. - Après l'article L. 114-1 du même code, il est inséré un article L. 114-3 ainsi rédigé :</i>		
<i>« Art. L. 114-3. - Les organismes de sécurité sociale décrivent leurs opérations à l'aide d'un plan comptable unique.</i>		
<i>« Le suivi d'application de ce plan comptable est assuré par le secrétariat de la commission des comptes de la sécurité sociale.</i>		

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article.		
III. - Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois aux comptes de l'année 2001.		
TITRE II	TITRE II	
<i>Dispositions relatives aux ressources</i>	<i>Dispositions relatives aux ressources</i>	
.....	Articles 2A à 2C Conformes
	Article 2	Article 2
Article 2	I.- Il est inséré, au titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, un chapitre Ier quater ainsi rédigé :	Supprimé
I.- Il est inséré, au titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, un chapitre Ier quater ainsi rédigé :		« Chapitre Ier quater
	« Chapitre Ier quater	« Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale
	« Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale	
« Art. L. 131-8. – Il est créé un fonds dont la mission est de compenser le coût, pour la sécurité sociale, des exonérations de cotisations patronales aux régimes de base de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 131-8-1 et d'améliorer le financement de la sécurité sociale par la réforme des cotisations patronales.		« Art. L. 131-8. – Il est créé un fonds dont la mission est de compenser le coût, pour la sécurité sociale, des exonérations de cotisations patronales aux régimes de base de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 131-8-1 et d'améliorer le financement de la sécurité sociale par la réforme des cotisations patronales.

	<p>« Ce fonds, dénommé « Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale », est un établissement public national à caractère administratif. Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement et des représentants des organisations syndicales de salariés et des organisations d'employeurs les plus représentatives au plan national. Ce décret en Conseil d'Etat fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.</p>	<p>« Ce fonds, dénommé « Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale », est un établissement public national à caractère administratif. Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement et des représentants des organisations syndicales de salariés et des organisations d'employeurs les plus représentatives au plan national. Ce décret en Conseil d'Etat fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.</p>
	<p>« Art. L. 131-8-1. – Les dépenses du fonds sont constituées : « Art. L. 131-9 . – Les dépenses du fonds sont constituées :</p>	
<p>« 1° Par le versement, aux régimes de sécurité sociale concernés, des montants correspondant :</p>	<p>« 1° Par le versement, aux régimes de sécurité sociale concernés, des montants correspondant :</p>	<p>« a) A la prise en charge de l'allègement visé aux articles L. 241-13-1 et L. 711-13-1 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes;</p>
	<p>« a) A la prise en charge de l'allègement visé aux articles L. 241-13-1 et L. 711-13-1 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes; « b) A la prise en charge de l'aide visée à l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail;</p>	
<p>« b) A la prise en charge de l'aide visée à l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail;</p>	<p>« c) A la prise en charge de la réduction visée aux articles L. 241-13 et L. 711-13 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes ainsi qu'au IV de l'article 1er de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative à des mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale.</p>	<p>« c) A la prise en charge de la réduction visée aux articles L. 241-13 et L. 711-13 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes ainsi qu'au IV de l'article 1er de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative à des mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale.</p>
	<p>« 2° Par les frais de gestion administrative du fonds.</p>	<p>« 2° Par les frais de gestion administrative du fonds.</p>

	<p>« Les versements mentionnés aux a, b et c du 1° ci-dessus se substituent à la compensation par le budget de l'Etat prévue à l'article L. 131-7 <i>sous réserve que cette compensation soit intégrale. Dans le cas contraire, les dispositions prévues à l'article L. 131-7 s'appliquent.</i>» Les versements mentionnés aux a, b et c du 1° ci-dessus se substituent à la compensation par le budget de l'Etat prévue à l'article L. 131-7 <u>sous réserve que cette compensation soit intégrale. Dans le cas contraire, les dispositions prévues à l'article L. 131-7 s'appliquent.</u></p>	
« Art. L. 131-8-2. – Les recettes du fonds sont constituées par :	« Art. L. 131-10. – Les recettes du fonds sont constituées par :	« 1° Une fraction du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de finances pour 2000;
	« 1° Une fraction du produit du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par l'article 29 de la loi de finances pour 2000 (n° du);	« 2° La contribution sociale sur les bénéfiques des sociétés visée aux articles 235ter ZC et 1668D du code général des impôts;
	« 2° La contribution sociale sur les bénéfiques des sociétés visée aux articles 235 ter ZC et 1668 D du code général des impôts» 3° La taxe générale sur les activités polluantes prévue à l'article 266 sexies du code des douanes;	
« 3° La taxe générale sur les activités polluantes visée à l'article 266 sexies à 266 terdecies du code des douanes;	« 4° Une fraction fixée à 47 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 bis du même code;	

<p>« 4° Une fraction fixée à 47 % du produit du droit de consommation visé à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la Corse et du prélevement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 bis du même code;</p>	<p>« 5° La contribution visée aux articles L. 212-5 du code du travail et 992-2 du code rural;</p>	
<p>« 5° La contribution visée aux articles L. 212-5 du code du travail et 992-2 du code rural</p>	<p>« 6° Les produits non consommés de l'exercice précédent;</p>	
<p>« 6° Les produits non consommés de l'exercice précédent</p>	<p>« 7° Une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances.</p>	
<p>« 7° Une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances.</p>	<p>« Les recettes et les dépenses du fonds doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale. Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul.</p>	
<p>« Les recettes et les dépenses du fonds doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale. Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul.</p>	<p>« Art. L. 131-8-3 et L. 131-8-4. – Supprimés.....</p>	
<p>Alinéa supprimé</p>		<p>« Art. L. 131-8-5.– Les frais d'assiette et de recouvrement des impôts, droits, taxes et contributions mentionnés à l'article L. 131-8-2 sont à la charge du fonds, en proportion du produit qui lui est affecté; leur montant est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.</p>
	<p>Alinéa supprimé</p>	
<p>« Art. L. 131-8-6. – Les relations financières entre le fonds et les organismes de protection sociale, d'une part, le fonds et l'Etat, d'autre part, font l'objet de conventions destinées notamment à garantir la neutralité en trésorerie des flux financiers pour les organismes de sécurité sociale. »</p>	<p>« Art. L. 131-8-11. – Les relations financières entre le fonds et les organismes de protection sociale, d'une part, le fonds et l'Etat, d'autre part, font l'objet de conventions destinées notamment à garantir la neutralité en trésorerie des flux financiers pour les organismes de sécurité sociale. »</p>	

<p><i>I bis (nouveau). – Dans le 2° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 55 % » est remplacé par le taux : « 8 % ».</i></p>		<p>II – Dans le 2° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 55 % » est remplacé par le taux : « 8 % ».</p>
	<p>II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000. Les dispositions du 4° de l'article L. 131-8-2 du code de la sécurité sociale et du I bis du présent article sont applicables aux versements effectués au profit respectivement du fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code à compter du 1er janvier 2000.</p>	
<p>III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000. Les dispositions du 4° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale et du I bis du présent article sont <u>ap</u> plicables aux versements effectués au profit respectivement du fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du <u>même code à compter du 1er janvier 2000.</u></p>	<p><i>A titre transitoire et jusqu'à la date de création du fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, les produits mentionnés à l'article L. 131-8-2, à l'exception de ceux mentionnés au 5°, sont versés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, et les produits mentionnés au 5° de l'article L. 131-8-2 sont centralisés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale suit lesdits produits dans des comptes spécifiques ouverts à cet effet.</i></p>	
<p><i>A titre transitoire et jusqu'à la date de création du fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, les produits mentionnés à l'article L. 131-10, à l'exception de ceux mentionnés au 5°, sont versés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, et les produits mentionnés au 5° de l'article L. 131-10 sont centralisés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale suit lesdits produits dans des comptes spécifiques ouverts à cet effet.</i></p>		

	« IV.- La perte de recettes pour l'Etat est compensée par une augmentation à due concurrence du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts. »	
<i>Article 3</i>	<i>Article 3</i>	
<i>Le code général des impôts est ainsi modifié :</i>	<i>Supprimé</i>	<i>Le code général des impôts est ainsi modifié :</i>
	<i>1° Il est inséré un article 235terZC ainsi rédigé :</i>	<i>1° Il est inséré un article 235terZC ainsi rédigé :</i>
	« Art. 235terZC. – I. – Les redevables de l'impôt sur les sociétés sont assujettis à une contribution sociale égale à une fraction de cet impôt calculé sur leurs résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 et diminué d'un abattement qui ne peut excéder 5 000 000 F par période de douze mois. Lorsqu'un exercice ou une période d'imposition est inférieur ou supérieur à douze mois, l'abattement est ajusté à due proportion.	« Art. 235terZC. – I. – Les redevables de l'impôt sur les sociétés sont assujettis à une contribution sociale égale à une fraction de cet impôt calculé sur leurs résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 et diminué d'un abattement qui ne peut excéder 5 000 000 F par période de douze mois. Lorsqu'un exercice ou une période d'imposition est inférieur ou supérieur à douze mois, l'abattement est ajusté à due proportion.
	« La fraction mentionnée au premier alinéa est égale à 3,3% pour les exercices clos à compter du 1er janvier 2000.» La fraction mentionnée au premier alinéa est égale à 3,3% pour les exercices clos à compter du 1er janvier 2000.	« Sont exonérés les redevables ayant réalisé un chiffre d'affaires de moins de 50 millions de francs. Le chiffre d'affaires à prendre en compte s'entend du chiffre d'affaires réalisé par le redevable au cours de l'exercice ou période d'imposition, ramené à douze mois le cas échéant et, pour la société mère d'un groupe mentionné à l'article 223 A, de la somme des chiffres d'affaires de chacune des sociétés membres de ce groupe. Le capital des sociétés, entièrement libéré, doit être détenu de manière continue, pour 75% au moins, par des personnes physiques ou par une société répondant aux mêmes conditions dont le capital est détenu, pour 75% au moins, par des personnes physiques. Pour la détermination de ce pourcentage, les participations des sociétés de capital-risque, des fonds communs de placement à risques, des sociétés de développement régional et des sociétés financières d'innovation ne sont pas prises en compte à la condition qu'il n'existe pas de lien de dépendance au sens du 1 bis de l'article 39 terdecies entre la société en cause et ces dernières sociétés ou ces fonds.

	<p>« Sont exonérés les redevables ayant réalisé un chiffre d'affaires de moins de 50 millions de francs. Le chiffre d'affaires à prendre en compte s'entend du chiffre d'affaires réalisé par le redevable au cours de l'exercice ou période d'imposition, ramené à douze mois le cas échéant et, pour la société mère d'un groupe mentionné à l'article 223 A, de la somme des chiffres d'affaires de chacune des sociétés membres de ce groupe. Le capital des sociétés, entièrement libéré, doit être détenu de manière continue, pour 75% au moins, par des personnes physiques ou par une société répondant aux mêmes conditions dont le capital est détenu, pour 75% au moins, par des personnes physiques. Pour la détermination de ce pourcentage, les participations des sociétés de capital-risque, des fonds communs de placement à risques, des sociétés de développement régional et des sociétés financières d'innovation ne sont pas prises en compte à la condition qu'il n'existe pas de lien de dépendance au sens du 1 bis de l'article 39 terdecies entre la société en cause et ces dernières sociétés ou ces fonds.</p>	<p>« II. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 223 A, la contribution est due par la société mère. Elle est assise sur l'impôt sur les sociétés afférent au résultat d'ensemble et à la plus-value nette d'ensemble définis aux articles 223 B et 223 D.</p>
	<p>« II. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 223 A, la contribution est due par la société mère. Elle est assise sur l'impôt sur les sociétés afférent au résultat d'ensemble et à la plus-value nette d'ensemble définis aux articles 223 B et 223 D.</p>	<p>« III. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 209quinquies, la contribution est calculée d'après le montant de l'impôt sur les sociétés, déterminé selon les modalités prévues au I, qui aurait été dû en l'absence d'application de ce régime. Elle n'est ni imputable ni remboursable.</p>
	<p>« III. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 209quinquies, la contribution est calculée d'après le montant de l'impôt sur les sociétés, déterminé selon les modalités prévues au I, qui aurait été dû en l'absence d'application de ce régime. Elle n'est ni imputable ni remboursable.</p>	<p>« III. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 209quinquies, la contribution est calculée d'après le montant de l'impôt sur les sociétés, déterminé selon les modalités prévues au I, qui aurait été dû en l'absence d'application de ce régime. Elle n'est ni imputable ni remboursable.</p>
	<p>« III. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 209quinquies, la contribution est calculée d'après le montant de l'impôt sur les sociétés, déterminé selon les modalités prévues au I, qui aurait été dû en l'absence d'application de ce régime. Elle n'est ni imputable ni remboursable.</p>	<p>« V. – Elle est établie et contrôlée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties et sanctions.</p>
	<p>« V. – Elle est établie et contrôlée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties et sanctions.</p>	<p>« VI. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »;</p>

	« VI. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »;	2° Il est inséré un article 1668 D ainsi rédigé :
	2° Il est inséré un article 1668 D ainsi rédigé :	« Art. 1668 D. – I. – La contribution sociale mentionnée à l'article 235terZC est recouvrée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties et sanctions.
	« Art. 1668 D. – I. – La contribution sociale mentionnée à l'article 235terZC est recouvrée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties et sanctions.	« Elle est payée spontanément au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts directs, au plus tard à la date prévue au 2 de l'article 1668 pour le versement du solde de liquidation de l'impôt sur les sociétés.
	« Elle est payée spontanément au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts directs, au plus tard à la date prévue au 2 de l'article 1668 pour le versement du solde de liquidation de l'impôt sur les sociétés.	« Elle donne lieu au préalable à quatre versements anticipés aux dates prévues pour le paiement des acomptes d'impôt sur les sociétés de l'exercice ou de la période d'imposition. Le montant des versements anticipés est fixé à 3,3% du montant de l'impôt sur les sociétés calculé sur les résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 de l'exercice ou de la période d'imposition qui précède et diminué d'un montant qui ne peut excéder celui de l'abattement défini au premier alinéa du I de l'article 235terZC.
	« Elle donne lieu au préalable à quatre versements anticipés aux dates prévues pour le paiement des acomptes d'impôt sur les sociétés de l'exercice ou de la période d'imposition. Le montant des versements anticipés est fixé à 3,3% du montant de l'impôt sur les sociétés calculé sur les résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 de l'exercice ou de la période d'imposition qui précède et diminué d'un montant qui ne peut excéder celui de l'abattement défini au premier alinéa du I de l'article 235terZC.	le montant des versements « Lorsque anticipés déjà payés au titre d'un exercice ou d'une période d'imposition en application du deuxième alinéa est égal ou supérieur à la contribution dont l'entreprise prévoit qu'elle sera finalement redevable au titre de ce même exercice ou de cette même période, l'entreprise peut se dispenser de paiement de nouveaux versements en remettant au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts directs, avant la date d'exigibilité du prochain versement anticipé, une déclaration datée et signée.

	<p>« Lorsque le montant des versements anticipés déjà payés au titre d'un exercice ou d'une période d'imposition en application du deuxième alinéa est égal ou supérieur à la contribution dont l'entreprise prévoit qu'elle sera finalement redevable au titre de ce même exercice ou de cette même période, l'entreprise peut se dispenser du paiement de nouveaux versements en remettant au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts directs, avant la date d'exigibilité du prochain versement anticipé, une déclaration datée et signée.</p>	<p>« Si la déclaration mentionnée à l'alinéa précédent est reconnue inexacte à la suite de la liquidation de la contribution, la majoration prévue au 1 de l'article 1762 est appliquée aux sommes non réglées.</p>
	<p>« Si la déclaration mentionnée à l'alinéa précédent est reconnue inexacte à la suite de la liquidation de la contribution, la majoration prévue au 1 de l'article 1762 est appliquée aux sommes non réglées. « II. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. » ;</p>	
<p>« II. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. » ;</p>	<p>3° Au premier alinéa de l'article 213, après les mots : « la contribution temporaire mentionnée à l'article 235terZB », sont insérés les mots : « , la contribution sociale mentionnée à l'article 235terZC ».</p>	
<p>3° Au premier alinéa de l'article 213, après les mots : « la contribution temporaire mentionnée à l'article 235terZB », sont insérés les mots : « , la contribution sociale mentionnée à l'article 235terZC ».</p>	<p>Article 4</p>	<p>Article <u>4</u></p>
<p>Article 4</p>	<p>I. – Le code des douanes est ainsi modifié :</p>	<p>Supprimé</p>
<p>I. – Le code des douanes est ainsi modifié :</p>		<p>A. – L'article 266 sexies est ainsi modifié :</p>
<p>A. – L'article 266 sexies est ainsi modifié :</p>		<p>1° Au I, les mots : « à compter du 1er janvier 1999 » sont supprimés;</p>
<p>1° Au I, les mots : « à compter du 1er janvier 1999 » sont supprimés;</p>	<p>2° Le I est complété par un 5, un 6, un 7 et un 8 ainsi rédigés :</p>	

<p>2° Le I est complété par un 5, un 6, un 7 et un 8 ainsi rédigés :</p>	<p>« 5. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intra-communautaire ou qui met à la consommation des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants <u>ou assouplissants pour le linge relevant respectivement des rubriques 34022090, 34029090 et 38091010 à 38099100 du tarif douanier;</u></p>	
<p>« 5. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur après achat, importation ou fabrication dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou qui met à la consommation des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge relevant respectivement des rubriques 34022090, 34029090 et 38091010 à 38099100 du tarif douanier;</p>	<p>« 6. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intra-communautaire ou qui met à la consommation des grains minéraux naturels d'un diamètre maximal de 125 millimètres relevant des rubriques 2505 et 25171010 du tarif douanier;</p>	
<p>« 6. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché <u>intérieur après achat, importation ou fabrication dans un autre Etat membre de la Communauté</u> européenne ou qui met à la consommation des grains minéraux naturels d'un diamètre maximal de 125 millimètres relevant des rubriques 2505 et 25171010 du tarif douanier;</p>	<p>« 7. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intra-communautaire ou qui met à la consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés relevant de la rubrique 3808 du tarif douanier dont la mise sur le marché est autorisée en application de la loi n° 525 du 2 novembre 1943 relative à l'organisation du contrôle des produits antiparasitaires à usage agricole et dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses selon les critères définis par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail;</p>	

<p>« 7. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur après achat, importation ou fabrication dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou qui met à la consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés relevant de la rubrique 3808 du tarif douanier dont la mise sur le marché est autorisée en application de la loi n° 525 du 2 novembre 1943 relative à l'organisation du contrôle des produits antiparasitaires à usage agricole et dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses selon les critères définis par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail;« 8.a. Tout exploitant d'un établissement industriel ou commercial ou d'un établissement public à caractère industriel et commercial dont certaines installations sont soumises à autorisation au titre de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée;</p>	<p>« 8.a. Tout exploitant d'un établissement industriel ou commercial ou d'un établissement public à caractère industriel et commercial dont certaines installations sont soumises à autorisation au titre de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée;</p>	
<p>« b. Tout exploitant d'un établissement mentionné au a dont les activités, figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat après avis du Conseil supérieur des installations classées, font courir, par leur nature ou leur volume, des risques particuliers à l'environnement. » ;</p>	<p>« b. Tout exploitant d'un établissement mentionné au a dont les activités, figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat après avis du Conseil supérieur des installations classées, font courir, par leur nature ou leur volume, des risques particuliers à l'environnement. » ;</p>	
<p>3° Le II est complété par un 3, un 4 et un 5 ainsi rédigés :3° Le II est complété par un 3, un 4 et un 5 ainsi rédigés :</p>	<p>« 3. Aux produits mentionnés au 6 du I du présent article issus d'une opération de recyclage ou qui présentent une teneur sur produit sec d'au moins 97% d'oxyde de silicium;</p>	

<p>« 3. Aux produits mentionnés au 6 du I du présent article issus d'une opération de recyclage ou qui présentent une teneur sur produit sec d'au moins 97% d'oxyde de silicium;» 4. Aux préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, aux produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, aux grains minéraux naturels, aux produits antiparasitaires à usage agricole et aux produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I du présent article lorsque la première livraison après fabrication nationale consiste en une expédition directe à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou en une exportation;</p>		<p>« 4. Aux préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, aux produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, aux grains minéraux naturels, aux produits antiparasitaires à usage agricole et aux produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I du présent article lorsque la première livraison après fabrication nationale consiste en une expédition directe à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou en une exportation;</p>
<p>« 5. A l'exploitation d'installations classées par les entreprises inscrites au répertoire des métiers. »</p>		<p>« 5. A l'exploitation d'installations classées par les entreprises inscrites au répertoire des métiers. »</p>
<p>B. – L'article 266septies est complété par un 5, un 6, un 7 et un 8 ainsi rédigés :B. – L'article 266septies est complété par un 5, un 6, un 7 et un 8 ainsi rédigés :</p>		<p>« 5. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d'acquisition intra-communautaire ou la mise à la consommation des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l'article 266sexies;</p>
<p>« 5. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur après achat, importation ou fabrication dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou la mise à la consommation des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l'article 266sexies;</p>	<p>« 6. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d'acquisition intra-communautaire ou la mise à la consommation des grains minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l'article 266 sexies;</p>	

<p>« 6. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur après achat, importation ou fabrication dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou la mise à la consommation des grains minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l'article 266 sexies;» 7. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d'acquisition intra-communautaire ou la mise à la consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses mentionnés au 7 du I de l'article 266sexies;</p>		<p>« 7. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur après achat, importation ou fabrication dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou la mise à la consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses mentionnés au 7 du I de l'article 266sexies;</p>
<p>« 8.a. La délivrance de l'autorisation prévue par l'article 3 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée;</p>		<p>« 8.a. La délivrance de l'autorisation prévue par l'article 3 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée;</p>
<p>« b. L'exploitation au cours d'une année civile d'un établissement mentionné au b du 8 du I de l'article 266sexies. »</p>		<p>« b. L'exploitation au cours d'une année civile d'un établissement mentionné au b du 8 du I de l'article 266sexies. »</p>
<p>C. – L'article 266octies est complété par un 5, un 6 et un 7 ainsi rédigés :</p>		<p>C. – L'article 266 octies est complété par un 5, un 6 et un 7 ainsi rédigés :</p>
<p>« 5. Le poids des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l'article 266 sexies;</p>		<p>« 5. Le poids des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l'article 266 sexies;</p>
<p>« 6. Le poids des grains minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l'article 266sexies;</p>		<p>« 6. Le poids des grains minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l'article 266sexies;</p>
<p>« 7. Le poids des substances classées dangereuses selon les critères définis par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés mentionnés au 7 du I de l'article 266sexies. »</p>		<p>« 7. Le poids des substances classées dangereuses selon les critères définis par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés mentionnés au 7 du I de l'article 266sexies. »</p>

	<i>D. – L'article 266 nonies est ainsi modifié :</i>	<i>D. – L'article 266 nonies est ainsi modifié :</i>
	<i>1° Le tableau figurant au I est ainsi rédigé :</i>	
<i>1° Le tableau figurant au I est ainsi rédigé :</i>		<i>(voir page 63 bis)</i>
	<i>(tableau sans modification)</i>	
<i>2° L'article est complété par un 7 et un 8 ainsi rédigés :</i>		<i>2° L'article est complété par un 7 et un 8 ainsi rédigés :</i>
<i>« 7. Les substances classées dangereuses qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole et des produits assimilés mentionnés au 7 du I de l'article 266sexies sont réparties en sept catégories affectées d'un taux unitaire spécifique en fonction de leurs caractéristiques écotoxicologiques et toxicologiques définies par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail :</i>		<i>« 7. Les substances classées dangereuses qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole et des produits assimilés mentionnés au 7 du I de l'article 266sexies sont réparties en sept catégories affectées d'un taux unitaire spécifique en fonction de leurs caractéristiques écotoxicologiques et toxicologiques définies par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail :</i>
	<i>(voir page 63 ter)</i>	
<i>(tableau sans modification)</i>		<i>« 8. Le décret en Conseil d'Etat prévu au b du 8 du I de l'article 266sexies fixe un coefficient multiplicateur compris entre un et dix pour chacune des activités exercées dans les installations classées, en fonction de sa nature et de son volume. Le montant de la taxe effectivement perçue chaque année par établissement au titre de chacune de ces activités est égal au produit du tarif de base fixé dans le tableau figurant au I ci-dessus et du coefficient multiplicateur. »</i>

	<p>« 8. Le décret en Conseil d'Etat prévu au b du 8 du I de l'article 266sexies fixe un coefficient multiplicateur compris entre un et dix pour chacune des activités exercées dans les installations classées, en fonction de sa nature et de son volume. Le montant de la taxe effectivement perçue chaque année par établissement au titre de chacune de ces activités est égal au produit du tarif de base fixé dans le tableau figurant au I ci-dessus et du coefficient multiplicateur. »</p>	
<p>E. – L'article 266 decies est complété par un <u>3 ainsi rédigé</u> :</p>	<p>E. – L'article 266 decies est complété par un 3 ainsi rédigé :</p>	<p>« 3. Les préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, les produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, les grains minéraux naturels, les produits antiparasitaires à usage agricole et les produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I de l'article 266sexies donnent lieu, sur demande, à remboursement de la taxe afférente lorsqu'ils sont expédiés à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou exportés. »</p>
	<p>« 3. Les préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, les produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, les grains minéraux naturels, les produits antiparasitaires à usage agricole et les produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I de l'article 266sexies donnent lieu, sur demande, à remboursement de la taxe afférente lorsqu'ils sont expédiés à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou exportés. »</p>	
<p>« 4 Les personnes mentionnées au I du I de l'article 266 sexies doivent répercuter la taxe afférente dans les contrats conclus avec les personnes physiques ou morales dont ils réceptionnent les déchets. »</p>		<p>F. – Il est créé un article 266 terdecies ainsi rédigé :</p>
	<p>F. – Il est créé un article 266 terdecies ainsi rédigé : « Art. 266terdecies. – Par dérogation aux dispositions des articles 266undecies et 266duodecies, les services chargés de l'inspection des installations classées contrôlent, liquident et recouvrent la part de la taxe générale sur les activités polluantes assise sur la délivrance de l'autorisation prévue par l'article 3 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée et sur l'exploitation au cours d'une année civile d'un établissement mentionné au b du 8 du I de l'article 266sexies selon les modalités suivantes : « Art. 266terdecies. – Par dérogation aux dispositions des articles 266undecies et 266duodecies les</p>	

<p><i>« I. – Au vu des renseignements transmis par le préfet, les services chargés de l’inspection des installations classées dressent la liste des redevables, fixent le montant de la taxe et, le cas échéant, des pénalités dues par chacun de ceux-ci et prescrivent l’exécution de la recette correspondante.</i></p>	<p><i>« Ils notifient à l’assujetti le montant de la taxe et, le cas échéant, des pénalités à acquitter par un avis qui indique les dates de mise en recouvrement, d’exigibilité et d’application de l’intérêt de retard en cas de non-paiement.</i></p>	
<p><i>« Ils notifient à l’assujetti le montant de la taxe et, le cas échéant, des pénalités à acquitter par un avis qui indique les dates de mise en recouvrement, d’exigibilité et d’application de l’intérêt de retard en cas de non-paiement.</i></p>	<p><i>« La date d’exigibilité est fixée au dernier jour du deuxième mois suivant celui de la mise en recouvrement.</i></p>	<p><i>« La date d’exigibilité est fixée au dernier jour du deuxième mois suivant celui de la mise en recouvrement.</i></p>
	<p><i>« Le montant de la taxe non acquittée le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible est majoré d’un intérêt de retard dont le taux mensuel est fixé à 0,75% du montant des sommes restant dues.</i></p>	<p><i>« Le montant de la taxe non acquittée le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible est majoré d’un intérêt de retard dont le taux mensuel est fixé à 0,75% du montant des sommes restant dues.</i></p>
	<p><i>« L’encaissement de la taxe ainsi que, le cas échéant, des pénalités, est effectué par l’intermédiaire d’une régie de recettes fonctionnant dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux régies de recettes et aux régies d’avance des organismes publics.</i></p>	<p><i>« L’encaissement de la taxe ainsi que, le cas échéant, des pénalités, est effectué par l’intermédiaire d’une régie de recettes fonctionnant dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux régies de recettes et aux régies d’avance des organismes publics.</i></p>

	<p><i>« A défaut de paiement et au plus tard deux mois après le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible, le recouvrement des sommes impayées est assuré dans les conditions prévues par la réglementation générale sur la comptabilité publique au vu des ordres de recettes émis par l'ordonnateur dont relève la régie de recettes mentionnée à l'alinéa précédent. » A défaut de paiement et au plus tard deux mois après le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible, le recouvrement des sommes impayées est assuré dans les conditions prévues par la réglementation générale sur la comptabilité publique au vu des ordres de recettes émis par l'ordonnateur dont relève la régie de recettes mentionnée à l'alinéa précédent.</i></p>	
<p><i>« II. – La taxe générale sur les activités polluantes assise sur l'exploitation d'un établissement mentionné au b du 8 du I de l'article 266sexies est due au 1er janvier de chaque année, ou ultérieurement à la date de mise en fonctionnement de l'établissement ou éventuellement de l'exercice d'une nouvelle activité. La taxe est due dans tous les cas pour l'année entière. Son paiement incombe à la personne physique ou morale qui exploite l'établissement à cette date.</i></p>	<p><i>« II. – La taxe générale sur les activités polluantes assise sur l'exploitation d'un établissement mentionné au b du 8 du I de l'article 266sexies est due au 1er janvier de chaque année, ou ultérieurement à la date de mise en fonctionnement de l'établissement ou éventuellement de l'exercice d'une nouvelle activité. La taxe est due dans tous les cas pour l'année entière. Son paiement incombe à la personne physique ou morale qui exploite l'établissement à cette date. » En cas de cessation d'activité ou de changement survenu dans un établissement de nature à modifier sa situation au regard de cette taxe, l'exploitant fait parvenir une déclaration au préfet dans un délai d'un mois à compter de cet événement. » En cas de cessation d'activité ou de changement survenu dans un établissement de nature à modifier sa situation au regard de cette taxe, l'exploitant fait parvenir une déclaration au préfet dans un délai d'un mois à compter de cet événement. » Lorsque cette déclaration est inexacte ou n'est pas déposée dans ce délai, les services chargés de l'inspection des installations classées notifient aux assujettis, trente jours au moins avant l'émission du titre exécutoire, les éléments servant au calcul de la taxe. » Lorsque cette déclaration est inexacte ou n'est pas déposée dans ce délai, les services chargés de l'inspection des installations classées notifient aux assujettis, trente jours au moins avant l'émission du titre exécutoire, les éléments servant au calcul de la taxe.</i></p>	

<p>« En cas de défaut de déclaration dans le délai prescrit, les services mentionnés ci-dessus procèdent à la taxation d'office et l'assortissent de l'intérêt de retard et de la majoration prévus à l'article 1728 du code général des impôts.</p>	<p>« En cas de défaut de déclaration dans le délai prescrit, les services mentionnés ci-dessus procèdent à la taxation d'office et l'assortissent de l'intérêt de retard et de la majoration prévus à l'article 1728 du code général des impôts. » En cas d'inexactitude de la déclaration, les rappels de taxe sont assortis de l'intérêt de retard et, le cas échéant, de la majoration prévus à l'article 1729 du code général des impôts. » En cas d'inexactitude de la déclaration, les rappels de taxe sont assortis de l'intérêt de retard et, le cas échéant, de la majoration prévus à l'article 1729 du code général des impôts. » Les majorations mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas du présent II sont notifiées, avec leur motivation, aux assujettis qui disposent d'un délai de trente jours pour présenter leurs observations. Les services mentionnés ci-dessus ne peuvent émettre le titre exécutoire qu'à l'expiration de ce délai. »</p> <p>« Les majorations mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas du présent II sont notifiées, avec leur motivation, aux assujettis qui disposent d'un délai de trente jours pour présenter leurs observations. Les services mentionnés ci-dessus ne peuvent émettre le titre exécutoire qu'à l'expiration de ce délai. »II. – L'article 17 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement est abrogé.</p> <p>II. – L'article 17 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement est abrogé.III. – Les dispositions des I et II sont applicables à compter du 1er janvier 2000.III. – Les dispositions des I et II sont applicables à compter du 1er janvier 2000. Pour l'année 2000, la taxe générale sur les activités polluantes dont sont redevables les personnes mentionnées au 5 du I de l'article 266 sexies du code des douanes, due au titre des mois de janvier et février, est d</p>	
--	--	--

éclairée et acquittée le 15 avril
2000. »

.....	<i>Article 4 bis</i> <i>Conform</i> e.....
Article 4 ter	Le premier alinéa de l'article 1613 bis du code général des impôts est ainsi rédigé :	<i>Article 4 ter (nouveau)</i> Supprimé
	« Les boissons constituées par un mélange préalable de boissons passibles d'un droit mentionné aux articles 402 bis, 403, 438, 520 A (a du I) du code général des impôts ou de boissons ayant un titre alcoométriques n'excédant pas 1,2 % vol. et de boissons alcooliques passibles d'un droit mentionné aux articles 402 bis, 403, 438, 520 A (a du I) du code général des impôts, lorsqu'elles sont conditionnées pour la vente au détail en récipients de moins de 60 centilitres, font l'objet d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dès lors que le mélange ainsi obtenu titre plus de 1,2 % vol. »	
<i>Article 5</i> <i>Article 5</i>	<i>Article 5</i>	
I. – L'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : I. - L'article L. 139-2 du rédigé	I. – L'article L. 139-1 durédigé :	
« Art. L. 139-1. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV de l'article L. 136-8 et la répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie. » L'Agence part des contributionsrépartit selon la clef suivante :	« Art. L. 139-1. – L'Agencepart du produit des contributions répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.	

	<p>« - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés 87,000 %</p> <p>« - Régime des salariés agricoles 2,290 %</p> <p>« - Caisse nationale militaire desécurité sociale</p> <p>« - Régime des exploitants agricole 1,818 %</p> <p>« - Caisse autonome d'assurance maladie des professions indépendantes 5,370 %</p> <p>« - Autres régimes d'assurance maladie 1,982 %</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>
		<p>« Les montants des contributions attribuées aux régimes d'assurance maladie sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale.</p>
<i>Alinéa supprimé</i>		
<p>« La commission de répartition dresse chaque année un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle transmet à la commission des comptes de la sécurité sociale. »Alinéa supprimé</p>		
<p>II. - Les dispositions du <u>présent article</u> sont applicables à compter de la répartition effectuée au titre de l'année <u>2000</u>.Alinéa supprimé</p>		<p>« Chaque régime d'assurance maladie, à l'exception de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, reçoit un montant égal à celui perçu en 1998 au titre de la répartition tant de ces contributions que des droits de consommation sur les alcools corrigé de l'impact sur douze mois de la revalorisation du taux de la contribution sociale généralisée intervenue au 1er janvier 1998. Ce montant est réactualisé au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution de l'assiette de la contribution visée à l'article L. 136-1 entre les deux derniers exercices clos.</p>

<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p><i>« Chaque régime d'assurance maladie, à l'exception de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, reçoit un montant égal à celui perçu au titre de l'année 1998 en ce qui concerne la répartition tant de ces contributions que des droits de consommation sur les alcools corrigé de l'impact sur douze mois civils de la substitution de la contribution sociale généralisée aux cotisations d'assurance maladie. Ce montant est réactualisé au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution de l'assiette de la contribution visée à l'article L. 136-1 attribué aux régimes obligatoires d'assurance maladie entre les deux derniers exercices connus.</i></p>	
<p><i>« Ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Alinéa supprimé</i></p> <p><i>« Ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.</i></p>	<p><i>« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reçoit le solde de la contribution sociale généralisée après la répartition prévue au deuxième alinéa du présent article.</i></p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p><i>« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reçoit le solde de la contribution sociale généralisée après la répartition prévue au deuxième alinéa du présent article.</i></p>		<p><i>« La commission de répartition dresse, au terme d'un délai de cinq ans, un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle présente au Parlement et propose, le cas échéant, une modification des modalités de calcul des montants versés à chaque régime. »</i></p>
<p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>« La commission de répartition dresse, au terme d'un délai de cinq ans, un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle présente au Parlement et propose, le cas échéant, une modification des modalités de calcul des montants versés à chaque régime. »</i></p>		<p><i>II. – A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 5% » est remplacé par le taux : « 45% ».</i></p>

<p>II. - SuppriméII. – A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 5% » est remplacé par le taux : « 45% ».</p>		<p>III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>
<p>III. - Supprimé</p>	<p>III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>1° L'article L. 139-2 est abrogé; 1° L'article L. 139-2 est abrogé;</p>		<p>2° A l'article L. 241-1, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés;</p>
<p>2° A l'article L. 241-1, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés;</p>		<p>3° Au dernier alinéa de l'article L. 612-1, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés;</p>
<p>3° Au dernier alinéa de l'article L. 612-1, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés;</p>		<p>4° Au dernier alinéa de l'article L. 711-2, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés.</p>
<p>4° Au dernier alinéa de l'article L. 711-2, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés. IV. – Le code rural est ainsi modifié :</p>	<p>IV. - Supprimé</p>	<p>IV. – Le code rural est ainsi modifié :</p>
<p>1° Au premier alinéa de l'article 1031, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 du même code » sont supprimés;</p>		<p>1° Au premier alinéa de l'article 1031, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 du même code » sont supprimés;</p>

<p>2° A l'article L. 1106-6-3, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 de ce code » sont supprimés.</p>		<p>2° A l'article L. 1106-6-3, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 de ce code » sont supprimés.</p>
	<p>V. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter de la répartition effectuée au titre de l'année 2000.</p>	<p>V. - Supprimé</p>
<p>V. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter de la répartition effectuée au titre de l'année 2000.</p>	<p>Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, le montant des contributions dues au titre de l'exercice 2000 est déterminé par la double application aux montants fixés pour 1998 du taux d'évolution de l'assiette annuelle de la contribution entre 1998 et 1997.</p>	
<p>Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, le montant des contributions dues au titre de l'exercice 2000 est déterminé par la double application aux montants fixés pour 1998 du taux d'évolution de l'assiette annuelle de la contribution entre 1998 et 1997.</p>		<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Article 5 bis</p> <p>.....Conforme.....</p>	<p>.....</p>	
	<p>Article 5 ter (nouveau)</p>	<p>Article 5 ter</p> <p>I.- L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>
<p>Sans modification</p>		

<p>« Sans préjudice du précédent alinéa, les cotisations mentionnées au premier alinéa dues au titre de la première année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédent ; celles dues au titre de la deuxième année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder vingt-sept fois cette valeur. »</p>		
<p>II.- L'article L. 612-4 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>		
<p>« Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, le montant de la cotisation annuelle assise sur le revenu forfaitaire visé à l'article L. 131-6 ne peut excéder, au titre de la première année civile d'activité, celui qui serait dû sur dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente et, au titre de la deuxième année civile d'activité, celui qui serait dû sur vingt-sept fois cette valeur. »</p>		
	<p>III.- Les dispositions des I et II sont applicables aux cotisations dues par les travailleurs non salariés des professions non agricoles débutant leur activité à compter du 1er juillet 2000.</p>	
	<p>Article 5 quater (nouveau)</p>	<p>Article 5 quater</p>
	<p>Après l'article L. 225-6, il est inséré, dans le titre II du livre II du code de la sécurité sociale un chapitre V bis ainsi rédigé :</p>	<p>Supprimé</p>
		<p>« CHAPITRE V BIS</p>
		<p>« Affectation des résultats comptables des branches du régime général</p>
		<p>« Art. L. 225-7. - Chaque branche du régime général dispose d'une section comptable distincte de celle de ses opérations courantes.</p>
		<p>« Après la clôture de l'exercice, le résultat comptable de la branche est imputé sur cette section comptable.</p>

		« Le placement des sommes inscrites à cette section comptable est effectué par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans le respect de la séparation des branches.
		« Un décret détermine les modalités d'application du présent article. »
	Article 6Article 6Article 6	Pour 2000, 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	Alinéa sans modification	
(En milliards de francs.)	(En milliards de francs.)	(En milliards de francs.)
Cotisations effectives 1043,0	Cotisations effectives 1 086,5	Cotisations effectives 1 042,7
Cotisations fictives 201,5	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
Contributions publiques 67,1	Contributions publiques 67,1	
Impôts et taxes affectés 515,6		Transferts reçus 4,7
Impôts et taxes affectés 461,6		
Impôts et taxes affectés 515,6		
Alinéa sans modificationAlinéa sans modificationRevenus des capitaux 1,7	Alinéa sans modification	<i>Alinéa sans modification</i>
Autres ressources 34,1Alinéa sans modification	Autres ressources 37,1	
Total des recettes 1867,7Total des recettes 1 852,9Total des recettes 1 870,4		TITRE III
TITRE IIITITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET A LA TRÉSORERIE	DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET A LA TR ÉSORERIE	DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET A LA TRÉSORERIE
Section 1	Section 1	Section 1
Branche famille	Branche famille	Branche famille
..... Article 7 ConformeArticle 8Article 8	Article 8	

<p>I. – L'article L. 512-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :I. - Non modifié. - Non modifié1° Le 3° est abrogé;2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :« Toutefois, pour l'attribution du complément familial et de l'allocation de logement mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 511-1 et à l'article L. 755-21, l'âge limite peut être différent de celui mentionné au 2° du présent article. »</p> <p>II. – Les dispositions du 2° du I sont applicables, à compter du 1er janvier 2000, au titre des enfants nés à compter du 1er janvier 1980.</p> <p>II. - Non modifiéII. - Non modifiéIII. – L'article 22 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille est abrogé au 31 décembre 1999.III. - L'article ...</p> <p style="text-align: right;">... famille</p> <p>est ainsi modifié :</p>	<p>III. – L'article ...</p> <p style="text-align: right;">... famille</p> <p>est abrogé au 31 décembre 1999.</p>	
<p>1° Dans le premier alinéa du I et à la fin du II, la date : « 31 décembre 1999 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2002 ».Alinéa supprimé</p> <p>2° A la fin de la première phrase du II, la date : « 31 décembre 1998 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2001 ».Alinéa supprimé</p>		<p>IV. – A l'article L. 755-21 du code de la sécurité sociale, il est inséré, après le premier alinéa, un alinéa ainsi rédigé :</p>
<p>IV.– Non modifié</p> <p>IV.– Non modifié</p>		<p>« Un décret fixe l'âge limite pour l'ouverture du droit à cette allocation pour tout enfant dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3 à condition qu'il poursuive des études, ou qu'il soit placé en apprentissage ou en stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail, ou qu'il se trouve, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle. »</p>
<p>Article 9Article 9</p>	<p>Article 9</p>	

<p>La Caisse nationale <i>des</i> allocations familiales bénéficie d'une garantie de ressources pour la période courant du 1er janvier 1998 au 31 décembre 2002.</p> <p>La Caisse nationale ...</p> <p>... du 1er janvier 1999 au 31 décembre 2003.</p>	<p>La Caisse nationale ...</p> <p>... du 1er janvier 1998 au 31 décembre 2002.</p>	
<p>Les ressources de la Caisse nationale des allocations familiales perçues au titre de l'année 2002 ne seront pas inférieures aux ressources <i>de cette</i> caisse pour l'année 1997 revalorisées, déduction faite de la subvention versée par l'Etat au titre de la majoration d'allocation de rentrée scolaire et d'un montant équivalent aux ressources transférées en 2000 à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en vertu de l'article 10 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.</p>	<p>Les ressources ...</p> <p>... l'année 2003 ne seront pas ...</p> <p>... pour l'année 1998 revalorisées, ...</p> <p>... universelle.</p>	<p>Les ressources ...</p> <p>... l'année 2002 ne seront pas ...</p> <p>... pour l'année 1997 revalorisées, ...</p> <p>universelle. ...</p>
	<p><i>Dans le cas contraire, constaté à l'issue de la période mentionnée au premier alinéa par la Commission des comptes de la sécurité sociale, un versement à la Caisse nationale des allocations familiales permet, dans les conditions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale, de combler la différence observée.</i></p>	<p><i>Dans le cas ...</i></p> <p>... un versement de l'Etat à la Caisse nationale ...</p> <p>... par les lois de finances et de financement ...</p> <p>observée. ...</p>
<p><i>Alinéa sans modification</i></p>		<p><i>La revalorisation mentionnée au deuxième alinéa est égale à l'évolution du produit intérieur brut en valeur aux prix courants sur l'ensemble de la période visée au premier alinéa, mentionnée dans le rapport sur les comptes de la Nation.</i></p>
<p><i>Alinéa sans modification</i></p>	<p><i>Alinéa sans modification</i></p>	
<p><i>Section 2</i></p>	<p><i>Section 2</i></p>	<p><i>Section 2</i></p>
<p><i>Branche vieillesse</i></p>	<p><i>Branche vieillesse</i></p>	<p><i>Branche vieillesse</i></p>
<p><i>Article 10</i></p>	<p><i>Article 10</i></p>	<p><i>Article 10</i></p>
<p><i>I. – A la section 2 du chapitre 1er du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 251-6-1 ainsi rédigé :</i></p>	<p><i>Supprimé</i></p>	<p><i>I. – A la section 2 du chapitre 1er du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 251-6-1 ainsi rédigé :</i></p>

<p>« Art. L. 251-6-1. – La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés affecte au fonds de réserve pour les retraites mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 :</p>		<p>« Art. L. 251-6-1. – La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés affecte au fonds de réserve pour les retraites mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 : « 1° Le résultat excédentaire de l'exercice clos de chacun des fonds dont elle a la gestion, à l'exception de celui du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe chaque année la date de ce versement;</p>
	<p>« 1° Le résultat excédentaire de l'exercice clos de chacun des fonds dont elle a la gestion, à l'exception de celui du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe chaque année la date de ce versement;</p>	<p>« 2° Le cas échéant, en cours d'exercice, un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre de ce même exercice; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement. »</p>
	<p>« 2° Le cas échéant, en cours d'exercice, un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre de ce même exercice; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement. »</p>	<p>II. – L'article L. 135-6 du même code est ainsi modifié :II. – L'article L. 135-6 du même code est ainsi modifié :</p>
<p>1° Le 3° devient le 4°;</p>		<p>1° Le 3° devient le 4°;</p>
<p>2° Il est inséré un 3° ainsi rédigé :</p>		<p>2° Il est inséré un 3° ainsi rédigé : « 3° Les montants résultant de l'application de l'article L. 251-6-1; »</p>
	<p>« 3° Les montants résultant de l'application de l'article L. 251-6-1; »</p>	<p>3° (nouveau) Il est inséré un 3° bis ainsi rédigé : 3° (nouveau) Il est inséré un 3° bis ainsi rédigé :</p>
<p>« 3° bis Une fraction égale à 49 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16; ».</p>		<p>« 3° bis Une fraction égale à 49 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16; ».</p>

<p><i>III. – Les dispositions du présent article s’appliquent à compter de l’exercice comptable 1999.</i></p>		<p><i>Alinéa supprimé IV (nouveau). – Le II de l’article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</i></p>
	<p><i>III. – Le II de l’article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</i></p>	<p><i>« II. – Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :« II. – Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :</i></p>
	<p><i>« – 49 % au fonds mentionné à l’article L. 135-6;</i></p>	<p><i>« – 49 % au fonds mentionné à l’article L. 135-6;« – 8 % à la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés;« – 8 % à la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés;« – 30 % à la Caisse nationale d’assurance vieillesse des travailleurs salariés;</i></p>
	<p><i>« – 30 % à la Caisse nationale d’assurance vieillesse des travailleurs salariés;</i></p>	<p><i>« – 13 % à la Caisse nationale des allocations familiales. »</i></p>
	<p><i>« – 13 % à la Caisse nationale des allocations familiales. »</i></p>	
	<p><i>IV – Les dispositions du I s’appliquent à compter de l’exercice comptable 1999 ; les dispositions du 3° du II et du III sont applicables aux versements effectués au profit des organismes visés au II de l’article L. 245-16 du code de la sécurité sociale à compter du 1er janvier 2000.</i></p>	
	<p><i>V.- La Caisse des dépôts et consignations verse en 2000, sur le résultat net de son activité pour compte propre dégagé au titre de l’exercice 1999, la somme de trois milliards de francs au fonds de réserve pour les retraites mentionné au deuxième alinéa de l’article L. 135-1 du code de la sécurité sociale. »</i></p>	<p>.....</p>
<p>Article 11 Conforme</p>	<p>.....</p>	
	<p>Article 11 bis (nouveau)</p>	<p>Article 11 bis</p>

	Le Gouvernement présentera au Parlement, avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, un rapport retraçant la situation du Fonds national de l'assurance veuvage depuis sa création. Ce rapport étudiera également les modalités d'une revalorisation significative du montant des prestations d'assurance veuvage.	Supprimé
	Articles 12 et 13Conformes.....
.....		Article 13 bis (nouveau)
Article 13 bis Article 13 bis	Pour les périodes d'activité antérieures au 1er janvier 1973 accomplies dans les régimes d'assurance <i>ce vieillesse de base</i> des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales, les intéressés peuvent effectuer <i>un versement de cotisations arriérées</i> , dès lors qu'il sont à jour, à la date dudit versement, du paiement des cotisations échues depuis le 1er janvier 1973 dans les régimes obligatoires d'assurance vieillesse et invalidité-décès de ces professions.	Alinéa sans modification
Alinéa sans modification		Le montant au 1er avril 1972 des cotisations faisant l'objet de cette régularisation de cotisations est revalorisé par application des coefficients dont ont été affectées les valeurs des points de retraite entre cette date et la date à laquelle est effectué le versement.
Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	
La demande de régularisation doit porter sur l'intégralité des cotisations dues; elle doit être présentée dans l'année suivant l'entrée en vigueur du décret en Conseil d'Etat qui fixera les conditions d'application du présent article.	<i>La demandedans les deux années suivant présent article.</i>	<i>La demandedans l'année suivant présent article</i>
		Article 13 ter (nouveau) Article 13 ter
		I.- Le cinquième alinéa (4°) de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : Sans modification

		« Pour les assurés ayant servi de 1954 à 1962 en Afrique du Nord, ces dispositions s'appliquent y compris lorsqu'ils n'avaient jamais personnellement bénéficié de la qualité d'assuré social avant la date de leur incorporation. »
		II.- L'augmentation des charges résultant du I pour les organismes de sécurité sociale concernés est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575A du code général des impôts.
		Section 3Section 3
Section 3		Branche maladieBranche maladie Branche maladie
	Article 14	Article 14Article 14
	I.- Le troisième alinéa de l'article L. 355-23 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :	Supprimé I.- Le troisième alinéa de l'article L. 355-23 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
	« Les dépenses afférentes aux missions énoncées dans le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.	« Les dépenses afférentes aux missions énoncées dans le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.
	« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »	« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »
	II.- Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 9 intitulée : « Dépenses relatives aux prestations dispensées dans des consultations à vocation préventive » qui comprend l'article L. 174-16 ainsi rédigé :	

<p>II.– Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 9 intitulée : « Dépenses relatives aux prestations dispensées dans des consultations à vocation préventive » qui comprend l'article L. 174-16 ainsi rédigé :</p>		<p>« Art. L. 174-16.– I.– Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé soumis au régime de financement institué à l'article L. 174-1 sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l'article L. 174-1.</p> <p>« Art. L. 174-16.– I.– Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé soumis au régime de financement institué à l'article L. 174-1 sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l'article L. 174-1.</p>
	<p>« La répartition des sommes versées aux établissements au titre de l'alinéa précédent est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2.</p>	<p>« La répartition des sommes versées aux établissements au titre de l'alinéa précédent est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2.</p>
	<p>« Ces dépenses sont incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements prévu à l'article L. 174-1-1.</p>	<p>« Ces dépenses sont incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements prévu à l'article L. 174-1-1.</p>
	<p>« II.– Les dépenses des consultations de dépistage prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et effectuées dans des structures autres que celles mentionnées au I sont prises en charge par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.</p>	<p>« II.– Les dépenses des consultations de dépistage prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et effectuées dans des structures autres que celles mentionnées au I sont prises en charge par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.</p>
	<p>« Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret. »</p>	<p>« Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret. »</p>
	<p>III.– L'article 6 bis de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p>	
<p>III.– L'article 6 bis de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p>		<p>« Art. 6 bis. – Sans préjudice des dispositions du titre II du livre III du code de la santé publique, les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent de manière anonyme le</p>

dépenses relatives au dépistage et au traitement sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux **prestations** couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements. Un décret pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret fixe également les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et à ce traitement sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie sur la base des tarifs déterminés dans les conditions prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. »

	<i>IV.– Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.</i>	<i>IV.– Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.</i>
	<i>Article 15</i>	<i>Article 15</i>
<i>Article 15</i>		<i>I.– L'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses est ainsi rédigé :Supprimé</i>
<i>I.– L'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses est ainsi rédigé :</i>		<i>« Art. 3.– Les dépenses de prévention résultant du titre VI du livre III du code de la santé publique, ainsi que les dépenses de soins des personnes mentionnées à l'article L. 355-21 de ce code, sont à la charge de l'Etat. « Art. 3.– Les dépenses de prévention résultant du titre VI du livre III du code de la santé publique, ainsi que les dépenses de soins des personnes mentionnées à l'article L. 355-21 de ce code, sont à la charge de l'Etat.</i>

	<p>« Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p>« Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. »</p>
<p>II.– Le second alinéa de l'article L. 628-5 du code de la santé publique est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :</p>		<p>II.– Le second alinéa de l'article L. 628-5 du code de la santé publique est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :</p>
<p>« Les dépenses d'aménagement des établissements de cure ainsi que les dépenses de soins entraînées par l'application des articles L. 628-1 à L. 628-3 sont prises en charge par l'Etat.</p>		<p>« Les dépenses d'aménagement des établissements de cure ainsi que les dépenses de soins entraînées par l'application des articles L. 628-1 à L. 628-3 sont prises en charge par l'Etat.</p>
<p>« Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.</p>		<p>« Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.</p>
<p>« Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application des dispositions des deux alinéas précédents. »</p>		<p>« Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application des dispositions des deux alinéas précédents. »</p> <p>III.– Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est créé une section 10 ainsi rédigée : III.– Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est créé une section 10 ainsi rédigée : « Section 10 « Section 10 « Dépenses afférentes aux cures de désintoxication</p>

	« Dépenses afférentes aux cures de désintoxication	« Art. L. 174-17.– Dans les établissements de santé régis par l'article L. 174-1, les dépenses liées à une cure de désintoxication réalisées avec hébergement et prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses et de l'article L. 628-5 du code de la santé publique sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l'article L. 174-1.
« Art. L. 174-17.– Dans les établissements de santé régis par l'article L. 174-1, les dépenses liées à une cure de désintoxication réalisées avec hébergement et prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses et de l'article L. 628-5 du code de la santé publique sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l'article L. 174-1.		« La répartition des sommes versées aux établissements au titre du précédent alinéa est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2.
« La répartition des sommes versées aux établissements au titre du précédent alinéa est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2.		« Les dépenses mentionnées au premier alinéa sont incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements prévu à l'article L. 174-1-1. »
« Les dépenses mentionnées au premier alinéa sont incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements prévu à l'article L. 174-1-1. »		IV.– Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.
	IV.– Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.	Article 16
Article 16	Article 16	I.– Le livre VII du code de la santé publique est ainsi modifié :I.- Alinéa sans modificationI.- Alinéa sans modification1° L'intitulé du livre VII est ainsi rédigé : « Etablissements de santé, thermo-climatisme, laboratoires et centres de santé » ;Alinéa sans modification Alinéa sans modification

	2° Il est ajouté un titre IV ainsi rédigé :	Alinéa sans modification Alinéa sans modification
	« Titre IV	Division et intitulé sans modification Division et intitulé sans modification« Centres de santé
		« Art. L. 765-1.– Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.» Art. L. 765-1.- Alinéa sans modification« Art. L. 765-1.- Alinéa sans modification
	« Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé mentionnés au titre Ier du présent livre, soit par des collectivités territoriales. Ils sont soumis à l'agrément de l'autorité administrative, dans des conditions prévues à l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale. »	« Ils soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionnent dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. Seuls les centres de santé agréés peuvent dispenser des soins aux assurés sociaux. »« Ils ... territoriales.
« Ils sont soumis dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale. »	II. – La section 7 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :II. - Alinéa sans modification	II. - Alinéa sans modification
	« Section 7Division et intitulé sans modificationDivision et intitulé sans modification	« Centres de santé

	<p>« Art. L. 162-32. – L'agrément des centres de santé prévu à l'article L. 765-1 du code de la santé publique est délivré par l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. Alinéa supprimé</p>	Suppression maintenue de l'alinéa
	<p>« Les caisses primaires d'assurance maladie versent aux centres de santé une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres en application de l'article L. 241-1 pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux relevant des sections 1 et 2 du présent chapitre. » « Art. L. 162-32.- Les caisses ...</p> <p>... centres de santé qui ont adhéré à la convention nationale dans les conditions prévues à l'article L. 162-32-2 une subvention égale ...</p> <p>... cha pitre.</p>	<p>« Art. L. 162-32.- « Les caisses ...</p> <p>...centres de santé une subvention égale ...</p> <p>... chapitre.</p>
	<p>« Lorsque le personnel des centres de soins infirmiers est affilié aux assurances sociales agricoles, la partie des cotisations d'assurance maladie versées en application de l'article 1031 du code rural est prise en charge par la caisse de mutualité sociale agricole compétente et imputée sur les dépenses d'assurance maladie.</p>	Alinéa sans modification Alinéa sans modification
	<p>« Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie.</p>	Alinéa sans modification Alinéa sans modification

	<p>« Les conditions d'application du présent article, notamment celles relatives à l'agrément, aux prescriptions techniques ainsi qu'au versement de la subvention par les caisses primaires d'assurance maladie et à la dispense d'avance de frais, sont fixées par décret.</p>	<p>« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. Alinéa sans modification « Art. L. 162-32-1.- Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.» Art. L. 162-32-1.- Les rapportsdéfinis par une convention nationale conclue pour une duréecentres de santé créés et gérés par des collectivités territoriales et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de santé privés.</p>
<p>« Art. L. 162-32-1.- Les rapportsdéfinis par un accord national conclu pour une duréecentres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents..</p>		<p>« Cet accord détermine notamment :</p>

<p>« Cette convention détermine notamment :</p>	<p>« Cet accord détermine notamment : 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé; Alinéa sans modification Alinéa sans modification 2° Les conditions générales d'application des <i>conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé; ces conditions ne peuvent pas modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires</i> déterminés par ces conventions; Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p>	
<p>« 3° Les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé;</p>	<p>Alinéa sans modification Alinéa sans modification « 4° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins; Alinéa sans modification Alinéa sans modification « 5° Alinéa supprimé Suppression de l'alinéa maintenue</p>	<p>Suppression de l'alinéa maintenue</p>
	<p>« 6° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé. Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>« Chaque année, une annexe à la convention fixe l'objectif de dépenses des centres de santé et détermine les mesures permettant de favoriser le respect de cet objectif. Alinéa supprimé « Art. L. 162-32-2.- L'accord national, ses annexes et avenants sont approuvés dans les conditions prévues à l'article L. 162-15. « Art. L. 162-32-2.- « La convention nationale, ses annexesl'article L. 162-15.</p>	<p>« Art. L. 162-32-2.- « L'accord national, ses annexesl'article L. 162-15.</p>

	« Il est applicable aux centres de santé qui font connaître à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils sont situés, dans un délai fixé par cet accord, qu'ils souhaitent y adhérer.	« Elle est applicablefixé par cette convention, qu'ils souhaitent y adhérer.
« Il est applicablefixé par cet accord, qu'ils souhaitent y adhérer.		« A défaut d'accord national, les tarifs applicables aux centres de santé sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. Ces dispositions sont également applicables aux centres de santé qui n'ont pas adhéré à l'accord national.
A défaut de convention nationale, les tarifs pas adhéré à la convention nationale.	A défaut d'accord national, les tarifs pas adhéré à l'accord national.	
« Art. L. 162-32-3.- La caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un centre de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par l'accord national; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par cet accord et permettre au centre de présenter ses observations; elle ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du livre Ier.	« Art. L. 162-32-3.- La caisse primaire prévus par ladite convention ; cette décision prévues par cette convention et permettre du livre Ier.	« Art. L. 162-32-3.- La caisse primaire prévus par l'accord national; cette décision prévues par cet accord et permettre du livre Ier.
	« Lorsqu'un centre de santé est placé hors de la convention par la caisse primaire d'assurance maladie, les tarifs qui lui sont applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. »	Alinéa sans modification
Alinéa sans modification		III.- L'ensemble des centres de santé agréés dans le cadre des dispositions applicables avant l'entrée en vigueur de la présente loi conservent le bénéfice de l'agrément qui leur a été antérieurement accordé. Pour ceux des centres qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 162-32, les tarifs applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

III.- L'ensemble accordé.	III.- L'ensemble accordé par l'autorité administrative tant qu'ils répondent aux caractéristiques de cet agrément.	
		« Pour ceux des centres qui ne remplissent pas les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 765-1 du code de la santé publique, les tarifs applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1,2 et 3 du chapitre II du titre VI du Livre 1er du code de la sécurité sociale. »
	Article 17	Article 17 Article 17
I. – L'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	I. - Le I de l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :	I. – L'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :1° Les deux derniers membres de phrase du 2° deviennent le dernier alinéa de l'article;
« Elle met en place les instruments de maîtrise médicalisée de nature à favoriser le respect de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses par l'ensemble des médecins conventionnés.	1° Les deux derniers membres de phrase du 2° deviennent le dernier alinéa de l'article;	2° Le 2° est supprimé;
2° Alinéa supprimé	2° Le 2° est supprimé;	
3° Les 3°, 4° et 5° deviennent respectivement les 2°, 3° et 4°;	3° Alinéa supprimé	3° Les 3°, 4° et 5° deviennent respectivement les 2°, 3° et 4°;
4° Après le 4°, sont insérés un 5° et un 6° ainsi rédigés :	4° Alinéa supprimé	4° Après le 4°, sont insérés un 5° et un 6° ainsi rédigés :
« 5° Le cas échéant :	Alinéa supprimé	« 5° Le cas échéant :« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;
Alinéa supprimé	« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;	« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux;Alinéa supprimé

<p>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux;</p>		<p>« c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus;Alinéa supprimé« c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus;</p>
	<p>« 6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1°. » ;</p>	<p>Alinéa supprimé« 6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1°. » ;</p>
<p>5° Dans le huitième alinéa, les mots : « du 4° » sont remplacés par les mots : « du 3° » ;</p>	<p>Alinéa supprimé</p>	<p>5° Dans le huitième alinéa, les mots : « du 4° » sont remplacés par les mots : « du 3° » ;6° Les neuvième à douzième alinéas sont supprimés;</p>
<p>Alinéa supprimé</p>	<p>6° Les neuvième à douzième alinéas sont supprimés;</p>	<p>7° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>
<p>Alinéa supprimé</p>	<p>7° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>« Pour la mise en œuvre des 5° et 6°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</p>
<p>Alinéa supprimé</p>	<p>« Pour la mise en œuvre des 5° et 6°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</p>	<p>II.- Après le 5° de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :</p>
<p>II.- L'article L. 162-5-3 du même code est ainsi rédigé :</p>	<p>II.- Après le 5° de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>« 6° Le cas échéant :</p>
<p>« Art. L. 162-5-3. -I. - Lorsque, à l'occasion de l'analyse annuelle des résultats de l'exercice, les parties conventionnelles constatent un dépassement de l'objectif prévisionnel, elles recensent les postes de dépenses concernés et arrêtent, dans l'annexe annuelle mentionnée à l'article L. 162-5-2, la liste des contrats régionaux d'objectifs et de moyens applicables à ces postes pour l'année suivante.</p>	<p>« 6° Le cas échéant :</p>	

<p>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;</p>	<p>« Avant le 1er mars de l'exercice suivant, les contrats régionaux d'objectifs et de moyens conclus dans chaque région par les représentants des organisations signataires de la convention et les unions régionales de caisses d'assurance maladie fixent des objectifs pour chacun de ces postes en fonction :</p>	<p>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;</p>
	<p>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des infirmiers participant à ces réseaux;</p>	<p>« 1° Du respect des objectifs mentionnés aux troisième (1°) et quatrième (2°) alinéas de l'article L. 162-5-2 ;« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des infirmiers participant à ces réseaux;</p>
	<p>« c) Les droits et obligations respectifs des infirmiers, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus;</p>	<p>« 2° De l'évolution du niveau relatif et des caractéristiques de l'activité des médecins, notamment en ce qui concerne leurs prescriptions ;« c) Les droits et obligations respectifs des infirmiers, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus;</p>
	<p>« 7° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des infirmiers.</p>	<p>« 3° Des évaluations réalisées par l'union des médecins exerçant à titre libéral et mentionnées à l'article 8 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;« 7° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des infirmiers.</p>
<p>« Pour la mise en œuvre des 6° et 7°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</p>	<p>« 4° Des actions de formation médicale continue visées à l'article L. 367-2 du code de la sécurité sociale;</p>	<p>« Pour la mise en œuvre des 6° et 7°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</p>
	<p>« 5° De l'importance des dépassements d'honoraires ;</p>	<p>Alinéa supprimé</p>
		<p>« 6° Du respect des références médicales opposables. Alinéa supprimé</p>
		<p>« Chaque médecin est informé, dans un délai de huit jours, des éléments établis dans le contrat régional d'objectifs et de moyens.</p>

<i>Alinéa supprimé</i>		
<i>« Un bilan d'application des contrats régionaux est effectué en fin d'exercice. Les partenaires conventionnels en tirent les conséquences dans le contenu de l'annexe annuelle prévue à l'article L 162-5-2.</i>	<i>Alinéa supprimé</i>	
	<i>« II.- Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles, en l'absence de dispositions conventionnelles prévues par le I ou en cas de carences des parties à la convention, les organismes du régime général de l'assurance maladie mettent en œuvre les dispositions prévues par le présent article. »</i>	<i>Alinéa supprimé</i>
	<i>III.- L'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</i>	<i>III.- Supprimé</i>
	<i>1° Après le 6°, il est inséré un 7° et un 8° ainsi rédigés :</i>	<i>1° Après le 6°, il est inséré un 7° et un 8° ainsi rédigés :</i>
	<i>« 7° Le cas échéant :</i>	<i>« 7° Le cas échéant :</i>
	<i>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;</i>	<i>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;</i>
	<i>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des masseurs-kinésithérapeutes participant à ces réseaux;</i>	<i>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des masseurs-kinésithérapeutes participant à ces réseaux;</i>
	<i>« c) Les droits et obligations respectifs des masseurs-kinésithérapeutes, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus;</i>	<i>« c) Les droits et obligations respectifs des masseurs-kinésithérapeutes, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus;</i>
	<i>« 8° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités autres que curatives des masseurs-kinésithérapeutes. » ;</i>	<i>« 8° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités autres que curatives des masseurs-kinésithérapeutes. » ;</i>
	<i>2° Après le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i>	<i>2° Après le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i>

	<i>« Pour la mise en œuvre des 7° et 8°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</i>	<i>« Pour la mise en œuvre des 7° et 8°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</i>
	<i>IV.- L'article L. 162-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</i>	<i>IV.- Supprimé IV.- L'article L. 162-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</i>
	<i>1° Au premier alinéa, les mots : « une ou plusieurs organisations syndicales membres du Comité professionnel national de la biologie mentionné à l'article L. 162-14-1 » sont remplacés par les mots : « une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale » ;</i>	<i>1° Au premier alinéa, les mots : « une ou plusieurs organisations syndicales membres du Comité professionnel national de la biologie mentionné à l'article L. 162-14-1 » sont remplacés par les mots : « une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale » ;</i>
	<i>2° Après le 4°, il est inséré un 5° et un 6° ainsi rédigés :</i>	<i>2° Après le 4°, il est inséré un 5° et un 6° ainsi rédigés :</i>
	<i>« 5° Le cas échéant :</i>	<i>« 5° Le cas échéant :</i>
	<i>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;</i>	<i>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;</i>
	<i>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale participant à ces réseaux;</i>	<i>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale participant à ces réseaux;</i>
	<i>« c) Les droits et obligations respectifs des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus;</i>	<i>« c) Les droits et obligations respectifs des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus;</i>
	<i>« 6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des analyses de biologie médicale ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale. » ;</i>	<i>« 6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des analyses de biologie médicale ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale. » ;</i>
<i>3° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i>		<i>3° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i>

<p>« Pour la mise en œuvre des 5° et 6°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</p>		<p>« Pour la mise en œuvre des 5° et 6°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</p>
<p>V. – Au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 3.1 intitulée : « Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 », comprenant une sous-section 1 intitulée : « Conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants » comprenant l'article L. 162-15 ainsi rétabli :</p>	<p>V.- Supprimé</p>	<p>V. – Au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 3.1 intitulée : « Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 », comprenant une sous-section 1 intitulée : « Conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants » comprenant l'article L. 162-15 ainsi rétabli :</p>
<p>« Art. L. 162-15. – Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, leurs annexes et avenants sont transmis, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes est consulté par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à la caisse et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>		<p>« Art. L. 162-15. – Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, leurs annexes et avenants sont transmis, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes est consulté par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à la caisse et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.« Les conventions, annexes et avenants sont approuvés par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées, dans le délai de quarante-cinq jours à compter de la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.</p>

	<p><i>« Les conventions, annexes et avenants sont approuvés par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées, dans le délai de quarante-cinq jours à compter de la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.</i></p>	<p><i>« Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de la convention, de l'avenant ou de l'annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions divisibles, les ministres compétents peuvent, dans le délai prévu ci-dessus, disjoindre cette ou ces seules dispositions de l'approbation. Ils notifient cette disjonction à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. Ils peuvent également, dans les mêmes conditions, lorsqu'une convention ou un avenant a pour objet de rendre opposables les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15, exclure certaines références de l'approbation dans l'intérêt de la santé publique. Il est fait mention de ces exclusions lors de la publication.</i></p>
<p><i>« Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de la convention, de l'avenant ou de l'annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions divisibles, les ministres compétents peuvent, dans le délai prévu ci-dessus, disjoindre cette ou ces seules dispositions de l'approbation. Ils notifient cette disjonction à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. Ils peuvent également, dans les mêmes conditions, lorsqu'une convention ou un avenant a pour objet de rendre opposables les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15, exclure certaines références de l'approbation dans l'intérêt de la santé publique. Il est fait mention de ces exclusions lors de la publication.</i></p>		<p><i>« Les conventions, annexes et avenants approuvés sont publiés au Journal officiel de la République française.</i></p>
<p><i>« Les conventions, annexes et avenants approuvés sont publiés au Journal officiel de la République française.</i></p>		<p><i><u>« La convention nationale est applicable aux professionnels concernés qui déclarent à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai fixé par cette convention, y adhérer. »</u></i></p>

	« La convention nationale est applicable aux professionnels concernés qui déclarent à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai fixé par cette convention, y adhérer. »	VI. – Les articles L. 322-5-4 et L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :
VI.- Supprimé	VI. – Les articles L. 322-5-4 et L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :	« Art. L. 322-5-4. – La convention mentionnée à l'article L. 322-5-2, ses annexes et avenants sont approuvés et s'appliquent aux entreprises de transport sanitaire concernées dans les conditions prévues aux articles L. 162-15, L. 162-15-1 et L. 162-15-2.
	« Art. L. 322-5-4. – La convention mentionnée à l'article L. 322-5-2, ses annexes et avenants sont approuvés et s'appliquent aux entreprises de transport sanitaire concernées dans les conditions prévues aux articles L. 162-15, L. 162-15-1, L. 162-15-2 et L. 162-15-3.	
« Pour les entreprises non régies par la convention nationale, les tarifs servant de base au remboursement sont fixés par arrêté interministériel.		« Art. L. 322-5-5. – L'annexe annuelle mentionnée à l'article L. 322-5-3, ainsi que les annexes modificatives, sont conclues et approuvées dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-2. » « Art. L. 322-5-5. – L'annexe annuelle mentionnée à l'article L. 322-5-3, ainsi que les annexes modificatives, sont conclues et approuvées dans les conditions prévues aux articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3. »
	VII.– Le premier alinéa du I de l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	VII.- Supprimé VII.– Le premier alinéa du I de l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
	1° La deuxième phrase est ainsi rédigée :	1° La deuxième phrase est ainsi rédigée :
	«Ce règlement fixe les dispositions et sanctions visées aux articles L. 162-5 et au II de l'article L. 162-5-13. » ;	«Ce règlement fixe les dispositions et sanctions visées aux articles L. 162-5 et au II de l'article L. 162-5-13. » ;
	2° La troisième phrase est supprimée.	2° La troisième phrase est supprimée.
	VIII.– Après l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-13, constitué :	VIII.- Supprimé
VIII.– Après l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-13, constitué :		1° De la dernière phrase du premier alinéa du II de l'article L. 162-5-2 de ce code, dans laquelle les mots : « Ces tarifs » sont remplacés par les mots : « Les tarifs des médecins mentionnés à l'article L. 162-15-2 », et qui constitue le I de l'article L. 162-5-13 ;

<p><i>1° De la dernière phrase du premier alinéa du II de l'article L. 162-5-2 de ce code, dans laquelle les mots : « Ces tarifs » sont remplacés par les mots : « Les tarifs des médecins mentionnés à l'article L. 162-15-2 », et qui constitue le I de l'article L. 162-5-13 ;</i></p>		<p><i>2° D'un II ainsi rédigé :</i></p>
<p><i>2° D'un II ainsi rédigé :</i></p>		<p><i>« II. – La ou les conventions médicales prévues à l'article L. 162-5 peuvent prévoir, lorsqu'elles autorisent la pratique des honoraires différents des tarifs qu'elles fixent, soit un plafond de dépassement par acte soit un plafond annuel pour les dépassements perçus par un praticien pour l'ensemble de son activité, ce plafond pouvant être déterminé en fonction du montant total des dépassements constatés l'année précédente. Elles peuvent fixer des plafonds différents pour les médecins ayant souscrit le contrat prévu à l'article L. 162-12-18. »</i></p>
	<p><i>« II. – La ou les conventions médicales prévues à l'article L. 162-5 peuvent prévoir, lorsqu'elles autorisent la pratique des honoraires différents des tarifs qu'elles fixent, soit un plafond de dépassement par acte soit un plafond annuel pour les dépassements perçus par un praticien pour l'ensemble de son activité, ce plafond pouvant être déterminé en fonction du montant total des dépassements constatés l'année précédente. Elles peuvent fixer des plafonds différents pour les médecins ayant adhéré au contrat prévu à l'article L. 162-12-18. »</i></p>	<p><i>IX. – L'article L. 162-5-7 du code de la sécurité sociale devient l'article L. 162-15-1 et est inséré à la fin de la sous-section 1 de la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier; dans ce même article, les mots : « un médecin » sont remplacés par les mots : « un professionnel de santé ».</i></p>
<p><i>IX.- Supprimé</i></p>	<p><i>IX. – L'article L. 162-5-7 du code de la sécurité sociale devient l'article L. 162-15-1 et est inséré à la fin de la sous-section 1 de la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier; dans ce même article, les mots : « un médecin » sont remplacés par les mots : « un professionnel de santé ».</i></p>	
<p><i>X.- Le II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</i></p>	<p><i>X.- Supprimé</i></p>	<p><i>X.- Le II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</i></p>
<p><i>1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :</i></p>		<p><i>1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :</i></p>

<p>« Un avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et, en son sein, l'objectif de dépenses déléguées et précise les conditions et modalités de mise en œuvre de ces objectifs. » ;</p>		<p>« Un avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et, en son sein, l'objectif de dépenses déléguées et précise les conditions et modalités de mise en œuvre de ces objectifs. » ;</p>
<p>2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p>		<p>2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p>
<p>« Les dépenses déléguées comprennent les dépenses mentionnées au 1° ci-dessus ainsi que les frais de transport mentionnés à l'article L. 322-5. »</p>		<p>« Les dépenses déléguées comprennent les dépenses mentionnées au 1° ci-dessus ainsi que les frais de transport mentionnés à l'article L. 322-5. »</p>
	<p>XI. – A la fin de l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville » sont remplacés par les mots : « l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et l'objectif de dépenses déléguées ».</p>	<p>XI.- Supprimé</p>
<p>XI. – A la fin de l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville » sont remplacés par les mots : « l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et l'objectif de dépenses déléguées ».</p>		<p>XII – Dans la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, est insérée une sous-section 2 intitulée : « Dispositions relatives à la fixation et au suivi des objectifs de dépenses », comprenant les articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3 ainsi rédigés :XII.- Supprimé</p>
<p>XII.– Dans la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, est insérée une sous-section 2 intitulée : « Dispositions relatives à la fixation et au suivi des objectifs de dépenses », comprenant les articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3 ainsi rédigés :</p>		<p>« Art. L. 162-15-2.– I.– Chaque année, dans le respect de l'objectif de dépenses déléguées mentionné au II de l'article L. 227-1, une annexe fixe, pour chacune des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 :</p>
<p>« Art. L. 162-15-2.– I.– Chaque année, dans le respect de l'objectif de dépenses déléguées mentionné au II de l'article L. 227-1, une annexe fixe, pour chacune des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 :</p>		<p>« 1° L'objectif des dépenses de la profession, incluant les dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires, un objectif étant fixé pour les médecins généralistes, d'une part, et pour les médecins spécialistes, d'autre part; cet objectif s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile concernée et porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail;</p>

<p>« 1° L'objectif des dépenses de la profession, incluant les dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires, un objectif étant fixé pour les médecins généralistes, d'une part, et pour les médecins spécialistes, d'autre part; cet objectif s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile concernée et porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail;</p>		<p>« 2° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux, en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention, pour les médecins et les chirurgiens-dentistes;</p>
<p>« 2° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux, en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention, pour les médecins et les chirurgiens-dentistes;</p>		<p>« 3° Le cas échéant, les mesures de toute nature propres à garantir le respect de l'objectif fixé et notamment :</p>
<p>« 3° Le cas échéant, les mesures de toute nature propres à garantir le respect de l'objectif fixé et notamment :</p>		<p>« a) Toute action visant à réduire le volume des actes non justifiés au plan médical et notamment les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ;</p>
<p>« a) Toute action visant à réduire le volume des actes non justifiés au plan médical et notamment les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ;</p>		<p>« b) Les modifications, dans la limite de 20%, de la cotation des actes inscrits à la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie auxquelles les parties à la convention peuvent procéder.</p>
<p>« b) Les modifications, dans la limite de 20%, de la cotation des actes inscrits à la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie auxquelles les parties à la convention peuvent procéder.</p>		<p>« A défaut de convention pour l'une des professions visées au présent I, et après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée, ou <u>à</u> défaut d'annexe pour l'une des conventions, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale déterminent, pour la profession concernée, les éléments de l'annexe visés aux 1°, 2° et 3° du présent I.</p>
<p>« A défaut de convention pour l'une des professions visées au présent I, et après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée, ou à défaut d'annexe pour l'une des conventions, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale déterminent, pour la profession concernée, les éléments de l'annexe visés aux 1°, 2° et 3° du présent I.</p>		<p>« II. – Les parties à chacune des conventions assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I, au moins deux fois dans l'année; une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année.</p>

<p>« II. – Les parties à chacune des conventions assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins deux fois dans l'année; une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année.</p>		<p>« A défaut de convention, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie assurent ce suivi et consultent les syndicats représentatifs de la profession concernée. « A défaut de convention, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie assurent ce suivi et consultent les syndicats représentatifs de la profession concernée.</p>
	<p>« Lorsqu'elles constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application du I, les parties à chacune des conventions déterminent, par une annexe modificative, les mesures de toute nature propres à garantir son respect et notamment celles prévues au 3° du I ainsi que, le cas échéant, les ajustements des tarifs prévus au 2°.</p>	<p>« Lorsqu'elles constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application du I, les parties à chacune des conventions déterminent, par une annexe modificative, les mesures de toute nature propres à garantir son respect et notamment celles prévues au 3° du I ainsi que, le cas échéant, les ajustements des tarifs prévus au 2°.</p>
	<p>« A défaut d'accord entre les parties conventionnelles ou en l'absence de convention, après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée et lorsque le montant des dépenses réalisées n'est manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif fixé, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale signataire de la convention concernée déterminent les mesures prévues à l'alinéa précédent.</p>	<p>« A défaut d'accord entre les parties conventionnelles ou en l'absence de convention, après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée et lorsque le montant des dépenses réalisées n'est manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif fixé, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale signataire de la convention concernée déterminent les mesures prévues à l'alinéa précédent.</p>
	<p>« En cas de carence des caisses nationales ou lorsqu'il apparaît que les mesures proposées au titre des quatre alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses, un arrêté interministériel fixe les tarifs et mesures mentionnés aux 2° et 3° (b) du I.</p>	<p>« En cas de carence des caisses nationales ou lorsqu'il apparaît que les mesures proposées au titre des quatre alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses, un arrêté interministériel fixe les tarifs et mesures mentionnés aux 2° et 3° (b) du I.</p>

<p>« Art. L. 162-15-3.- I.- Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget dans un délai de cinquante jours à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, accompagné des annexes mentionnées à l'article L. 162-15-2 et, le cas échéant, des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie en application du dernier alinéa du I de cet article.</p>		<p>« Art. L. 162-15-3.- I.- Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget dans un délai de cinquante jours à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, accompagné des annexes mentionnées à l'article L. 162-15-2 et, le cas échéant, des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie en application du dernier alinéa du I de cet article.</p>
<p>« Ce rapport comporte les éléments permettant d'apprécier la compatibilité des annexes ou des mesures déterminées par les caisses nationales avec l'objectif de dépenses déléguées mentionné au II de l'article L. 227-1.</p>		<p>« Ce rapport comporte les éléments permettant d'apprécier la compatibilité des annexes ou des mesures déterminées par les caisses nationales avec l'objectif de dépenses déléguées mentionné au II de l'article L. 227-1.</p>
<p>« Le rapport indique également les moyens mis en œuvre par l'assurance maladie pour maîtriser l'évolution des dépenses de prescription des médecins, sages-femmes et dentistes. Il détaille à ce titre les actions, notamment de contrôle, prévues par le service médical, les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que celles menées au titre des accords médicalisés visés à l'article L. 162-12-17. Le rapport précise l'effet projeté de chaque action sur les dépenses de prescription, par catégorie.</p>		<p>« Le rapport indique également les moyens mis en œuvre par l'assurance maladie pour maîtriser l'évolution des dépenses de prescription des médecins, sages-femmes et dentistes. Il détaille à ce titre les actions, notamment de contrôle, prévues par le service médical, les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que celles menées au titre des accords médicalisés visés à l'article L. 162-12-17. Le rapport précise l'effet projeté de chaque action sur les dépenses de prescription, par catégorie.</p>
<p>« Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p>		<p>« Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p>

<p>« II.– Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget au plus tard respectivement les 15 juillet et 15 novembre, accompagné, le cas échéant, des annexes modificatives mentionnées à l'article L. 162-15-2 et des mesures <u>déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie en application de l'avant-dernier alinéa du II de cet article.</u></p>		<p>« II.– Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget au plus tard respectivement les 15 juillet et 15 novembre, accompagné, le cas échéant, des annexes modificatives mentionnées à l'article L. 162-15-2 et des mesures <u>déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie en application de l'avant-dernier alinéa du II de cet article.</u></p>
		<p>« Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p>
<p>« III.– Les annexes et, le cas échéant, les mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie au titre de l'article L. 162-15-2 font l'objet d'une approbation unique des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p>		<p>« III.– Les annexes et, le cas échéant, les mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie au titre de l'article L. 162-15-2 font l'objet d'une approbation unique des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p>
<p>« Ces annexes sont réputées approuvées si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dans le délai de quinze jours à compter de leur réception, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non- conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou en raison des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.</p>		<p>« Ces annexes sont réputées approuvées si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dans le délai de quinze jours à compter de leur réception, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non- conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou en raison des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.</p>

<p>« En cas d'opposition, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose d'un délai de dix jours pour revoir le contenu des annexes et les présenter à nouveau, dans les conditions fixées au premier alinéa du I et au II ci-dessus, aux ministres compétents.</p>		<p>« En cas d'opposition, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose d'un délai de dix jours pour revoir le contenu des annexes et les présenter à nouveau, dans les conditions fixées au premier alinéa du I et au II ci-dessus, aux ministres compétents.</p>
<p>« IV. – En cas d'opposition du ministre aux nouvelles propositions de la caisse, un arrêté interministériel fixe :</p>		<p>« IV. – En cas d'opposition du ministre aux nouvelles propositions de la caisse, un arrêté interministériel fixe :</p>
<p>« 1° Au plus tard le soixante-quinzième jour suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, les éléments des annexes annuelles ;</p>		<p>« 1° Au plus tard le soixante-quinzième jour suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, les éléments des annexes annuelles ;</p>
<p>« 2° Au plus tard les 31 juillet et 30 novembre, les tarifs liés aux ajustements prévus au II de l'article L. 162-15-2.</p>		<p>« 2° Au plus tard les 31 juillet et 30 novembre, les tarifs liés aux ajustements prévus au II de l'article L. 162-15-2.</p>
<p>« V. – Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels de santé, en vigueur le 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur de l'annexe ou d'un arrêté pris en application du présent article. »</p>		<p>« V. – Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels de santé, en vigueur le 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur de l'annexe ou d'un arrêté pris en application du présent article. »</p>
	<p>XII bis (nouveau). – Dans la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, est insérée une sous-section 3 intitulée : « Dispositions diverses », comprenant un article L. 162-15-4 ainsi rédigé :</p>	<p>XII bis (nouveau). – Dans la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, est insérée une sous-section 3 intitulée : « Dispositions diverses », comprenant un article L. 162-15-4 ainsi rédigé :</p>
	<p>« Art. L. 162-15-4. – I. – A défaut de convention pour les médecins spécialistes ou à défaut d'annexe pour cette convention, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux éléments de l'annexe mentionnée au I de l'article L. 162-15-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.</p>	<p>« Art. L. 162-15-4. – I. – A défaut de convention pour les médecins spécialistes ou à défaut d'annexe pour cette convention, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux éléments de l'annexe mentionnée au I de l'article L. 162-15-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.</p>

	<p>« II.– A défaut d'accord entre les parties à la convention des médecins spécialistes ou en l'absence de convention pour les médecins spécialistes, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux mesures mentionnées au troisième alinéa du II de l'article L. 162-5-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes. »</p>	
<p>« II.– A défaut d'accord entre les parties à la convention des médecins spécialistes ou en l'absence de convention pour les médecins spécialistes, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux mesures mentionnées au troisième alinéa du II de l'article L. 162-5-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes. »</p>		<p>XIII.– Au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 2.2 intitulée : « Accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins », comprenant les articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 ainsi rédigés :XIII.- Supprimé</p>
<p>XIII.– Au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 2.2 intitulée : « Accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins », comprenant les articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 ainsi rédigés :</p>		<p>« Art. L. 162-12-17.– Un ou des accords de « bon usage des soins » peuvent être conclus, à l'échelon national, par les parties à la ou les conventions mentionnées à l'article L. 162-5 et, à l'échelon régional, entre les unions régionales de caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Ces accords sont transmis par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou par l'union régionale de caisses d'assurance maladie aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.</p>

<p>« Art. L. 162-12-17.– Un ou des accords de « bon usage des soins » peuvent être conclus, à l'échelon national, par les parties à la ou les conventions mentionnées à l'article L. 162-5 et, à l'échelon régional, entre les unions régionales de caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions <u>nationales</u>. Ces accords sont transmis par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou par l'union régionale de caisses d'assurance maladie aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.</p>		<p>« En l'absence de convention, ces accords peuvent être conclus, à l'échelon national, entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et au moins un syndicat représentatif des médecins généralistes ou des médecins spécialistes et, à l'échelon régional, entre l'union régionale de caisses de sécurité sociale et les représentants, dans la région, des syndicats représentatifs au niveau national des médecins généralistes ou des médecins spécialistes.</p>
<p>« En l'absence de convention, ces accords peuvent être conclus, à l'échelon national, entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et au moins un syndicat représentatif des médecins généralistes ou des médecins spécialistes et, à l'échelon régional, entre l'union régionale de caisses d'assurance maladie et les représentants, dans la région, des syndicats représentatifs au niveau national des médecins généralistes ou des médecins spécialistes.</p>		<p>« Les accords nationaux et régionaux prévoient des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre. Ils peuvent fixer des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les modalités selon lesquelles les médecins conventionnés peuvent percevoir une partie du montant des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord.</p>
<p>« Les accords nationaux et régionaux prévoient des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre. Ils peuvent fixer des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les modalités selon lesquelles les médecins conventionnés peuvent percevoir une partie du montant des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord.</p>		<p>« Cette partie est versée aux professionnels concernés par l'action engagée, dans la limite, le cas échéant, d'un plafond, en fonction de critères définis par l'accord.</p>
<p>« Cette partie est versée aux professionnels concernés par l'action engagée, dans la limite, le cas échéant, d'un plafond, en fonction de critères définis par l'accord.</p>		<p>« Les dispositions du précédent alinéa ne peuvent être mises en œuvre que lorsque les résultats de ces actions ont été évalués dans les conditions prévues par l'accord et qu'ils établissent que les objectifs fixés ont été atteints.» Les dispositions du précédent alinéa ne peuvent être mises en œuvre que lorsque les résultats de ces actions ont été évalués dans les conditions prévues par l'accord et qu'ils établissent que les objectifs fixés ont été atteints.</p>

	<p>« Les accords nationaux et régionaux sont approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans des conditions identiques à celles prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 162-15. Seuls les accords régionaux ayant recueilli l'avis favorable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale peuvent être soumis à l'approbation des ministres.</p>	<p>« Les accords nationaux et régionaux sont approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans des conditions identiques à celles prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 162-15. Seuls les accords régionaux ayant recueilli l'avis favorable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale peuvent être soumis à l'approbation des ministres.</p>
	<p>« Art. L. 162-12-18.– La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 déterminent les conditions dans lesquelles les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui ouvre droit à la majoration de la participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.</p>	<p>« Art. L. 162-12-18.– La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 déterminent les conditions dans lesquelles les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui ouvre droit à la majoration de la participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.</p>
	<p>« Ce contrat, défini par la convention, précise les objectifs d'évolution de la pratique des professionnels concernés et fixe les engagements pris par ces derniers.</p>	<p>« Ce contrat, défini par la convention, précise les objectifs d'évolution de la pratique des professionnels concernés et fixe les engagements pris par ces derniers.</p>
	<p>« Le contrat comporte nécessairement des engagements relatifs :</p>	<p>« Le contrat comporte nécessairement des engagements relatifs :</p>
	<p>« – à l'évaluation de la pratique du professionnel ;</p>	<p>« – à l'évaluation de la pratique du professionnel ;</p>
	<p>« – aux actions de formation continue ;</p>	<p>« – aux actions de formation continue ;</p>
	<p>« – aux modalités de suivi avec le service du contrôle médical de son activité et, le cas échéant, de ses pratiques de prescription ;</p>	<p>« – aux modalités de suivi avec le service du contrôle médical de son activité et, le cas échéant, de ses pratiques de prescription ;</p>
	<p>« – à la prescription de médicaments génériques, s'agissant des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ;</p>	<p>« – à la prescription de médicaments génériques, s'agissant des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ;</p>

	<i>« – à l'application des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15.</i>	<i>« – à l'application des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15.</i>
	<i>« Le contrat peut en outre comporter d'autres engagements, portant notamment sur :</i>	<i>« Le contrat peut en outre comporter d'autres engagements, portant notamment sur :</i>
	<i>« – le mode d'exercice du praticien afin de favoriser, le cas échéant par une participation à des réseaux de soins, une meilleure coordination des soins ou permettre des regroupements professionnels ;</i>	<i>« – le mode d'exercice du praticien afin de favoriser, le cas échéant par une participation à des réseaux de soins, une meilleure coordination des soins ou permettre des regroupements professionnels ;</i>
	<i>« – le niveau de son activité ;</i>	<i>« – le niveau de son activité ;</i>
	<i>« – sa participation aux programmes d'information destinés aux assurés et mis en place par les caisses d'assurance maladie ;</i>	<i>« – sa participation aux programmes d'information destinés aux assurés et mis en place par les caisses d'assurance maladie ;</i>
	<i>« – le cas échéant, sa collaboration aux différents services mis en place par les caisses d'assurance maladie à destination des assurés.</i>	<i>« – le cas échéant, sa collaboration aux différents services mis en place par les caisses d'assurance maladie à destination des assurés.</i>
	<i>« Le contrat peut, dans les conditions fixées par les conventions, être complété par des dispositions définies par un accord conclu à l'échelon régional entre l'union régionale des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions nationales.</i>	<i>« Le contrat peut, dans les conditions fixées par les conventions, être complété par des dispositions définies par un accord conclu à l'échelon régional entre l'union régionale des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions nationales.</i>
	<i>« Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l'adhésion du professionnel, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations. »</i>	<i>« Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l'adhésion du professionnel, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations. »</i>
	<i>XIV. – Les articles L. 162-5-11, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 722-4 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :</i>	<i>XIV.- Supprimé</i>

<p><i>XIV. – Les articles L. 162-5-11, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 722-4 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :</i></p>		<p><i>« Art. L. 162-5-11. – Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, en application de l'article L. 242-11, par les médecins exerçant leur activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions prévues à l'article L. 162-5.</i></p>
<p><i>« Art. L. 162-5-11. – Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, en application de l'article L. 242-11, par les médecins exerçant leur activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions prévues à l'article L. 162-5.</i></p>		<p><i>« Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les conventions mentionnées à l'article L. 162-5 pour les médecins qui ont adhéré au contrat de bonne pratique prévu à l'article L. 162-12-18.</i></p>
<p><i>« Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les conventions mentionnées à l'article L. 162-5 pour les médecins qui ont adhéré au contrat de bonne pratique prévu à l'article L. 162-12-18.</i></p>		<p><i>« La participation prévue à l'alinéa précédent n'est toutefois pas due aux médecins autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires différents des tarifs qu'elle fixe.</i></p>
<p><i>« La participation prévue à l'alinéa précédent n'est toutefois pas due aux médecins autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires différents des tarifs qu'elle fixe.</i></p>		<p><i>« La participation des caisses ne peut être allouée que si le médecin a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret.</i></p>
<p><i>« La participation des caisses ne peut être allouée que si le médecin a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret.</i></p>		<p><i>« La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les médecins ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent.</i></p>

<p>« La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les médecins ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent.</p>		<p>« A défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation, cette partie étant inférieure à celle résultant de la dernière convention. « A défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation, cette partie étant inférieure à celle résultant de la dernière convention.</p>
	<p>« Toutefois, si l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable. »</p>	<p>« Toutefois, si l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable. »</p>
<p>« Art. L. 645-2.- Le financement des avantages vieillesse prévu au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires déterminée, dans des conditions fixées par décret, sur des bases forfaitaires tenant compte, le cas échéant, de l'importance du revenu que les bénéficiaires tirent de leur activité professionnelle de praticien ou d'auxiliaire médical, pour chacune des catégories professionnelles intéressées par référence aux tarifs plafonds fixés par les conventions prévues pour ces professions aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14.</p>		<p>« Art. L. 645-2 – Le financement des avantages vieillesse prévu au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires déterminée, dans des conditions fixées par décret, sur des bases forfaitaires tenant compte, le cas échéant, de l'importance du revenu que les bénéficiaires tirent de leur activité professionnelle de praticien ou d'auxiliaire médical, pour chacune des catégories professionnelles intéressées par référence aux tarifs plafonds fixés par les conventions prévues pour ces professions aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14. « Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due. Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 pour les professionnels de santé qui ont adhéré au contrat prévu à l'article L. 162-12-18.</p>

	<p><i>« Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due. Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 pour les professionnels de santé qui ont adhéré au contrat prévu à l'article L. 162-12-18.</i></p>	<p><i>« La participation prévue à l'alinéa précédent n'est toutefois pas due aux médecins autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires différents des tarifs qu'elle fixe.</i></p>
	<p><i>« La participation prévue à l'alinéa précédent n'est toutefois pas due aux médecins autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires différents des tarifs qu'elle fixe.</i></p>	<p><i>« La participation des caisses ne peut être allouée que si le professionnel concerné a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret. « La participation des caisses ne peut être allouée que si le professionnel concerné a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret. « La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les clauses qu'elles déterminent. « La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les clauses qu'elles déterminent.</i></p>
	<p><i>« Art. L. 645-2-1.— En ce qui concerne les médecins, à défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, cette partie étant d'un montant inférieur à celui de la participation prévue à l'article L. 645-2.</i></p>	<p><i>« Art. L. 645-2-1.— En ce qui concerne les médecins, à défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, cette partie étant d'un montant inférieur à celui de la participation prévue à l'article L. 645-2.</i></p>

	« Toutefois, si l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable. »	« Toutefois, si l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable. »
	« Art. L. 722-4.– Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent des activités professionnelles mentionnées à l'article L. 722-1 et sur leurs avantages de retraite.	« Art. L. 722-4.– Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent des activités professionnelles mentionnées à l'article L. 722-1 et sur leurs avantages de retraite.
	« Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due. Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 pour les professionnels de santé qui ont adhéré au contrat prévu à l'article L. 162-12-18.	« Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due. Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 pour les professionnels de santé qui ont adhéré au contrat prévu à l'article L. 162-12-18.
« La participation prévue à l'alinéa précédent n'est toutefois pas due aux médecins autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires différents des tarifs qu'elle fixe.		« La participation prévue à l'alinéa précédent n'est toutefois pas due aux médecins autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires différents des tarifs qu'elle fixe. » La participation des caisses ne peut être allouée que si le professionnel concerné a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret.

	<p>« La participation des caisses ne peut être allouée que si le professionnel concerné a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret.</p>	<p>« La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les clauses qu'elles déterminent.</p>
	<p>« La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les clauses qu'elles déterminent.</p>	<p>« Les cotisations dues sur les avantages de retraite sont précomptées lors de chaque versement par l'organisme qui paie ces avantages. Un décret détermine les modalités de calcul et de recouvrement des cotisations dues par les bénéficiaires, ainsi que les exonérations accordées aux titulaires d'avantages de retraite dont les ressources sont insuffisantes.</p>
	<p>« Les cotisations dues sur les avantages de retraite sont précomptées lors de chaque versement par l'organisme qui paie ces avantages. Un décret détermine les modalités de calcul et de recouvrement des cotisations dues par les bénéficiaires, ainsi que les exonérations accordées aux titulaires d'avantages de retraite dont les ressources sont insuffisantes.</p>	<p>« Art. L. 722-4-1.– A défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, cette partie étant d'un montant inférieur à celui de la participation prévue à l'article L. 645-2.» Art. L. 722-4-1.– A défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, cette partie étant d'un montant inférieur à celui de la participation prévue à l'article L. 645-2.</p>

<p>« Toutefois, si l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de <i>trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable.</i> »</p>		<p>« Toutefois, si l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable. » <i>XV. – Les articles L. 162-5-2, L. 162-5-3, L. 16--5-4, les dispositions des sous-sections 2 et 3 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, ainsi que les articles L. 162-12-3, L. 162-12-4, L. 162-12-5, L. 162-12-10, L. 162-12-11, L. 162-12-12, L. 162-14-1, L. 162-14-2, L. 162-14-3 et L. 162-14-4 de ce code sont abrogés.</i> <i>XV.- Supprimé</i> <i>XV. – Les articles L. 162-5-2, L. 162-5-3, L. 16--5-4, les dispositions des sous-sections 2 et 3 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, ainsi que les articles L. 162-12-3, L. 162-12-4, L. 162-12-5, L. 162-12-10, L. 162-12-11, L. 162-12-12, L. 162-14-1, L. 162-14-2, L. 162-14-3 et L. 162-14-4 de ce code sont abrogés.</i></p>
<p><i>XVI. – L'article L. 162-5-5 du même code devient l'article L. 162-5-2. Les articles L. 162-12-6 et L. 162-12-7 deviennent respectivement les articles L. 162-12-3 et L. 162-12-4. Les articles L. 162-12-13 et L. 162-12-14 deviennent respectivement les articles L. 162-12-10 et L. 162-12-11.</i></p>	<p><i>XVI.- Supprimé</i></p>	<p><i>XVI. – L'article L. 162-5-5 du même code devient l'article L. 162-5-2. Les articles L. 162-12-6 et L. 162-12-7 deviennent respectivement les articles L. 162-12-3 et L. 162-12-4. Les articles L. 162-12-13 et L. 162-12-14 deviennent respectivement les articles L. 162-12-10 et L. 162-12-11.</i></p>
	<p><i>XVII. – Les sous-sections 4 et 5 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale deviennent respectivement les sous-sections 2 et 3 de cette même section.</i></p>	<p><i>XVII.- Supprimé</i> <i>XVII. – Les sous-sections 4 et 5 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale deviennent respectivement les sous-sections 2 et 3 de cette même section.</i></p>
	<p><i>Article 18</i> <i>..... Conforme.....</i></p>	
<p><i>Article 19</i></p>	<p><i>Article 19</i></p>	<p><i>Article 19</i></p>
<p><i>I. – Après l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 315-2-1 ainsi rédigé :</i></p>	<p><i>Supprimé</i></p>	<p><i>I. – Après l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 315-2-1 ainsi rédigé :</i></p>

<p>« Art. L. 315-2-1. – Si, au vu des dépenses présentées au remboursement, le service du contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un assuré dans les cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, il peut convoquer l'intéressé. Le service du contrôle médical peut établir, le cas échéant conjointement avec un médecin choisi par l'assuré, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés. Ces recommandations sont transmises à l'assuré par le médecin choisi par celui-ci, lorsque ces recommandations sont établies conjointement, ou à défaut, par le service du contrôle médical.</p>		<p>« Art. L. 315-2-1. – Si, au vu des dépenses présentées au remboursement, le service du contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un assuré dans les cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, il peut convoquer l'intéressé. Le service du contrôle médical peut établir, le cas échéant conjointement avec un médecin choisi par l'assuré, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés. Ces recommandations sont transmises à l'assuré par le médecin choisi par celui-ci, lorsque ces recommandations sont établies conjointement, ou à défaut, par le service du contrôle médical.</p>
<p>« Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »</p>		<p>« Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »</p>
	<p>II.– Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les mots : « , L. 315-2 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « , L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 ».</p>	<p>II.– Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les mots : « , L. 315-2 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « , L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 ».</p>
	<p>III.– Au début du IV de l'article 1106-2 du code rural, les mots : « , L. 315-2 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « , L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 ».</p>	<p>III.– Au début du IV de l'article 1106-2 du code rural, les mots : « , L. 315-2 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « , L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 ».</p>
		<p>Article 19 bis (nouveau)Article 19 bis</p>
		<p>La caisse nationale d'assurance maladie présente annuellement au Parlement un bilan d'application de l'article 18 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2000.La caisse... d'application des articles 18 et 19 de la loi 2000.</p>
	<p>.....</p>	<p>Article 20Conforme.....</p>
<p>.....</p>		<p>Article 21</p>

Article 21	Article 21 Pour la contribution due au titre de l'année 2000, est substitué le taux de 2% au taux K mentionné dans le tableau figurant à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale. Supprimé	Pour la contribution due au titre de l'année 2000, est substitué le taux de 2% au taux K mentionné dans le tableau figurant à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale. Amendement n°
	Article 22Conforme.....
.....		Article 22 bis (nouveau)
Article 22 bis Article 22 bis		L'article L. 601 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
Supprimé L'article L. 601 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :		« Pour une spécialité générique visée au premier alinéa de l'article L. 601-6, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration de ces droits. »
« Pour une spécialité générique visée au premier alinéa de l'article L. 601-6, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration de ces droits. »		
Article 22 ter (nouveau) Article 22 ter		
I.- La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est complété par le membre de phrase : « , et au titre des spécialités de référence définies au premier alinéa dudit article L. 601-6 dont le prix au 1ER janvier du dernier exercice clos n'est pas supérieur à celui d'une au moins de leurs spécialités génériques ». Supprimé		

II.- Au premier alinéa de l'article L. 245-6-1 du même code, après les mots : « à l'article L. 601-6 du code de la santé publique », est inséré le membre de phrase : « et des spécialités de référence définies au premier alinéa dudit article L. 601-6 dont le prix au premier jour du dernier trimestre civil n'est pas supérieur à celui d'une au moins de leurs spécialités génériques ».		
III.- La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 138-9 du même code est complété par le membre de phrase : « et pour les spécialités de référence définies au premier alinéa dudit article L. 601-6 dont le prix au 1ER janvier de l'année n'est pas supérieur à celui d'une au moins de leurs spécialités génériques ».		
Article 23Article 23		
I.- A l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « tout acte, prestation ou fourniture, à l'exception des médicaments, lesquels relèvent de l'article L. 162-17 ou de l'article L. 618 du code de la santé publique, » sont remplacés par les mots : « tout acte ou prestation ».	I.- Non modifié	I.- Non modifié
	II.- Au 3° de l'article L. 791-2 du code de la santé publique, les mots : « actes, prestations et fournitures qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception des médicaments » sont remplacés par les mots : « actes ou prestations qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie ».	II.- Non modifié II.- Non modifié
	III.- Le chapitre V du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	III.- Non modifié
III.- Non modifié		1° L'article L. 165-1 devient l'article L. 165-6;
		2° Sont insérés les articles L. 165-1 à L. 165-5 ainsi rédigés :

<p>« Art. L. 165-1.– Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus <i>du corps humain</i> quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission dont le secrétariat est assurée par l'Agence française de sécurité <i>sanitaire des produits de santé</i>. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'<i>indications thérapeutiques</i> ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.</p>		<p>« Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
	<p>« La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.</p>	<p>« Art. L. 165-2.– Les tarifs de responsabilité des produits mentionnés à l'article L. 165-1 sont établis par arrêté des ministres chargés 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.</p>
		<p>« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.</p>
<p>« Art. L. 165-3.– Les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, sur proposition du Comité économique des produits de santé, peuvent fixer par arrêté les prix des produits mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38.</p>		<p>« Art. L. 165-4.– Le comité économique des produits de santé est notamment chargé de proposer les tarifs de responsabilité et les prix pour les produits mentionnés à l'article L. 165-1.</p>

		<p>« Il peut, dans ce but, conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le montant des remises est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon la clé de répartition prise pour l'application de l'article L. 162-37.</p>
	<p>« Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.</p>	
	<p>« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>« Art. L. 165-5.– Les fabricants et les distributeurs des produits mentionnés à l'article L. 165-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes afférent aux ventes réalisées en France est supérieur à 5 millions de francs doivent déclarer chaque année à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé les volumes vendus et le chiffre d'affaires réalisé en France des produits susmentionnés pris en charge par l'assurance maladie. »</p>
	<p>L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale :IV.- Non modifié</p> <p>compétents, un Comité</p>	<p>IV.– La première phrase du I de l'article de la sécurité sociale est ainsi rédigée</p> <p>IV.- Non modifié</p> <p>« Il est créé, auprès des ministres économiques et financiers, un Comité économique des produits de santé. »</p>

2-17-3 et L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « Comité économique du médicament » sont remplacés par les mots : « Comité économique des produits de santé ».

la sécurité sociale est abrogé à compter de la publication du décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 165-1 du même code.

<p>Aux articles L. 138-10, L. 162-16-4, L. 162-17-3 et L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « Comité économique du médicament » sont remplacés par les mots : « Comité économique des produits de santé ».</p>		<p>V. – Les dispositions applicables à la date d'entrée en vigueur de la présente loi prévoyant, pour certaines catégories de produits visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, que le prix de vente ne peut excéder le tarif de responsabilité demeurent applicables jusqu'à ce que des dispositions ultérieures interviennent en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie.</p>
<p>V.- Non modifié</p>	<p>V.- Non modifié</p>	
<p>VI.– L'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale est abrogé à compter de la publication du décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 165-1 du même code.</p>	<p>VI.- Non modifié</p>	<p>VI.- Non modifié</p>
<p>l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est supprimé.</p>	<p>VII.– Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est supprimé.</p>	<p>VII.- Non modifié VII.- Non modifié</p>
<p>du code de la santé publique, il est inséré un article L. 665-7-1 ainsi rédigé :</p>	<p>VIII. §– Au chapitre Ier du livre V bis de la santé publique, il est inséré un article L. 665-7-1 ainsi rédigé :</p>	<p>VIII.- Alinéa sans modification VIII.- Alinéa sans modification</p>
<p>santé publique, des arrêtés du ministre chargé de la santé fixent, en tant que de besoin, les conditions particulières relatives à la délivrance des dispositifs mentionnés à l'article L. 665-3. »</p>	<p>« Art. L. 665-7-1.– Dans l'intérêt de la santé publique, des arrêtés du ministre chargé de la santé fixent, en tant que de besoin, les conditions particulières relatives à la délivrance des dispositifs mentionnés à l'article L. 665-3. »</p>	<p>Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p>
	<p>procédés techniques certains dispositifs médicaux peuvent être soumise à des règles de formation ou de qualification des professionnels et à des règles concernant les lieux d'utilisation de ces dispositifs ou à la réalisation d'évaluations périodiques. La liste de ces actes, procédés, techniques, méthodes et prescriptions et les règles qui leur sont applicables sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'inscription sur la liste est faite pour une durée de cinq ans renouvelable. »Alinéa supprimé</p>	<p>« La pratique de certains actes, et méthodes ainsi que la prescription de certains dispositifs médicaux peuvent être soumise à des règles de formation ou de qualification des professionnels et à des règles concernant les lieux d'utilisation de ces dispositifs ou à la réalisation d'évaluations périodiques. La liste de ces actes, procédés, techniques, méthodes et prescriptions et les règles qui leur sont applicables sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'inscription sur la liste est faite pour une durée de cinq ans renouvelable. »Alinéa supprimé</p>
	<p>Article 24</p>	<p>Article 24Article 24I.– Les articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :</p>

Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	« Art. L. 162-22-1.– Pour les établissements de santé mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la <i>santé publique</i> , un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine :
« Art. L. 162-22-1.– Pour... ...publique, un contrat tripartite conclu à l'Etat, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie ainsi qu'une au moins des organisations... ..., détermine :	Art. L. 162-22-1.– Pour... ... publique, un décret en Conseil ...détermine :	
« 1° Les catégories de prestations sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale;	Alinéa sans modification Alinéa sans modification	
« 2° Les catégories de prestations pour les patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à la facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale;	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
détermination par l'agence régionale de l'hospitalisation des tarifs des prestations ou issus d'un regroupement entre établissements;	« 2° bis (nouveau) Les modalités de l'hospitalisation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'un regroupement entre établissements; Alinéa sans modification Alinéa sans modification	« 3° Les méthodes permettant de calculer les modalités de versement de l'assurance maladie;
Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	« 4° Les modalités de versement des sommes correspondantes;
Alinéa sans modification prévues par le code de la santé publique, les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 de ce code, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements;	Alinéa sans modification « 5° Sans préjudice des dispositions de la santé publique, les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 de ce code, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements; Alinéa sans modification Alinéa sans modification	

établissements à l'Etat, aux agences régionales de hospitalisation et aux organismes d'assurance maladie, des informations relatives d'une part aux frais d'hospitalisation, d'autre part aux honoraires des professionnels de santé exerçant leur activité. Sur la base de ces informations, l'agence régionale de l'hospitalisation procède à un suivi régulier du coût total pour l'assurance maladie de chaque établissement.

visu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique et les dispositions qu'ils étaient auparavant régies par l'article L. 174-1 du présent code.

<p>« 6° Les modalités de transmission par l'Etat, aux agences régionales de hospitalisation et aux organismes d'assurance maladie, des informations relatives d'une part aux frais d'hospitalisation, d'autre part aux honoraires des professionnels de santé exerçant leur activité. Sur la base de ces informations, l'agence régionale de l'hospitalisation procède à un suivi régulier du coût total pour l'assurance maladie de chaque établissement.</p>	<p>Alinéa sans modification <i>Alinéa sans modification</i> « 7°(nouveau) Les données utilisées pour la détermination de l'objectif quantifié national et les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de l'objectif. Le contrat tient compte à cet effet notamment de l'évolution constatée des dépenses et des changements de régime juridique et financier de certains établissements.</p>	<p>Alinéa supprimé</p>
	<p>« En l'absence de contrat, les dispositions visées aux 1° à 7° sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Alinéa supprimé</p>
<p>est défini un objectif mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, constitué par le montant annuel des frais d'hospitalisation dans ces établissements pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le contenu est fixé par décret. Toutefois, n'entrent pas dans ce montant les versements de l'assurance maladie afférents aux activités d'alternatives à la dialyse en centre ainsi que d'hospitalisation à domicile.</p>	<p>« Art. L. 162-22-2.- I. – Chaque année, l'objectif quantifié national des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, constitué par le montant annuel des frais d'hospitalisation dans ces établissements pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le contenu est fixé par décret. Toutefois, n'entrent pas dans ce montant les versements de l'assurance maladie afférents aux activités d'alternatives à la dialyse en centre ainsi que d'hospitalisation à domicile.» Art. L. 162-22-2.-Non modifié</p>	<p>« Art. L. 162-22-2.- <i>Alinéa sans</i></p>
<p><i>national est arrêté par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et du budget en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services et des activités de ces établissements se trouvent placés, pour tout ou partie :</i></p>	<p>« <i>Le montant de l'objectif quantifié</i></p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p><i>prévu à l'article L. 174-1 du présent code alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique;</i></p>	<p>« a) Sous le régime de financement</p>	
<p>« b) Sous le régime de financement</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

près avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les données utilisées pour la détermination de l'objectif quantifié national les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il tient compte à cet effet notamment de l'évolution constatée des dépenses au titre de l'année antérieure, et des changements de régime juridique et financier de certains établissements. »

<p>« II. – Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les données utilisées pour la détermination de l'objectif quantifié national les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il tient compte à cet effet notamment de l'évolution constatée des dépenses au titre de l'année antérieure, et des changements de régime juridique et financier de certains établissements. »</p>	<p>selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il tient compte à cet effet notamment de l'évolution constatée des dépenses au titre de l'année antérieure, et des changements de régime juridique et financier de certains établissements. »</p>	<p>« II. – Undétermine les modalités</p>
<p>chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, les articles L. 162-22-3 à L. 162-22-7 ainsi rédigés :</p>	<p>II. – Il est inséré, à la section 5 du</p>	<p>II.- Alinéa sans modification II.- Alinéa sans modification</p>
<p>au plus tard le 25 février, un accord entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au moins une autre caisse nationale de l'assurance maladie des établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique déterminent :</p>	<p>« Art. L. 162-22-3. – I. – Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au moins une autre caisse nationale de l'assurance maladie des établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique déterminent :</p>	<p>« Art. L. 162-22-3. – I. – Chaque ...un accord conclu entre et au moins une autre caisse nationale de l'assurance maladie, ainsi qu'une au moins des ...détermine :</p>
<p>Art. L. 162-22-3. – I. – Chaque année, ...un accord entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au moins une des organisations ...</p> <p>...détermine :</p>	<p>l'évolution moyenne nationale de l'évolution moyenne dans chaque région des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré, selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2; cette évolution peut être différenciée selon les activités médicales;</p>	<p>« 1° L'évolution moyenne nationale et dans chaque région des tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré, selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2; cette évolution peut être différenciée selon les activités médicales;</p>
<p>Alinéa sans modification</p> <p>être différentes pour certaines activités médicales pendant les premiers mois de l'année et une seconde fois au vu des variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués aux établissements par les agences régionales de l'hospitalisation selon les modalités définies par l'accord régional mentionné à l'article L. 162-22-4.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>et au plus tard le 15 mars de l'année, un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les éléments mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« II. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et la ou les organisations nationales les plus représentatives des établissements signataires de l'accord mentionné au I observent l'évolution des dépenses entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, au moins deux fois dans l'année : une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu des résultats des huit premiers mois de l'année.</p> <p>Alinéa supprimé</p>	<p>« 1° L'évolution ...</p> <p>et de la sécurité sociale et la ou les organisations nationales les plus représentatives des établissements signataires de l'accord mentionné au I observent l'évolution des dépenses entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, au moins deux fois dans l'année et une seconde fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu des résultats des huit premiers mois de l'année.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« A défaut d'accord dans le délai précité et au plus tard le 15 mars de l'année, un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les éléments mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« II. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et la ou les organisations nationales les plus représentatives des établissements signataires de l'accord mentionné au I observent l'évolution des dépenses entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, au moins deux fois dans l'année : une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu des résultats des huit premiers mois de l'année.</p> <p>Alinéa supprimé</p>	<p>« II. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et la ou les organisations nationales les plus représentatives des établissements signataires de l'accord mentionné au I observent l'évolution des dépenses entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, au moins deux fois dans l'année et une seconde fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu des résultats des huit premiers mois de l'année.</p>

<p>janvier, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant total des versements afférents aux frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 au titre de l'année précédente et sa répartition par région, établissement et nature d'activité.</p>	<p>« Chaque année, au plus tard le 30 janvier, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant total des versements afférents aux frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 au titre de l'année précédente et sa répartition par région, établissement et nature d'activité.</p> <p>Alinéa supprimé</p>	<p>« Chaque année, au plus tard le 30 janvier, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant total des versements afférents aux frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 au titre de l'année précédente et sa répartition par région, établissement et nature d'activité.</p>
<p>l'objectif quantifié national en cours d'année, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant des frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région :</p>	<p>« En vue de permettre un suivi de l'objectif quantifié national en cours d'année, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant des frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région :</p> <p>Alinéa supprimé</p>	<p>Alinéa supprimé</p>
<p>« En vue de permettre un suivi de l'objectif quantifié national en cours d'année, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant des frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région : « 1° Le 15 juin au plus tard, pour les quatre premiers mois;</p>	<p>Alinéa supprimé</p>	<p>« 1° Le 15 juin au plus tard, pour les quatre premiers mois ;</p>
<p>huit premiers mois.</p>	<p>« 2° Le 15 octobre au plus tard, pour les huit premiers mois.</p>	<p>Alinéa supprimé</p>
<p>« Le 15 octobre au plus tard, pour les quatre premiers mois. « Lorsqu'il apparaît que l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec l'objectif fixé en application de l'article L. 162-22-2, les parties à l'accord déterminent les mesures de toute nature propres à garantir son respect.</p>	<p>Alinéa supprimé</p>	<p>« Lorsqu'il apparaît que l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec l'objectif fixé en application de l'article L. 162-22-2, les parties à l'accord déterminent les mesures de toute nature propres à garantir son respect.</p>
<p>organisations nationales les plus représentatives des établissements concernés, un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les mesures nécessaires dans les conditions prévues au I du présent article. Alinéa supprimé</p>	<p>« A défaut, et après consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements concernés, un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les mesures nécessaires dans les conditions prévues au I du présent article.</p>	<p>« A défaut, et après consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements concernés, un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les mesures nécessaires dans les conditions prévues au I du présent article.</p>
<p>L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des dépenses d'hospitalisation en cours d'année de défaut de transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés des données mentionnées aux alinéas précédents, dans les mêmes alinéas. III.- Alinéa supprimé</p>	<p>« III. – Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des dépenses d'hospitalisation en cours d'année de défaut de transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés des données mentionnées aux alinéas précédents, dans les mêmes alinéas. »</p>	<p>« III. – Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des dépenses d'hospitalisation en cours d'année de défaut de transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés des données mentionnées aux alinéas précédents, dans les mêmes alinéas. »</p>
<p>« Art. L. 162-22-4. – Chaque année, au plus tard le 31 mars, un accord conclu entre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et les représentants, au sein de la région, d'une au moins des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés agréés ou autorisés de l'accord mentionné à l'article L. 162-22-3 fixe, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-2 et L. 162-22-3 ainsi que des orientations arrêtées par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, définies au 2° de l'article L. 710-20 du code de la santé publique, les règles générales de modulation des tarifs des prestations des établissements de la région en</p>	<p>« Art. L. 162-22-4. – Chaqueentre le directeur de l'agence... ... L. 162-22-3 fixe, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-2 et L. 162-22-3 ainsi que des orientations arrêtées par la</p>	<p>« Art. L. 162-22-4. – Chaqueentre le directeur de l'agence... ... L. 162-22-3 fixe, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-2 et L. 162-22-3 ainsi que des orientations arrêtées par la</p>

<p>« Cet accord détermine, en outre, des orientations de la conférence régionale de santé, les établissements susceptibles d'être pris en compte pour accorder à certains établissements, notamment en vue de l'amélioration de la qualité des soins, des évolutions de tarifs différentes du x moyen d'évolution arrêté dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-22-3.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>« A défaut d'accord, le directeur de l'hospitalisation fixe ces dispositions.</p>	<p>« A défaut d'accord, l'agence régionale de l'hospitalisation fixe ces dispositions.</p>	<p>« A défaut d'accord, le directeur de l'hospitalisation fixe ces dispositions. « I. – Les tarifs des prestations de chaque établissement de santé privé mentionné à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens mentionné au même article.</p>
<p>Alinéa sans modification</p>	<p>arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1er mai de l'année en cours. « Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1er mai de l'année en cours. « II. – Les tarifs de responsabilité applicables aux établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 710-16-2 sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ainsi que ceux mentionnés au II de l'article L. 162-22-5 sont passibles, après qu'ils ont été mis en mesure de présenter leurs observations, d'une sanction financière, dans le cas de :</p>	<p>« Art. L. 162-22-6. – Les établissements</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>définies au 1° de l'article L. 162-22-1;</p>	<p>« 1° Fausse cotation de prestations</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>prestations facturées;</p>	<p>« 2° Absence de réalisation des</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>autorisées définies à l'article L. 712-2 du code de la santé publique.</p>	<p>« 3° Dépassement des capacités autorisées définies à l'article L. 712-2 du code de la santé publique.</p>	<p>« 3° Dépassement des capacités en termes annuels définies à l'article L. 712-8 du code de la santé publique. « 3° Dépassement des capacités autorisées définies à l'article L. 712-2 du code de la santé publique. « Dans tous les cas, la sanction ne peut excéder 5% du chiffre d'affaires de l'établissement et est au minimum égale au coût indûment supporté par l'assurance maladie. Dans le premier cas, elle ne peut excéder trois fois ce coût, dans le second cas cinq fois ce coût, dans le dernier cas, deux fois.</p>
<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>« La mesure de sanction financière est notifiée à l'établissement.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

<p>arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, détermine chaque année, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les taux d'évolution moyens des tarifs des prestations afférentes aux activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. Cet arrêté détermine également les variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués à ces établissements par les agences régionales de l'hospitalisation, selon des critères définis par l'accord prévu à l'article L 162-22-4. »</p>	<p>« Art. L. 162-22-7 (nouveau). – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, détermine chaque année, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les taux d'évolution moyens des tarifs des prestations afférentes aux activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. Cet arrêté détermine également les variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués à ces établissements par les agences régionales de l'hospitalisation, selon des critères définis par l'accord prévu à l'article L 162-22-4. »</p>	<p>« Art. L. 162-22-7.- Supprimé » Art. L. 162-22-7– Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, détermine chaque année, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les taux d'évolution moyens des tarifs des prestations afférentes aux activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. Cet arrêté détermine également les variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués à ces établissements par les agences régionales de l'hospitalisation, selon des critères définis par l'accord prévu à l'article L. 162-22-4. »</p>
<p><i>code de la santé publique</i></p>	<p>III.– L'article L. 710-16-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	<p>III.- Alinéa sans modification III.- Alinéa sans modification</p>
<p><i>premier alinéa est complétée par les mots : « , dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale et conformément à un contrat type fixé par décret » ;</i></p>	<p>1° La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « , dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale et conformément à un contrat type fixé par décret » ;</p>	<p>1° La par le membretype annexé au contrat t à l'article L. 162-21-1 du même code » ;</p>
<p>1° La premièrepar les mots ... type fixé</p>	<p>est supprimée ;</p>	<p>2° La seconde phrase du premier alinéa</p>
<p>Alinéa sans modification Alinéa sans modification 3° Au deuxième alinéa, après les mots : Des contrats définissent », sont insérés les mots : « les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et, notamment, » ; Alinéa sans modification Alinéa sans modification 4° Le quatrième alinéa est supprimé ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

	5° Au sixième alinéa, les mots : « du contrat tripartite national mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ».	Alinéa supprimé
	5° Au sixième alinéa, les mots : « du contrat tripartite national mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ».	l'article L. 710-20 remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
710-20 du code de la santé publique sont complétés par les dispositions suivantes :	IV.- Non modifié IV.- Les dispositions du 2° de l'article de la sécurité sociale, ou à défaut, sont complétés par les contrats pluriannuels mentionnés aux articles L. 710-16, L. 710-16-1 et L. 710-16-2. »	« 3° L'accord prévu à l'article L. 16
	Alinéa sans modification du livre Ier du code ainsi rédigé :	V.- Il est créé, au chapitre V du titre VI de la sécurité sociale, un article L. 165-7
livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « Art.	V. – Il est créé, au chapitre V du titre VI de la sécurité sociale, un article L. 165-7 et de renouvellement des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont remboursés aux établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2 du présent code, sur présentation des factures. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base d'une partie de la somme de ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »	V.- Supprimé « Art. L. 165-7.– Les frais d'acquisition et de renouvellement des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont remboursés aux établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2 du présent code, sur présentation des factures. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base d'une partie de la somme de ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »
du code de la sécurité sociale est complétée par une section ainsi rédigée : VI.-	VI.- Le chapitre IV du titre VII du livre Non modifié	VI.- Alinéa sans modification
	« Section 9	« Section 11

ns dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique
Alinéa sans modification

<p>« Frais d'hospitalisation afférents aux établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique Alinéa sans modification</p>		<p>« Art. L. 174-16.– Les frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont versés, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.</p>
<p>« Art. L. 174-18.– Les... ...régime.</p>		<p>« Les sommes versées aux établissements pour le compte des différents régimes en application de l'alinéa précédent sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté interministériel fixe cette répartition.</p>
<p>Alinéa sans modification</p>		<p>« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article. »</p>
<p>Alinéa sans modification</p>		<p>VII.– Les dispositions du contrat national tripartite de l'hospitalisation privée du 15 avril 1997 demeurent applicables jusqu'à ce que le contenu des 1° à 6° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ait été fixé par décret.</p>
<p>VII.- Supprimé VII.– Les dispositions du contrat national tripartite de l'hospitalisation privée du 15 avril 1997 demeurent applicables jusqu'à ce que le contenu des 1° à 6° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ait été fixé par décret.</p>	<p>VIII.– A.– Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1er janvier 2000, un fonds destiné à financer les opérations concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers, au niveau régional, dans le respect du principe de la régionalisation de l'organisation sanitaire, réalisées par les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.</p>	<p>VIII.- A.- Alinéa sans modification</p>
<p>VIII.- A.- Alinéa sans modification</p>	<p>Ce fonds, dénommé « Fonds pour la modernisation des cliniques privées », est géré par la Caisse des dépôts et consignations.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Alinéa sans modification</p>	<p>B. – Les établissements de santé concernés reçoivent des subventions versées par la Caisse des dépôts et consignations à la demande de l'agence régionale de l'hospitalisation et dans les conditions prévues au D ci-dessous.</p>	<p>B.- Alinéa sans modification</p>
<p>B.- Alinéa sans modification</p>	<p>C. – Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et pour 2000, à 100 millions de francs.</p>	<p>C.- Alinéa sans modification</p>
<p>C.- Alinéa sans modification</p>		<p>La répartition entre les différents régimes est effectuée au prorata des dépenses d'assurance maladie supportées par chacun d'entre eux pour les établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique au titre de l'exercice précédent.</p>

	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	
confiée, dans la limite des crédits alloués, aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées aux articles L. 710-19 et L. 710-20 du code de la santé publique.	D.- L'attribution des subventions est confiée, dans la limite des crédits alloués, aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées aux articles L. 710-19 et L. 710-20 du code de la santé publique.	D.- Alinéa sans modification L. 710-7 du code de la santé publique.	D.- L'attribution... ...mentionnées à l'article L. 710-7 du code de la santé publique.
	E. – Les modalités d'utilisation de la subvention par l'établissement bénéficiaire font l'objet d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.	E. – Les modalités d'utilisation de la subvention par l'établissement bénéficiaire font l'objet d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.	E.- Alinéa sans modification E.- Alinéa sans modification
Les modalités d'application du présent VIII, notamment les opérations éligibles à un financement par le fonds, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	Les modalités ... un financement ...d'Etat publié dans un délai raisonnable.	Les modalitésd'Etat.	Les modalitésd'Etat.
	F (nouveau).– Le dernier alinéa de l'article L. 715-10 du code de la santé publique est ainsi rédigé :	F (nouveau).– Le dernier alinéa de l'article L. 715-10 du code de la santé publique est ainsi rédigé :	F.- Alinéa sans modification
F.- Alinéa sans modification « Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions pour leurs équipements, à l'exception des subventions du Fonds pour la modernisation des cliniques privées. » Alinéa sans modification	F.- Alinéa sans modification « Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions pour leurs équipements, à l'exception des subventions du Fonds pour la modernisation des cliniques privées. » Alinéa sans modification	F.- Alinéa sans modification « Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions pour leurs équipements, à l'exception des subventions du Fonds pour la modernisation des cliniques privées. » Alinéa sans modification	F.- Alinéa sans modification « Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions pour leurs équipements, à l'exception des subventions du Fonds pour la modernisation des cliniques privées. » Alinéa sans modification
IX. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les actes pris en application de l'arrêté du 28 avril 1999 pris en application des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et fixant l'objectif des dépenses d'assurance maladie des établissements relevant de l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique pour l'année 1999 sont validés, en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'illégalité de cet arrêté.	IX.- Supprimé	IX. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les actes pris en application de l'arrêté du 28 avril 1999 pris en application des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et fixant l'objectif des dépenses d'assurance maladie des établissements relevant de l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique pour l'année 1999 sont validés en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'illégalité de cet arrêté. X.– Pour l'application en 2000 des dispositions du II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale, l'évolution constatée des dépenses, mentionnée audit II, s'apprécie par rapport à un objectif, pour 1999, égal à 42,936 milliards de francs.	IX. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les actes pris en application de l'arrêté du 28 avril 1999 pris en application des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et fixant l'objectif des dépenses d'assurance maladie des établissements relevant de l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique pour l'année 1999 sont validés en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'illégalité de cet arrêté. X.– Pour l'application en 2000 des dispositions du II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale, l'évolution constatée des dépenses, mentionnée audit II, s'apprécie par rapport à un objectif, pour 1999, égal à 42,936 milliards de francs.

X.- Supprimé	X. – Pour l'application en 2000 des dispositions du II de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale, l'évolution constatée de la dépense mentionnée audit II, s'apprécie par rapport à un objectif, pour 199, égal à 42,936 milliards de francs.	XI (nouveau).–Le II de l'article 24 de la loi n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de la sécurité sociale et privée est ainsi modifié : XI.- Non modifié
XI.- Non modifié		1° Les premier, deuxième, avant-dernier et dernier alinéas sont supprimés ;
	au 4° de l'article L. 162-22-2 » sont remplacés par les mots : « au I de l'article L. 162-22-3 ».	2° Dans le troisième alinéa, les mots : «
Article 24 bis (nouveau)	Article 24 bis (nouveau)	
A la fin du premier alinéa de l'article L. 162-22-2 du code de la santé publique, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « deux ans ».	Supprimé	
Article 25		
.....Conforme.....		
Section 4	Section 4	Section 4 Branche accidents du travail Branche accidents du travail
Branche accidents du travail	 Article 26 AConforme.....
		Article 26 Article 26 L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi modifié : Alinéa sans modification
Alinéa sans modification		I.– Dans le premier alinéa du I, après les mots : « des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, », sont insérés les mots : « des établissements de flocage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales, ».
I.- Non modifié	I.- Non modifié	
<i>I bis (nouveau).–Dans le deuxième alinéa du I, après les mots : « où y étaient fabriqués », sont insérés les mots : « ou traités l'amiante ou ».</i>	<i>I bis.- Non modifié</i>	<i>I bis.- Non modifié</i>
	II.– Après le troisième alinéa du I, il est ainsi rédigé : II.- Non modifié II.- Non modifié	
inséré quatre alinéas		

construction et de la réparation navales, avoir exercé un métier figurant sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget.

... d'une période déterminée, dans un port ou dans un cours d'eau fonction de la durée du travail dans le port pendant laquelle étaient manipulés les marchandises; la liste de ces ports et, pour chaque port, de la période considérée est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale, des transports et du budget ;

<p>« 3° S'agissant des salariés de la construction et de la réparation navales, avoir exercé un métier figurant sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget.</p>		
	<p>« Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité est ouvert aux ouvriers dockers professionnels sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :</p>	
<p>« 1° Travailler ou avoir travaillé, au cours d'une période déterminée, dans un port ou dans un cours d'eau fonction de la durée du travail dans le port pendant laquelle étaient manipulés les marchandises; la liste de ces ports et, pour chaque port, de la période considérée est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale, des transports et du budget ;</p>	<p>« 2° Avoir atteint un âge déterminé qui est inférieur à cinquante ans. » III.- Le dernier alinéa du I est complété par les mots : « ni avec une allocation de préretraite ou de cessation anticipée d'activité ».</p>	<p>III.- Non modifié</p>
<p>III.- Non modifié</p>	<p>« Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des douze derniers mois d'activité salariée du bénéficiaire pour lesquels ne sont pas prises en compte, dans des conditions prévues par décret, certaines périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite. »</p>	<p>« Le montant compte ou sont compensées, dans des réduite. »</p>
<p>« Le montant compte, dans des ... réduite. »</p>		

<p>insérés les mots</p>	<p>V (nouveau) .- Dans la troisième phrase du premier alinéa du III, après les mots : « sont constituées », : « à parité ».V.- Dans la troisième phrase du premier alinéa du III, les mots : « contribution de l'Etat » sont remplacés par les mots : « fraction du produit du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par l'article 29 de la loi de finances pour 2000 (n° du) ; dans la dernière phrase du premier alinéa du III, les mots : « les montants de ces contributions » sont remplacés par les mots : « le montant de cette contribution ».</p>		
<p>licable à compter</p>	<p>VI (nouveau).- Le V ci-dessus est de l'exercice 2000.VI.- Non modifié</p>		
<p>urité sociale, il est</p>	<p>Article 26 bis A (nouveau) Après l'article L. 432-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 432-11 ainsi rédigé</p> <p>« Art. L. 432-11.- La période de rééducation professionnelle est validée pour le calcul des droits à pension vieillesse. »</p>	<p>Sans modification</p>	
	<p>Article 26 bis (nouveau)</p>	<p>Article 26 bis</p>	<p>Article 26 bis</p>
<p>434-2 du code de</p>	<p>I.- Le quatrième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	<p>I.- Le quatrième alinéa de l'article L. 434-2 du même code est ainsi rédigé :</p>	<p>Sans modification</p>
	<p>« En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnu constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la réduction totale subie par la capacité professionnelle est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital.</p>	<p>« En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnu constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la réduction totale subie par la capacité professionnelle est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital.</p>	<p>« Enrente afférente au dernier accident. ...un ou plusieurs accidents du travail, la capacité permanente est égalecompte de la ou... ... capital dans les conditions 434-1. »</p>

		Article 29 bis (nouveau)Article 29 bis
Article 29 bis	code de la sécurité sociale, un chapitre IX bis ainsi rédigé : Alinéa sans modification	Il est inséré, au titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, un chapitre IX bis ainsi rédigé : Alinéa sans modification
	« Chapitre IX bis sans modification	« Chapitre IX bis Division et intitulé
des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale et ces régimes	« Neutralisation des effets de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale et ces régimes »	« Neutralisation des effets de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base et ces régimes » « Art. L. 139-2.—Les relations financières entre l'Etat et les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale, d'une part, l'Etat et ces régimes, d'autre part, les organismes concourant à leur financement et les régimes de protection sociale, enfin, sont régies par des conventions qui garantissent en particulier la neutralité des flux financiers pour la trésorerie des régimes de protection sociale. »
« Art. L. 139-3.—Les régimes obligatoires de base, d'une part, régimes obligatoires de base, enfin, ...		

...régimes obligatoires de base. » « Art. L. 139-2.—Les ...

...

base. Article 30 Article 30 Article 30 Est ratifié le décret n° 99-860 du 7 octobre 1999 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale. Supprimé Est ratifié le décret n° 99-860 du 7 octobre 1999 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale. Article 31 Article 31 Article 31 Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes : Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

(En milliards de francs.)	(En milliards de francs.)	(En milliards de francs.)	Régime général
29,0	Régime général	24,0	Régime général
29,0	Régime des exploitants agricoles	12,5	Régime des exploitants agricoles
12,5	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	2,5	Alinéa supprimé

Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	2,5	Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines	2,3	Alinéa sans modification
---	-----	--	-----	--------------------------

Alinéa sans modification

Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	0,5	Alinéa sans modification
--	-----	--------------------------

Alinéa sans modification

Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes. Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

rapport annexé

Texte de l'amendement adopté par la commission proposant une nouvelle rédaction du rapport annexé à l'article premier du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

RAPPORT SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ
ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ET LES OBJECTIFS QUI DÉTERMINENT
LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER

Le Gouvernement entend conforter notre système de protection sociale parce qu'il organise des solidarités fondamentales nécessaires à chacun pour faire face aux risques de la vie. Il constitue en cela un puissant facteur de cohésion sociale et, loin d'être un obstacle à la croissance économique, il en est un des supports.

Une sécurité sociale en déficit est une sécurité sociale affaiblie; le redressement des comptes sociaux a donc été engagé. Dès 1999, l'ensemble des organismes de protection sociale – régimes maladie, vieillesse, famille et chômage – dégagera un excédent d'environ 10 milliards de francs. Il ne subsiste, en 1999, qu'un léger déficit du régime général d'environ 4 milliards de francs après un déficit de 53 milliards de francs en 1996, de 34 milliards de francs en 1997 réduit à 16,5 milliards de francs en 1998. Les prévisions pour 2000 font apparaître un excédent d'environ 2 milliards de francs.

Convaincu de la nécessité de disposer de comptes fiables en temps utiles pour améliorer la gestion de la sécurité sociale, le Gouvernement s'engage à promouvoir l'harmonisation des plans comptables des différents régimes et l'accélération de la publication des comptes, ainsi qu'à présenter en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 les principaux agrégats en droits constatés et les éléments permettant le passage d'une présentation à l'autre.

S'appuyant sur ce redressement des comptes, la politique de protection sociale s'articule autour des axes suivants :

– permettre à tous d'accéder aux soins, améliorer leur qualité, promouvoir la participation des citoyens, assurer la maîtrise de l'**évolution des dépenses et garantir un financement pérenne reposant sur le revenu du travail** et du capital, incluant les profits financiers des entreprises, sont les objectifs généraux de la politique de santé ;

– conforter les parents dans leur rôle éducatif, faciliter la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, accroître l'appui aux familles en charge de jeunes adultes, faciliter l'accueil de l'enfant constituent les axes majeurs de la politique familiale ;

– pour faire face au défi du vieillissement, les réformes nécessaires pour assurer la consolidation de nos régimes par répartition au nouveau contexte démographique seront

entreprises dans le dialogue et la concertation; les conditions de prise en charge de la dépendance seront améliorées ;

– l'intégration des personnes handicapées sera favorisée à travers, notamment, la révision de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

– dans le souci de favoriser l'emploi, une réforme d'ampleur réduisant les cotisations sociales assises sur les salaires, notamment ceux des moins qualifiés, sera entreprise.

A. – Une politique de santé au service des populations

1. Des soins de qualité pour tous

a) Permettre à tous d'accéder aux soins

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle constitue un progrès majeur pour garantir à tous l'accès aux soins. Elle ouvre le droit à une couverture complémentaire gratuite pour les plus modestes de nos concitoyens; 6 millions de personnes sont concernées. Elle permettra également à l'ensemble des résidents d'accéder à une couverture maladie de base.

Le Gouvernement entend assurer, en liaison avec l'ensemble des acteurs concernés – professionnels de santé, caisses d'assurance maladie, collectivités locales, associations humanitaires, organismes de couverture complémentaire –, une pleine application de cette loi à partir du 1er janvier 2000.

b) Promouvoir le *droit* des malades et construire la démocratie sanitaire

Les états généraux de la santé ont donné la parole aux citoyens et ont permis d'engager un véritable débat public autour de la santé. Leur succès – près de mille réunions, une forte mobilisation des usagers – a montré un grand désir de participation. Les débats ont montré une forte attente d'information et d'écoute en matière de santé et une exigence de qualité portant sur les aspects relationnels, plus que sur les aspects techniques. L'accès aux soins, la lutte contre la douleur, le vieillissement, la santé des jeunes, la prévention sont également au centre des préoccupations de nos concitoyens.

Le Gouvernement, pour tenir compte de ces préoccupations, propose une loi visant à affirmer les droits des malades, notamment en ce qui concerne l'accès au dossier médical. Des dispositifs plus efficaces de recours et de médiation seront mis en place. La participation des usagers à la définition et à la mise en œuvre des politiques de santé publique, en particulier sur le plan régional, sera renforcée. Une réflexion sera menée pour prendre en compte l'aléa thérapeutique.

c) Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé

Un plan d'information et d'actions pour garantir un exercice effectif du droit à la contraception a été engagé. Il s'agit de promouvoir une meilleure maîtrise de la contraception et de permettre le recours à la contraception d'urgence. Le Gouvernement entend améliorer la prévention des grossesses non désirées et garantir l'accès à l'interruption volontaire de

grossesse sur l'ensemble du territoire. Concernant les pilules dites de troisième génération, le Gouvernement poursuivra ses efforts afin de garantir à toutes les femmes un égal accès au choix le plus large de contraceptifs oraux.

La santé au féminin étant un volet incontournable de la politique de santé publique, le Gouvernement s'engage à veiller à renforcer la formation en gynécologie médicale.

L'éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques sera développée pour améliorer l'efficacité de la prise en charge et permettre une plus grande autonomie de la personne malade. Le diabète et l'asthme feront l'objet, dès 2000, d'expérimentations locales et régionales.

Dans les premiers mois de l'année 2000, tous les départements disposeront d'un programme de dépistage du cancer du sein, réalisé à partir d'un cahier des charges et garanti par un contrôle de qualité définis nationalement. Le dépistage du cancer du col de l'utérus sera généralisé dans les deux ans. Celui du cancer du côlon sera étendu à de nouveaux départements.

Le Gouvernement poursuivra les actions entreprises dans le cadre du programme de prévention du suicide 1998-2000, notamment chez les jeunes. L'objectif est de réduire à moins de 10 000 le nombre des morts dues à des suicides chaque année en France.

La prévention a également été renforcée en matière de lutte contre le saturnisme. Il n'était pas acceptable que de jeunes enfants puissent contracter des maladies graves uniquement parce qu'ils n'ont pas la chance d'habiter dans des logements récents ou rénovés. La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a rendu obligatoire la déclaration de tout cas de saturnisme observé chez une personne mineure, ainsi qu'un diagnostic de l'habitat lorsque celui-ci présente un risque manifeste ou lorsqu'un cas d'intoxication au plomb chez un mineur y a été identifié.

En 1999, un plan de lutte contre la drogue, les toxicomanies et en faveur de la prévention des dépendances aux substances psychoactives tenant compte des nouvelles modalités de consommation, en particulier chez les jeunes, a été établi. L'année 2000 permettra la mise en place d'une politique nationale de prévention des pratiques addictives, notamment pour les jeunes en milieu scolaire et extra-scolaire.

A la suite du rapport de M. Alfred Recours, le Gouvernement entend accentuer sa politique de lutte contre le tabagisme :

– s'inscrivant dans la perspective de la hausse des prix de 20 % proposée par M. Alfred Recours, afin d'avoir un réel impact sur la consommation, le Gouvernement recherchera au cours des années 2000-2002 une hausse des prix du tabac d'au moins 5 % par an ;

– les minima des perceptions des taxes seront progressivement relevés et uniformisés entre les différents types de cigarettes ;

– à l'occasion de sa présidence de l'Union européenne, la France proposera à ses partenaires un réexamen des règles de la fiscalité du tabac afin de réduire la consommation et d'harmoniser les règles fiscales dans l'Union ;

– les moyens dont disposeront l'Etat et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour la prévention du tabagisme seront renforcés ;

– le Gouvernement permettra un meilleur accès aux *substituts* nicotiniques utilisés dans le sevrage tabagique ;

– il organisera une concertation sur l'intérêt, en termes de santé publique, d'interdire la vente de tabac aux personnes de moins de seize ans, en s'inspirant des résultats obtenus dans les pays étrangers, et en associant davantage les petits débiteurs de tabac, pour qu'ils participent à des actions de prévention en direction des jeunes.

Enfin, le nombre et les moyens des centres de cure ambulatoire en alcoologie, qui relèvent depuis le 1er janvier 1999 de l'assurance maladie, seront renforcés.

En 1999, des orientations d'actions en matière de politique nutritionnelle et de carences nutritionnelles ont été définies. Le Gouvernement entend inscrire la nutrition parmi les thèmes prioritaires de santé publique au niveau de l'Union européenne, en 2000.

La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles sera renforcée. En 1999, les missions des centres de dépistage anonyme et gratuit ont été étendues au dépistage de l'hépatite B et C et aux maladies sexuellement transmissibles. Ce dépistage sera en 2000 entièrement pris en charge par l'assurance maladie.

d) Améliorer la qualité des soins

Pour améliorer la qualité des soins en cancérologie, la pluridisciplinarité des prises en charge sera favorisée et des réseaux seront constitués pour garantir la coordination et la continuité des soins.

Le Gouvernement a engagé une démarche identique pour améliorer la prise en charge des personnes diabétiques. Un programme d'organisation des soins sera mis en œuvre en 2000 en se fondant en particulier sur les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

La sécurité et la qualité de prise en charge de la grossesse seront améliorées. La mise en place d'une politique périnatale, favorisant au niveau régional le travail en réseau de l'ensemble des établissements de santé et des professionnels concernés, débutée en 1999, sera poursuivie en 2000. Au niveau individuel, chaque femme enceinte devrait pouvoir bénéficier d'un premier entretien spécialisé centré sur la prévention.

Attaché à conforter et développer la pratique de la dialyse dans notre pays, le Gouvernement mettra en place un système de recensement des malades permettant d'adapter les structures de soins aux besoins recensés.

L'évaluation du respect des mesures de sécurité anesthésique, en s'assurant de la formation en nombre suffisant d'anesthésistes, et de la qualité de prise en charge des urgences à l'hôpital sera poursuivie.

Les actions débutées en 1999, dans le cadre du plan national de lutte contre l'hépatite C, seront poursuivies, en particulier en matière de prévention, afin que le plus grand nombre

des personnes porteuses du virus de l'hépatite C connaissent leur état sérologique et reçoivent les traitements nécessaires.

Le programme de lutte contre la douleur, débuté en 1998, sera renforcé avec la généralisation des protocoles déléguant aux infirmiers la prescription d'antalgiques et la poursuite d'une large information du public. Le dispositif de prise en charge à domicile des personnes en fin de vie sera renforcé.

e) Poursuivre l'organisation du dispositif de sécurité sanitaire

La loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme a permis la création d'une Agence de sécurité sanitaire des aliments, la transformation du réseau national de santé publique en Institut de veille sanitaire et celle de l'Agence du médicament en Agence de sécurité sanitaire des produits de santé.

Un Comité national de la sécurité sanitaire réunit l'ensemble des autorités compétentes et permet d'assurer une coordination générale de l'action publique. Des systèmes d'alerte ont été mis en place dans les grands secteurs de risque et permettent des interventions plus rapides et plus précoces des pouvoirs publics.

Ces institutions sont désormais opérationnelles; leurs conseils d'administration ont été récemment installés. Elles donneront toute leur portée aux actions de prévention, d'alerte et d'évaluation mais également de gestion des risques lorsqu'ils surviennent.

De même, l'obligation de lutte contre les infections nosocomiales a été renforcée. La mise en place des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) est désormais une obligation légale, y compris dans les établissements privés. La loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 précitée organise un système de signalement de ces infections.

Le Gouvernement entend poursuivre le renforcement de ce dispositif :

– l'Agence française du sang laissera place au 1er janvier 2000 au nouvel Etablissement français du sang chargé de la collecte, de la production et de la distribution des produits sanguins labiles sur l'ensemble du territoire ;

– une Agence de sécurité sanitaire environnementale destinée à mieux expertiser et évaluer l'impact, sur la santé, des perturbations de l'environnement sera créée.

f) Améliorer la sécurité au travail, mieux prendre en charge les maladies professionnelles

Le nombre des accidents du travail est à nouveau en augmentation. Si la reprise de l'activité peut expliquer ce phénomène, il n'en appelle pas moins une vigilance accrue.

Le Gouvernement a donc ouvert une réflexion collective et concertée afin d'assurer une meilleure prévention des risques professionnels. Il s'agit d'assurer une meilleure articulation de l'action, au sein de l'entreprise, des représentants du personnel, de la médecine du travail, des services de prévention de l'assurance maladie et de l'inspection du travail.

Dans ce cadre, les organisations de salariés et d'employeurs ont engagé, depuis avril

1999, une concertation sur les améliorations à apporter à notre système de prévention. Le Gouvernement souhaite que ces réflexions contribuent à la définition d'une réforme de la médecine du travail qui permettra de garantir l'indépendance des médecins et de développer les actions de prévention dans le milieu du travail.

L'Institut de veille sanitaire renforcera, pour sa part, la surveillance des risques professionnels. L'inspection du travail sera mobilisée dans le cadre d'orientations prioritaires portant sur l'évaluation des risques dans les entreprises, notamment la lutte contre le risque cancérogène et la surveillance de la qualité des équipements de travail et de protection.

Par ailleurs, le dispositif de prise en charge des maladies professionnelles a été profondément rénové pour mieux garantir les droits des victimes.

Ainsi, un délai raisonnable est désormais imposé aux caisses pour reconnaître le caractère professionnel de la maladie. Les délais de prescription ont été redéfinis afin d'empêcher que les victimes soient privées de leurs droits du seul fait de la méconnaissance de l'origine professionnelle de leur état. Pour les victimes de l'amiante, tous les dossiers prescrits peuvent désormais être rouverts.

Le barème d'invalidité en matière de *maladie professionnelle a été rendu opposable aux caisses*. La création de nouveaux tableaux, comme en 1999 celui relatif aux lombalgies et aux dorsalgies graves, permettra la prise en charge de nouvelles pathologies.

Des mesures particulières ont par ailleurs été prises en faveur des victimes de l'amiante. Les modalités de reconnaissance des pneumoconioses ont été alignées sur le droit commun. Un fonds a été créé pour financer l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante. Dans un premier temps, les personnes concernées étaient celles ayant travaillé dans des entreprises de fabrication de matériaux contenant de l'amiante. Le Gouvernement propose d'ouvrir le champ de l'allocation à d'autres secteurs d'activité : dockers, entreprises de flocage et calorifugeage, réparation et construction navales. Le Gouvernement étudie également la possibilité d'accorder cette allocation aux salariés relevant de la sidérurgie ayant travaillé au contact de l'amiante.

Enfin, il n'est plus supportable que les victimes d'accidents successifs du travail ne soient pas indemnisées sur la base d'un taux cumulé d'incapacité.

2. Moderniser notre système de santé et d'assurance maladie

a) La médecine de ville : confier une pleine responsabilité aux caisses et aux professionnels de santé pour réguler la médecine de ville

La modernisation de notre système de santé passe par un partenariat actif entre les caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé tant au niveau national qu'au niveau local.

C'est en grande partie à travers ce partenariat que peuvent aboutir les politiques structurelles qui conditionnent la qualité et l'efficacité de notre système de santé en ville.

Les possibilités offertes aux partenaires conventionnels ont été élargies. Ainsi, ils peuvent modifier les modalités de rémunération des professionnels libéraux, adapter les dispositifs de régulation de la démographie médicale, favoriser le développement des réseaux ou accroître la transparence des informations sur l'activité médicale.

Le Gouvernement soutient le processus d'informatisation des cabinets médicaux qui, malgré des difficultés techniques initiales, connaît un développement significatif : 70 % des cabinets médicaux sont aujourd'hui informatisés. Il a pris les dispositions législatives nécessaires au développement de la carte médicalisée qui se substituera à la première génération de cartes Vitale.

Il propose au Parlement de renforcer cette politique conventionnelle en confiant aux caisses et aux professionnels de santé une pleine délégation pour réguler les soins de ville.

Les caisses et les syndicats représentatifs auront la responsabilité de gérer une enveloppe englobant la rémunération de l'ensemble des professionnels libéraux. Il leur appartiendra de prendre les mesures de toute nature nécessaires pour assurer le respect de cet objectif. Les caisses disposeront, dans ce cadre, de prérogatives accrues lorsqu'un accord avec les professionnels n'est pas possible. En contrepartie de cette délégation de responsabilités, elles devront établir périodiquement que leurs décisions sont conformes aux objectifs qui leur sont assignés.

De même, les caisses en charge de la gestion du risque et du contrôle médical ont une responsabilité essentielle quant à l'évolution des prescriptions. Elles seront appelées à rendre compte périodiquement de leur action dans ce domaine.

La perspective d'un reversement du corps médical, en cas d'évolution excessive de prescriptions, n'a pas prouvé son efficacité en termes de modifications de comportements et n'apporte pas de réelles garanties en termes financiers à l'assurance maladie. Aussi le Gouvernement entend-il promouvoir un meilleur usage de prescription notamment en matière de médicament en s'appuyant sur des bases médicalisées et en privilégiant des mécanismes incitatifs. Ainsi, les caisses et les professionnels de santé seront appelés à définir des programmes de bon usage des soins au plan national ou local dont la réussite ouvrira droit à un intéressement des professionnels. De même, possibilité leur sera ouverte d'augmenter la prise en charge des cotisations sociales des professionnels qui acceptent de prendre des engagements particuliers sur la qualité de leur pratique.

Par ailleurs, le Gouvernement poursuit la modernisation de notre système de ville. Ainsi, après une large concertation avec les pharmaciens, une réforme des règles d'implantation des officines et de la marge des pharmaciens a été mise en œuvre. De même, il entend, en accord avec les professionnels paramédicaux, promouvoir une meilleure adaptation des soins aux besoins des patients. Pour cela, les professionnels auront la possibilité, si le médecin l'accepte et sous son contrôle, de définir un plan de soin.

Enfin, une réforme des études médicales initiales, dans la perspective notamment de renforcer la formation de médecine générale, ainsi qu'une réforme du dispositif de formation médicale continue seront proposées au Parlement au cours de l'an 2000.

b) L'hôpital : promouvoir la qualité des soins et adapter l'offre aux besoins.

Promouvoir la qualité des soins, adapter notre offre hospitalière aux besoins, favoriser la coopération entre établissements et avec la médecine de ville, améliorer l'efficacité globale du système hospitalier et adapter le financement correspondant à ces besoins constituent les objectifs généraux de la politique hospitalière du Gouvernement.

La démarche d'accréditation est engagée dans plusieurs dizaines d'établissements hospitaliers. Cette démarche est essentielle non seulement parce qu'elle permet de contrôler la qualité des soins dispensés mais également parce qu'elle est l'occasion d'engager une démarche de progrès dans les établissements concernés. Le Gouvernement est attaché à ce que les résultats de l'accréditation soient rendus publics pour répondre à l'exigence légitime de transparence de nos concitoyens.

De nouveaux schémas d'organisation sanitaire ont été établis. Leur élaboration a donné lieu à une large concertation avec les représentants des établissements et de leurs personnels ainsi qu'avec les représentants des usagers et les élus locaux. Ces documents ont permis de définir les priorités régionales qui serviront de base à la recomposition de l'offre hospitalière. Ainsi, certaines activités (cardiologie, cancérologie) vont connaître des développements pour mieux répondre aux besoins. D'autres activités (urgences...) sont appelées à se concentrer sur certains sites du fait des exigences de sécurité et de l'évolution des techniques et des modes de prises en charge. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) dessinent enfin le contour des réseaux qui seront instaurés entre les établissements notamment pour adapter la prise en charge à la situation des patients (périnatalité, cancérologie). Enfin, les SROS permettent d'organiser les conversions progressives du court séjour vers les long et moyen séjours.

Le Gouvernement poursuit la politique de réduction des inégalités entre régions et engage une réforme profonde des modes d'allocation des ressources pour mieux prendre en compte l'activité médicale des établissements. D'ores et déjà, la loi prévoit la possibilité d'expérimenter la tarification à la pathologie. L'étude des conditions techniques d'une généralisation de ce mode de tarification est engagée avec les représentants de l'hospitalisation publique et privée. Une attention particulière sera portée, dans ce cadre, à la prise en compte des charges particulières liées aux exigences du service public (permanence de soins, recherche, formation...). C'est dans cet esprit que le Gouvernement propose un nouveau mode d'allocation des ressources aux cliniques privées. Elle vise à entamer dès à présent la transition vers la tarification à la pathologie, en faisant varier progressivement les tarifs, tant au niveau des régions que des établissements, pour tenir compte de l'activité médicale.

Le Gouvernement s'engage à mener une réflexion sur un renforcement de la régionalisation et de la fongibilité des enveloppes du système de santé et notamment sur la mise en place d'une enveloppe spéciale d'un montant de 0,1 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) confiée aux régions les plus en retard du point de vue sanitaire.

Le Gouvernement étudie également les possibilités d'amélioration des conditions d'emploi des praticiens adjoints contractuels et leur accès à la carrière de praticien hospitalier.

c) Le médicament : optimiser les prescriptions et les remboursements

La politique du Gouvernement est guidée par le souci de mettre à la disposition de nos concitoyens les progrès réalisés dans le domaine du médicament, tout en maîtrisant l'évolution des dépenses. Aussi, il convient d'optimiser la prescription et les remboursements pour pouvoir valoriser les efforts de recherche et bien rembourser les médicaments les plus utiles.

Dans cet esprit, le Gouvernement a donc pris les dispositions nécessaires pour promouvoir le développement des génériques. Les pharmaciens sont aujourd'hui autorisés à substituer des génériques aux produits princeps. La profession, dans le cadre d'un accord global, a pris des engagements sur le niveau de substitution des génériques aux produits princeps.

Le service médical rendu a vocation à servir de base à la définition des prix et du taux de remboursement des spécialités thérapeutiques. L'intérêt thérapeutique de l'ensemble des spécialités commercialisées fera l'objet

d'une réévaluation dans l'année à venir. Cette démarche est d'ores et déjà engagée pour plus de mille spécialités.

*La politique du Gouvernement en matière de médicament s'appuie sur les relations conventionnelles avec les laboratoires dans le cadre fixé par l'accord signé en 1999 avec le syndicat national de l'industrie pharmaceutique. Cet accord fixe la **base d'une coopération entre les pouvoirs publics et l'industrie** pour, notamment, maîtriser les frais de promotion ou réduire les surconsommations avérées dans certaines classes thérapeutiques.*

Il conviendrait de permettre le développement de l'automédication.

Le Gouvernement mènera une réflexion afin d'engager une réforme de la fonction logistique dans la distribution du médicament.

*

Les lois de financement de la sécurité sociale ne peuvent accueillir que des dispositions ayant une incidence financière. Le Gouvernement proposera donc au printemps de l'année 2000 un texte relatif à la santé. Ce texte sera construit dans le partenariat autour des objectifs suivants :

– moderniser l'assurance maladie et le cadre de ses relations avec les professionnels de santé ;

– instaurer une véritable démocratie sanitaire et garantir les droits des malades ;

– améliorer la qualité de notre système de soins, notamment en modernisant les conditions d'exercice des professionnels et en développant la prévention et l'éducation pour la santé ;

– mieux coordonner politique de santé et lois de financement de la sécurité sociale.

B. –Rénover la politique familiale

Le Gouvernement entend aider et soutenir les familles pour qu'elles puissent pleinement assumer le rôle majeur qui leur revient dans l'éducation des enfants, la cohésion sociale, la construction de notre avenir.

Il a entrepris une rénovation en profondeur de la politique familiale dont la Conférence de la famille, réunie annuellement depuis 1998, marque les étapes. Il entend ainsi associer à sa définition l'ensemble des acteurs concernés, notamment le mouvement familial.

Le Gouvernement s'attache à conforter les parents dans leur rôle éducatif, notamment en favorisant leur participation à la vie de l'école. Il a entrepris la mise en place d'un réseau national d'appui, d'écoute et de conseil aux parents. Il poursuit avec la Caisse nationale des allocations familiales une politique active pour favoriser l'accueil des enfants hors du temps scolaire à travers les contrats temps libre et les contrats éducatifs locaux.

Il a entrepris de rendre les aides aux familles plus justes à travers la réforme du quotient familial.

Il est particulièrement sensible aux problèmes rencontrés par les familles ayant en charge les jeunes adultes. Après avoir étendu à vingt ans les allocations familiales pour tous les enfants à charge de leurs parents, il

propose de porter à vingt et un ans l'âge pris en compte pour le calcul des allocations logement et le complément familial.

*Il sera remis au Parlement avant le 1er octobre 2000, en vue de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, un rapport sur l'ensemble **des aides auxquelles ouvre droit la charge** de jeunes adultes, ainsi que sur celles qui leur sont versées.*

La politique de réduction du temps de travail libérera du temps pour la vie familiale et les contraintes particulières des parents seront prises en compte dans le nouveau dispositif d'aménagement du temps de travail.

Dans la perspective de la Conférence de la famille de l'année 2000, la Délégation interministérielle à la famille est chargée de conduire une réflexion et de faire des propositions sur les structures et les conditions de l'accueil du jeune enfant.

Les aides au logement ont été améliorées en assurant leur revalorisation effective et en programmant l'alignement des loyers plafond de l'allocation de logement familial sur ceux de l'aide personnalisée au logement. Cette action sera poursuivie avec, pour objectif, une harmonisation des barèmes et des conditions de ressources pour répondre à un souci de simplification, de cohérence et de justice sociale.

Pour permettre la mise en œuvre sur le long terme de cette politique, il est proposé de garantir l'évolution des ressources de la branche famille.

C. – Faire face au défi du vieillissement

1. Consolider nos régimes par répartition

Le Gouvernement entend assurer la pérennité de nos régimes par répartition, dans la concertation et le souci de l'équité entre générations et entre régimes.

Le Commissariat général du Plan a établi un diagnostic de la situation de nos régimes de retraite en associant à cet exercice les partenaires sociaux et les représentants des divers régimes.

Ce diagnostic montre que nos régimes par répartition ont réussi à assurer aux retraités un niveau de vie équivalent à celui des actifs. Il montre également les charges croissantes auxquelles ils devront faire face après 2005 du fait de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses nées après 1945 et de l'allongement de la durée de vie.

Sur la base de ce diagnostic, le Gouvernement a ouvert une concertation avec les partenaires sociaux afin de définir les principes directeurs qui permettront de consolider l'ensemble des régimes au nouveau contexte démographique. Cette phase de concertation s'échelonna jusqu'au début de l'année 2000.

Pour faciliter l'adaptation des régimes de retraites, la constitution d'un fonds de réserve sera poursuivie notamment par l'affectation des excédents de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

2. Accroître la qualité des réponses données au problème de la dépendance

Le nombre des personnes dépendantes est appelé à s'accroître. Il est actuellement d'environ 700 000. L'effort consenti pour assurer le développement des services de soins infirmiers à domicile (2 000 places en 1999) et des lits de sections de cure médicale (7 000 en 1999) sera poursuivi.

L'action du Gouvernement s'oriente selon trois axes :

– améliorer la coordination des aides autour de la personne. Pour cela, des expérimentations de “guichets uniques” ou de “bureaux d'informations et de conseils” seront lancées sur un certain nombre de sites volontaires ;

– favoriser le maintien à domicile. Le développement des services d'aide à domicile sera soutenu. La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a ainsi prévu l'exonération à 100 % des charges patronales de sécurité sociale pour les interventions de ces services **auprès de personnes handicapées ou dépendantes. Les modalités de tarification des aides à domicile seront améliorées, en concertation avec l'ensemble des acteurs de ce secteur**

d'activité ;

– préparer, dans les meilleures conditions, l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées. Cette réforme permettra de rendre plus transparente et équitable l'allocation des moyens de l'assurance maladie entre les établissements. Elle permettra en outre d'améliorer la qualité des prestations fournies et la formation des personnels et de mieux affirmer les droits des personnes âgées accueillies dans les établissements.

En ce qui concerne, enfin, la prestation spécifique dépendance (PSD) instituée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, le Gouvernement s'est engagé, lors du Comité national de coordination gérontologique (CNCG) du 29 avril 1999, à prendre des mesures législatives et réglementaires permettant d'améliorer le fonctionnement de cette prestation, dont les résultats sont inférieurs aux prévisions et témoignent d'importantes inégalités de traitement entre les départements.

D. – Favoriser l'intégration des personnes handicapées; améliorer la prise en charge des personnes les plus gravement handicapées

Près de 3 millions de personnes sont confrontées à un handicap plus ou moins grave. Le Gouvernement conduit une politique globale en faveur de ces personnes, autour de deux objectifs majeurs : favoriser l'intégration des personnes handicapées dans le milieu de vie ordinaire, améliorer la prise en charge des plus gravement handicapées d'entre elles.

Ces principes commandent la mise en œuvre de trois grandes catégories de mesures :

– promouvoir le développement des dispositifs les plus favorables à l'intégration. La socialisation et l'intégration la plus précoce possible dans leur famille et à l'école ordinaire constituent un objectif prioritaire. Tous les départements seront dotés progressivement de centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). La création ou l'extension de capacités de services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) sera favorisée. **Pour les adultes, le Gouvernement entend encourager toutes les initiatives favorisant le soutien à la vie à domicile des personnes handicapées.** L'amélioration de l'accès aux aides techniques fait l'objet d'un examen concerté avec l'ensemble des acteurs ;

– apporter une réponse adaptée et durable à l'insuffisance de places dans les établissements spécialisés pour les adultes handicapés. La mise en œuvre du plan pluriannuel (1999-2003) destiné à créer 5 500 places nouvelles dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers à double tarification (FDT) sera poursuivie en 2000 ;

– certains types de handicaps sont encore insuffisamment pris en charge parce que trop lourds ou mal connus. Tel est le cas des polyhandicapés, des autistes, des traumatisés crâniens ou des personnes atteintes de handicaps rares. Un effort spécifique est conduit en direction de ces personnes notamment par la création en 1999 de 450 places nouvelles pour les adultes et les enfants autistes. Trois centres ressources sur les handicaps rares ont été créés. Ces actions seront poursuivies et amplifiées.

E. – Réformer le financement de la protection sociale pour favoriser l'emploi

Après le transfert des cotisations salariales maladie sur la CSG, le Gouvernement propose une réforme d'ampleur des cotisations patronales pour favoriser l'emploi.

L'assiette des cotisations patronales est rééquilibrée en faveur des entreprises de main-d'œuvre :

– par la suppression de l'actuelle ristourne dégressive de charges patronales sur les salaires inférieurs à 1,3 SMIC et son remplacement par un nouveau mécanisme d'allègements à la fois plus ample – les allègements vont jusqu'à 1,8 SMIC – et plus puissant – le nouvel allègement représente 26 points de cotisations patronales au SMIC, soit plus de 85 % des cotisations patronales du régime général ;

– par la création d’une contribution des employeurs sur d’autres éléments que les salaires : les bénéfices des sociétés de plus de 50 millions de francs de chiffre d’affaires et les activités polluantes.

Le bénéfice du nouvel allègement sera réservé aux entreprises ayant conclu un accord fixant la durée du travail à trente-cinq heures ou moins. L’exigence d’un accord garantit que les allègements des charges auront une contrepartie en termes d’emplois.

Cette réforme des cotisations employeurs répond ainsi aux trois objectifs majeurs que s’était fixés le Gouvernement :

– l’emploi tout d’abord. En baissant très significativement les charges sociales sur les bas et moyens salaires, cette réforme s’attaque à un handicap important de nos industries de main-d’œuvre ;

– en étendant le bénéfice des allègements jusqu’à 1,8 SMIC, c’est-à-dire à plus de deux tiers des salariés, le nouveau dispositif fait disparaître les effets pervers de freinage des évolutions salariales au niveau du SMIC introduits par la ristourne actuellement en vigueur (“trappe à bas salaire”) ;

– cette réforme sera réalisée sans coût supplémentaire pour les ménages, mais également sans augmenter le montant global des prélèvements sur les entreprises.

Amendements non adoptés par la Commission

Articles additionnels

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse :

- *Après l'article 2C, insérer l'article suivant :*

« Dans le paragraphe premier intitulé : « assurance maladie, maternité, invalidité et décès » de la sous-section 2, de la section première du Chapitre II du Titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 242-5-A ainsi rédigé :

« Art. L. 242-5-A.- Le taux de la cotisation est modulé pour chaque entreprise selon la variation de sa masse salariale dans la valeur ajoutée globale. Le comité d'entreprise, ou à défaut, les délégués du personnel, sont associés au contrôle de ce ratio. »

- *Après l'article 2C, insérer l'article suivant :*

« Dans le deuxième paragraphe intitulé : « assurance vieillesse » de la sous-section 2, de la section première du Chapitre II du Titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 242-5-B ainsi rédigé :

« Art. L. 242-5-B.- Le taux de la cotisation est modulé pour chaque entreprise selon la variation de sa masse salariale dans la valeur ajoutée globale. Le comité d'entreprise, ou à défaut, les délégués du personnel, sont associés au contrôle de ce ratio. »

Article 2

(article L. 131-8-2 du code de la sécurité sociale)

Sous-amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse à l'amendement n° 7 AC de M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Rédiger ainsi le sixième alinéa (5°) de cet amendement :

« 5° Une contribution assise sur leur montant net versée par les sociétés, les entreprises et autres personnes morales, assujetties en France, à la déclaration de l'impôt sur les sociétés, au titre de l'article 206 du code général des impôts. Des revenus de capitaux mobiliers, des plus values, gains en capital et profits réalisés sur les opérations menées sur titres, les opérations menées sur les marchés réglementés et sur les marchés à terme d'instruments financiers et de marchandises, ainsi que sur les marchés d'options négociables.

Pour les sociétés placées sous le régime de l'article 223A du code général des impôts, la contribution est due par la société mère.

Le taux de cette contribution sociale sur les revenus financiers des entreprises est fixé à 10 %. La contribution sociale est contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles que les cotisations sociales. »

Article 4

Sous-amendement présenté par Mme Martine David à l'amendement n° 10 AC de M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général :

I.- Avant le 2° du D du I de cet amendement, insérer les alinéas suivants :

« 1° bis Après le 3 de cet article, il est inséré un *alinéa ainsi rédigé* :

« *La majoration applicable aux déchets réceptionnés dans une installation de stockage de déchets ménagers et assimilés de provenance extérieure au périmètre du plan d'élimination des déchets, élaboré en vertu de l'article 10-2 de la loi n° 75-663 du 15 juillet 1975, dans lequel est située l'installation de stockage ne s'applique pas aux déchets dont le transfert entre le site de regroupement et le site de traitement final est effectué par voie ferroviaire ou par voie fluviale, sous réserve que la desserte routière terminale, lorsqu'elle est nécessaire, n'excède pas 20 % du kilométrage de l'itinéraire global. L'autorité administrative compétente est chargée d'accorder l'exonération de cette majoration au vu des documents fournis par le transporteur.* »

II.- Compléter cet amendement par le paragraphe suivant :

« IV.- La perte de recettes est compensée par une augmentation à due concurrence du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts. »

Article 13 ter

Amendement présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse :

Supprimer cet article.

Article 16

(article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse :

- Après les mots : « plusieurs organisations représentatives », rédiger ainsi la fin du premier alinéa de cet article : « des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents. »

- Compléter le premier alinéa de cet article par les mots : « après avis consultatif des organisations représentatives des professionnels des centres de soins infirmiers, médicaux, dentaires et polyvalents. »

- I – Dans le second alinéa de cet article, substituer au mot : « convention », les mots : « accord national ».

II – En conséquence, procéder aux mêmes substitutions aux articles L. 162-32-2 et L. 162-32-3 du code de la sécurité sociale.

- Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« Le suivi et l'application de l'accord national sont assurés par une instance nationale qui comprend notamment des représentants des caisses nationales d'assurance maladie, des organisations représentatives des gestionnaires et professionnels de centres de santé.

Cette i