

TEXTE ADOPTÉ n° 401

„ Petite loi “

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 1999-2000

---

2 décembre 1999

---

## PROJET DE LOI

*de financement de la sécurité sociale pour 2000.*

(Texte définitif.)

*L'Assemblée nationale a adopté, dans les conditions prévues à l'article 4, de la Constitution, le projet de loi dont la teneur suit :*

---

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : 1re lecture : **1835, 1873, 1876** et T.A. **368**.

**1943**. Commission mixte paritaire : **1945**.

Nouvelle lecture : **1943, 1946** et T.A. **400**.

Lecture définitive : **1993** et **1997**.

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

Commission mixte paritaire : **85** (1999-2000).

Nouvelle lecture : **105, 106** et T.A. **45** (1999-2000).

**Sécurité sociale.**

## TITRE Ier

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

### Article 1er

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 principes généraux de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2000.

## TITRE II

# DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

### Article 2

I. – L'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le 5° du II, après le mot : „loi“, sont insérés les mots : „, ou de cause, est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 170 du code général des impôts “ ;

2° Après le 5° du II, il est inséré un 5°*bis* ainsi rédigé :

„ 5°*bis* Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 *ter* du code de la sécurité sociale, ou, en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction des indemnités qui excède les montants définis au deuxième alinéa du 1° du *duodecies* du même code ; “.

II. – L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété ainsi rédigé :

„ Sont aussi prises en compte les indemnités versées à l'occasion de la cessation de tout contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation

ainsi rédigé :

„ Sont prises en compte dans l’assiette des cotisations visées au premier alinéa de l’article L. 122-14-1 du code rural les indemnités versées à l’occasion de la rupture du contrat de travail à l’initiative de l’employeur ou à l’occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l’article 80 *ter* du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l’impôt sur le revenu en application de l’article 80 *duodecies* du même code. “

IV. – L’article 1062 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :

„ Sont prises en compte dans l’assiette des cotisations visées au 2° de l’article L. 122-14-1 du code rural les indemnités versées à l’occasion de la rupture du contrat de travail à l’initiative de l’employeur ou à l’occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l’article 80 *ter* du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l’impôt sur le revenu en application de l’article 80 *duodecies* du même code. “

V. – Après le premier alinéa de l’article 1154 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

„ Sont prises en compte dans l’assiette des cotisations visées au premier alinéa de l’article L. 122-14-1 du code rural les indemnités versées à l’occasion de la rupture du contrat de travail à l’initiative de l’employeur ou à l’occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l’article 80 *ter* du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l’impôt sur le revenu en application de l’article 80 *duodecies* du même code. “

VI. – La dernière phrase du deuxième alinéa de l’article L. 122-14-1 du code rural est supprimée.

### **Article 3**

I. – Le premier alinéa du III de l’article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

„ Le produit de cette contribution est versé à l’Agence centrale des cotisations de sécurité sociale sans déduction d’une retenue pour frais d’assiette et de perception. “

II. – Les droits de consommation sur les tabacs prévus à l’article 56 du code général des impôts sont majorés à due concurrence.

### **Article 4**

I.- Il est inséré, au titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale Ier *quater* ainsi rédigé :

„ *Chapitre Ier quater*

„ ***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 pour la sécurité sociale, des exonérations de cotisations patronales aux régimes de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 131-9 et d'améliorer le financement de la sécurité sociale par la réforme des cotisations patronales.

„ Ce fonds, dénommé “Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale”, est un établissement public national administratif. Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition de son conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition de son conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement, des représentants des organisations syndicales de salariés et des représentants 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.

„ *Art. L. 131-9.* – Les dépenses du fonds sont constituées :

„ 1° Par le versement, aux régimes de sécurité sociale concernés, correspondant :

„ *a)* A la prise en charge de l'allégement visé aux articles L. 241-13 et L. 711-13-1 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural et des dispositions correspondantes,

„ *b)* A la prise en charge de l'aide visée à l'article 3 de la loi n° 98-4 du 10 mai 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail,

„ *c)* A la prise en charge de la réduction visée aux articles L. 241-13 et L. 711-13-1 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural et des dispositions correspondantes ainsi qu'au IV de l'article 1er de la loi n° 95-1131 du 27 novembre 1995 relative à des mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale,

„ 2° Par les frais de gestion administrative du fonds.

„ Les versements mentionnés aux *a*, *b* et *c* du 1° ci-dessus se font à titre de compensation par le budget de l'Etat prévue à l'article L. 131-7 du présent code, sous réserve que cette compensation soit intégrale. Dans le cas contraire, les dispositions prévues à l'article L. 131-7 s'appliquent.

pour 2000 (n°                    du                    ) ;

„ 2° La contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés visée aux articles 1668 A et 1668 D du code général des impôts ;

„ 3° La taxe générale sur les activités polluantes visée aux articles 266 *terdecies* du code des douanes ;

„ 4° Une fraction fixée à 47 % du produit du droit de consommation de l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de la consommation perçue dans les départements de la Corse et du prélèvement au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 *bis* du même code ;

„ 5° La contribution visée aux articles L. 212-5 du code du travail et L. 212-1 du code rural ;

„ 6° Les produits non consommés de l'exercice précédent ;

„ 7° Une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances

„ Les recettes et les dépenses du fonds doivent être équilibrées dans les limites prévues par la loi de financement de la sécurité sociale. Le solde annuel des recettes et des dépenses du fonds doit être nul.

„ *Art. L. 131-11.* – 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 comptes financiers pour les organismes de sécurité sociale. “

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 % “.

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 les dispositions 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 institué à l'article L. 135-1 du même code à compter du 1er janvier 2000.

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 du code de la sécurité sociale, 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 du code de la sécurité sociale sont centralisés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale suit lesdits produits dans des comptes spécifiques ouverts à cet effet.

une contribution sociale égale à une fraction de cet impôt calculé sur les imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 et diminué d'un abattement ne peut excéder 5 000 000 F par période de douze mois. Lorsqu'un exercice ou période d'imposition est inférieur ou supérieur à douze mois, l'abattement est calculé en proportion due proportion.

„ 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 10 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 de sociétés, l'article 223 A, de la somme des chiffres d'affaires de chacune des sociétés du groupe de ce groupe. Le capital des sociétés, entièrement libéré, doit être détenu en France continue, pour 75 % au moins, par des personnes physiques ou par des personnes morales répondant aux mêmes conditions dont le capital est détenu, pour 75 % au moins, par des personnes physiques. Pour la détermination de ce pourcentage, les sociétés de capital-risque, des fonds communs de placement à risques, les 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 de l'article 39 *terdecies* entre la société en cause et ces dernières sociétés ou personnes.

„ II. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 223 B, 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 définies à l'article 223 B et 223 D.

„ III. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 223 C, la contribution est calculée d'après le montant de l'impôt sur les sociétés qui aurait été dû selon les modalités prévues au I, qui aurait été dû en l'absence d'application du régime. Elle n'est ni imputable ni remboursable.

„ IV. – Les avoirs fiscaux ou crédits d'impôt de toute nature ainsi que les déductions visées à l'article 220 *quinquies* et l'imposition forfaitaire annuelle mentionnée à l'article 223 *septies* ne sont pas imputables sur la contribution.

„ V. – Elle est établie et contrôlée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties et sanctions.

„ VI. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

2° Il est inséré un article 1668 D ainsi rédigé :

„ *Art. 1668 D.* – I. – La contribution sociale mentionnée à l'article 223 A 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.

d'imposition. Le montant des versements anticipés est fixé à 3,3 % de l'impôt sur les sociétés calculé sur les résultats imposables aux taux mentionnés à l'article 219 de l'exercice ou de la période d'imposition qui précède et au montant qui ne peut excéder celui de l'abattement défini au premier alinéa de l'article 235 *ter* ZC.

„ Lorsque le montant des versements anticipés déjà payés au titre d'une période d'imposition en application du deuxième alinéa est égal ou inférieur à la contribution dont l'entreprise prévoit qu'elle sera finalement redevable au même exercice ou de cette même période, l'entreprise peut se dispenser de nouveaux versements en remettant au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts directs, avant la date d'exigibilité du prochain versement de contribution, une déclaration datée et signée.

„ Si la déclaration mentionnée à l'alinéa précédent est reconnue inexacte au moment de la liquidation de la contribution, la majoration prévue au 1 de l'article 235 *ter* ZC est appliquée aux sommes non réglées.

„ II. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par ce qui suit :

3° Au premier alinéa de l'article 213, après les mots : „ la contribution mentionnée à l'article 235 *ter* ZB “, sont insérés les mots : „ , la contribution mentionnée à l'article 235 *ter* ZC “.

II. – Les sanctions fiscales mentionnées au I de l'article 1668 D du code de procédure fiscale des impôts ne peuvent être prononcées avant l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la notification du document par lequel l'administration a fait connaître au contribuable contrevenant la sanction qu'elle se propose d'appliquer, les motifs de cette sanction et la possibilité dont dispose l'intéressé de présenter dans ce délai ses observations.

## Article 7

I. – Le code des douanes est ainsi modifié :

A. – L'article 266 *sexies* est ainsi modifié :

1° Au I, les mots : „à compter du 1er janvier 1999 “ sont supprimés ;

2° Le I est complété par un 5, un 6, un 7 et un 8 ainsi rédigés :

„ 5. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication ou importation dans un Etat membre de la Communauté européenne ou qui met à la consommation des produits de lessive, des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lessive, des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge relevant respectivement des rubriques 34022090, 34029090 et 38091010 à 38099100 du tarif douanier

6. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication

„ 7. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication ou qui livre sur le marché intérieur après achat, importation ou fabrication dans un Etat membre de la Communauté européenne ou qui met à la consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés mentionnés à la rubrique 3808 du tarif douanier dont la mise sur le marché est autorisée en vertu 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

„ *b.* Tout exploitant d'un établissement mentionné au *a* dont les activités sont inscrites sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat après avis du Conseil d'Etat, les installations classées, font courir, par leur nature ou leur volume, des dangers particuliers à l'environnement. “ ;

3° Le II est complété par un 3, un 4 et un 5 ainsi rédigés :

„ 3. Aux produits mentionnés au 6 du I du présent article issus d'un processus de recyclage ou qui présentent une teneur en silicium sur produit sec d'au moins 97 % ;

„ 4. Aux préparations pour lessives, y compris les préparations pour le lavage, aux produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, aux produits naturels, aux produits antiparasitaires à usage agricole et aux produits mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I du présent article lorsqu'ils sont livrés après fabrication nationale consiste en une expédition directe d'un Etat membre de la Communauté européenne ou en une exportation ;

„ 5. A l'exploitation d'installations classées par les entreprises mentionnées au répertoire des métiers. “

B. – L'article 266 *septies* est complété par un 5, un 6, un 7 et un 8 ainsi

„ 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 le lavage, 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* ;

„ 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 mentionnés au 6 du I de l'article 266 *sexies* ;

substances classées dangereuses mentionnés au 7 du I de l'article 266 *sexies*

„ 8. *a.* La délivrance de l'autorisation prévue par l'article 3 de la loi 19 juillet 1976 précitée ;

„ *b.* L'exploitation au cours d'une année civile d'un établissement mentionné au 8 du I de l'article 266 *sexies*. “

C. – L'article 266 *octies* est complété par un 5, un 6 et un 7 ainsi rédigé :

„ 5. Le poids des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants mentionnés au 5 du I de l'article 266 *sexies* ;

„ 6. Le poids des grains minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l'article 266 *sexies* ;

„ 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 concernent la composition des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits mentionnés au 7 du I de l'article 266 *sexies*. “

D. – L'article 266 *nonies* est ainsi modifié :

1° Le tableau figurant au 1 est ainsi rédigé :

Désignation des matières ou opérations imposables	Unité de perception	Quotité (En francs)
<b>Déchets</b>		
Déchets réceptionnés dans une installation de stockage de déchets ménagers et assimilés	Tonne	60
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° 75-633 du 15 juillet 1975, dans lequel est située l'installation de stockage	Tonne	90
Déchets industriels spéciaux réceptionnés dans une installation d'élimination de déchets industriels spéciaux	Tonne	60
Déchets réceptionnés dans une installation de stockage de déchets industriels spéciaux	Tonne	120
<b>Substances émises dans l'atmosphère</b>		
Oxydes de soufre et autres composés soufrés	Tonne	250
Acide chlorhydrique	Tonne	250
Protoxyde d'azote	Tonne	375
Oxydes d'azote et autres composés oxygénés de l'azote, à l'exception du protoxyde d'azote	Tonne	300
Hydrocarbures non méthaniques, solvants et autres composés organiques volatils	Tonne	250
<b>Décollages d'aéronefs</b>		
Aérodromes du groupe 1	Tonne	68

<b>Préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, et produits adoucissants et assouplissants pour le linge</b>		
– dont la teneur en phosphates est inférieure à 5 % du poids	Tonne	470
– dont la teneur en phosphates est comprise entre 5 % et 30 % du poids	Tonne	520
– dont la teneur en phosphates est supérieure à 30 % du poids	Tonne	570
<b>Grains minéraux naturels</b>		
Grains minéraux naturels	Tonne	0,60
<b>Substances classées dangereuses qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole et des produits assimilés</b>		
Catégorie 1	Tonne	0
Catégorie 2	Tonne	2500
Catégorie 3	Tonne	4000
Catégorie 4	Tonne	5500
Catégorie 5	Tonne	7000
Catégorie 6	Tonne	9000
Catégorie 7	Tonne	11000
<b>Installations classées</b>		
Délivrance d'autorisation :		
– artisan n'employant pas plus de deux salariés		2900
– autres entreprises inscrites au répertoire des métiers		7000
– autres entreprises		14600
Exploitation au cours d'une année civile (tarif de base)		2200

2° Après le 3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

„ La majoration applicable aux déchets réceptionnés dans une installation de stockage des déchets ménagers et assimilés de provenance extérieure au plan d'élimination des déchets, élaboré en vertu de l'article 10-2 de la loi n° 75-588 du 15 juillet 1975 relative à l'élimination des déchets et à la récupération des déchets, dans lequel est située l'installation de stockage ne s'applique pas aux déchets transférés entre le site de regroupement et le site de traitement final est effectués par voie ferroviaire ou par voie fluviale, sous réserve que la desserte routière soit effectuée lorsqu'elle est nécessaire, n'excède pas 20 % du kilométrage de l'itinéraire. L'autorité administrative compétente est chargée d'accorder l'exonération de la majoration au vu des documents fournis par le transporteur. “ ;

3° L'article est complété par un 7 et un 8 ainsi rédigés :

„ 7. Les substances classées dangereuses qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole et des produits assimilés mentionnés à l'article 266sexies sont réparties en sept catégories affectées d'un coefficient de toxicité 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 de l'environnement.

<b>Danger toxicologique</b>	<b>Phrase de risque écotoxicologique</b>
-----------------------------	--

phrases de risque R33, R40, R45, R46, R48, R49 ou R60 à R64			
T non aggravé par l'une des phrases de risque précitées ou Xn aggravé par l'une des phrases de risque R33, R40, R48 ou R62 à R64	catégorie 6	catégorie 5	catégorie 4
Xn non aggravé par l'une des phrases de risque précitées, Xi ou C	catégorie 5	catégorie 4	catégorie 3
Autres	catégorie 4	catégorie 3	catégorie 2

„ 8. Le décret en Conseil d'Etat prévu au *b* du 8 du I de l'article 266 *decies* coefficient multiplicateur compris entre un et dix pour chacune des activités dans les installations classées, en fonction de sa nature et de son volume de la taxe effectivement perçue chaque année par établissement au titre de ces activités est égal au produit du tarif de base fixé dans le tableau ci-dessus et du coefficient multiplicateur. “

E. – L'article 266 *decies* est complété par un 3, un 4 et un 5 ainsi rédigé :

„ 3. Les préparations pour lessives, y compris les préparations pour le lavage, les produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, les graisses naturelles, les produits antiparasitaires à usage agricole et les produits mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I de l'article 266 *sexies* dont la demande, à remboursement de la taxe afférente lorsqu'ils sont expédiés d'un Etat membre de la Communauté européenne ou exportés.

„ 4. Les personnes mentionnées au 1 du I de l'article 266 *sexies* se répercuter la taxe afférente dans les contrats conclus avec les personnes morales dont ils réceptionnent les déchets.

„ 5. Les personnes mentionnées au 5 du I de l'article 266 *sexies* se répercuter la taxe afférente dans les contrats conclus avec les personnes morales auxquelles elles vendent les produits correspondants. “

F. – Il est créé un article 266 *terdecies* ainsi rédigé :

„ *Art. 266 terdecies.* – Par dérogation aux dispositions des articles 266 *duodecies*, les services chargés de l'inspection des installations classées contrôlent, liquident et recouvrent la part de la taxe générale sur les activités assise sur la délivrance de l'autorisation prévue par l'article 3 de la loi n° 76-629 du 19 juillet 1976 précitée et sur l'exploitation au cours d'une année d'un établissement mentionné au *b* du 8 du I de l'article 266 *sexies* selon les modalités suivantes :

„ I. – Au vu des renseignements transmis par le préfet, les services chargés de l'inspection des installations classées dressent la liste des redevables, fixe le montant de la taxe et le cas échéant des pénalités dues par chacun de ceux-ci.

„ La date d'exigibilité est fixée au dernier jour du deuxième mois suivant la mise en recouvrement.

„ 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 de 0,75 % du montant des sommes restant dues.

„ L'encaissement de la taxe, ainsi que, le cas échéant, des pénalités encourues, 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 de recettes des organismes publics.

„ A défaut de paiement et au plus tard deux mois après le 15 du mois au cours duquel la taxe est exigible, le recouvrement des sommes impayées est effectué 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 mentionnée à l'alinéa précédent.

„ II. – La taxe générale sur les activités polluantes assise sur l'exploitation de l'établissement mentionné au *b* du 8 du I de l'article 266 *sexies* est due au 15 du mois de chaque année, ou ultérieurement à la date de mise en fonction de l'établissement ou éventuellement de l'exercice d'une nouvelle activité. L'impôt est exigible 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 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 les délais, les services chargés de l'inspection des installations classées notifient aux assujettis, au moins huit jours au moins avant l'émission du titre exécutoire, les éléments servant à la taxation de la taxe.

„ 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 établis avec l'intérêt de retard et, le cas échéant, de la majoration prévus à l'article 1728 du code général des impôts.

„ Les majorations mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas du présent article sont notifiées, avec leur motivation, aux assujettis, qui disposent d'un délai de huit jours pour présenter leurs observations. Les services mentionnés ci-dessus émettent le titre exécutoire qu'à l'expiration de ce délai. “

personnes mentionnées aux 5, 6 et 7 de l'article 266 *sexies* du code des  
au titre des mois de janvier et février, est déclarée et acquittée le 15 avril 2

IV. – La perte de recettes résultant du 2° du D du I est compensée par une  
augmentation à due concurrence du droit de consommation visé à l'article  
général des impôts.

### **Article 8**

Les jeunes agriculteurs bénéficient d'une exonération partielle de cotisations  
techniques et complémentaires d'assurance maladie, invalidité et retraite  
prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables  
eux-mêmes et au titre de leur exploitation. Cette exonération est applicable pendant  
trois années civiles qui suivent celle au cours de laquelle ils bénéficient d'une  
d'assurance maladie du régime des personnes non salariées agricoles et redevables  
qualité de chef d'exploitation, des conditions, définies par décret, relatives à la  
économique maximale de leur exploitation. Pour bénéficier de l'exonération, les  
doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de  
affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles.  
Le décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d'âge.

Les cotisations visées à l'alinéa précédent sont réduites de 65 % pendant la  
première année civile au cours de laquelle est accordée l'exonération, de 50 % pendant  
de la seconde et de 35 % au titre de la troisième. Le plafond de ces exonérations est  
montant minimal de cotisations dont les jeunes agriculteurs sont redevables  
déterminés par décret.

### **Article 9**

I. – L'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

„ *Art. L. 139-1.* – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale répartit  
la part du produit des contributions attribuée aux régimes obligatoires de  
maladie en application du IV de l'article L. 136-8 et la répartit entre les régimes  
obligatoires d'assurance maladie.

„ Chaque régime d'assurance maladie, à l'exception de la Caisse nationale  
l'assurance maladie des travailleurs salariés, reçoit un montant égal à celui de  
titre de l'année 1998 en ce qui concerne la répartition tant de ces contributions que  
droits de consommation sur les alcools, corrigé de l'impact sur douze mois 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  
l'assiette de la contribution visée à l'article L. 136-1 attribuée aux régimes  
d'assurance maladie entre les deux derniers exercices connus.

„ Ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté des  
des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation de la  
commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée

alinéa du présent article.

„ La commission de répartition dresse, au terme d'un délai de cinq ans de l'application des présentes dispositions qu'elle présente au Parlement, en cas échéant, une modification des modalités de calcul des montants versés au régime. “

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 % “.

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

1° L'article L. 139-2 est abrogé ;

2° A l'article L. 241-1, les mots : „ et une fraction du produit des cotisations prévues à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 “ sont supprimés ;

3° Au dernier alinéa de l'article L. 612-1, les mots : „ et une fraction du produit des cotisations prévues à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 “ sont supprimés ;

4° Au dernier alinéa de l'article L. 711-2, les mots : „ et une fraction du produit des cotisations prévues 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 :

1° Au premier alinéa de l'article 1031, les mots : „ et une fraction du produit des cotisations prévues 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 ;

2° A l'article L. 1106-6-3, les mots : „ et une fraction du produit des cotisations prévues 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.

V. – Les dispositions du présent article sont applicables à la répartition effectuée au titre de l'année 2000.

Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 1106-6-3 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 de l'assiette annuelle de la contribution entre 1998 et 1997.

## **Article 10**

I – L'article L. 651-9 du code de la sécurité sociale est complété

statuent en dernier ressort. “

II. – Les dispositions du présent article s’appliquent aux demandes majorations postérieures au 1er janvier 2000.

III. – Les modalités d’application du présent article sont fixées par d

### **Article 11**

I. – L’article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est complété ainsi rédigé :

„ Sans préjudice du précédent alinéa, les cotisations mentionnées 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 base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er janvier de l’année précédente; celles dues au titre de la deuxième année civile d’activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder cette valeur. “

II. – L’article L. 612-4 du même code est complété par un alinéa ainsi

„ Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, le montant de l’assiette 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 de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er janvier de l’année précédente et, au titre de la deuxième année civile d’activité, celui qui serait dû sur vingt-sept fois cette valeur. “

III. – Les dispositions des I et II sont applicables aux cotisations des travailleurs non salariés des professions non agricoles débutant leur activité au 1er juillet 2000.

### **Article 12**

Pour 2000, les prévisions de recettes, par catégorie, de l’ensemble des cotisations obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

Cotisations effectives	1043,7
Cotisations fictives	200,7
Contributions publiques	68,8
Impôts et taxes affectés	516,8

---

Total des recettes

1873,5

### TITRE III

## DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE

### Section 1

#### **Branche famille**

#### **Article 13**

I. – L'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

„ *Art. L. 551-1.* – Le montant des prestations familiales est déterminé sur la base des bases mensuelles de calcul revalorisées par décret, une ou plusieurs fois par an, conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac par rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour l'année à venir.

„ Si l'évolution constatée des prix à la consommation hors tabac est inférieure à celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement des bases mensuelles pour l'année civile suivante, une évolution des bases mensuelles de calcul sur la base de l'évolution des prix à la consommation hors tabac. “

II. – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000.

Pour l'année 2000, il est fait application du mécanisme d'ajustement prévu au deuxième alinéa de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale sur la base de l'évolution constatée en moyenne annuelle de l'indice des prix hors tabac pour l'année 1999. Le montant des bases mensuelles issu de ce calcul est majoré, de manière exceptionnelle, de 0,3 %.

#### **Article 14**

I. – L'article L. 512-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Le 2<sup>o</sup> est abrogé ;

limite peut être différent de celui mentionné au 2° du présent article. “

II. – Les dispositions du 2° du I sont applicables, à compter du 1er au titre des enfants nés à compter du 1er janvier 1980.

III. – L’article 22 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à abrogé au 31 décembre 1999.

IV. – A l’article L. 755-21 du code de la sécurité sociale, il est inséré au premier alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

„ Un décret fixe l’âge limite pour l’ouverture du droit à cette allocation pour l’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 soit placé en stage de formation professionnelle, par suite d’infirmité ou de maladie chronique, dans l’impossibilité de se livrer à une activité professionnelle. “

### **Article 15**

La Caisse nationale des allocations familiales bénéficie d’une dotation de ressources pour la période courant du 1er janvier 1998 au 31 décembre 2000.

Les ressources de la Caisse nationale des allocations familiales perçues en l’année 2002 ne seront pas inférieures aux ressources de cette caisse pour l’année 2000 revalorisées, déduction faite de la subvention versée par l’Etat au titre de l’allocation de rentrée scolaire et d’un montant équivalent aux ressources perçues en 2000 à la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés de l’article 10 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d’une assurance maladie universelle.

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 complémentaire de la Caisse nationale des allocations familiales permet, dans les conditions prévues par les lois de finances et de financement de la sécurité sociale, de combler le déficit observé.

La revalorisation mentionnée au deuxième alinéa est égale à l’augmentation du produit intérieur brut en valeur aux prix courants sur l’ensemble de la période mentionnée au premier alinéa, mentionnée dans le rapport sur les comptes de la Nation.

## Section 2

### **Branche vieillesse**

### **Article 16**

„ *Art. L. 251-6-1.* – La Caisse nationale d’assurance vieillesse des 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 de gestion, à l’exception de celui du régime spécial mentionné à l’article L. 251-6-1, est versé à l’arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget au 31 décembre de l’année la date de ce versement ;

„ 2° Le cas échéant, en cours d’exercice, un montant représentatif 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 l’exercice; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement. “

II. – L’article L. 135-6 du même code est ainsi modifié :

1° Le 3° devient le 4° ;

2° Il est inséré un 3° ainsi rédigé :

„ 3° Les montants résultant de l’application de l’article L. 251-6-1 ; “

3° Il est inséré un 3° *bis* ainsi rédigé :

„ 3° *bis* Une fraction égale à 49 % du produit des prélèvements visés au I de l’article L. 245-14 à L. 245-16 ; “.

III. – Le II de l’article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

„ II. – Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :

„ – 49 % au fonds mentionné à l’article L. 135-6 ;

„ – 8 % à la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés ;

„ – 30 % à la Caisse nationale d’assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

„ – 13 % à la Caisse nationale des allocations familiales. “

IV. – Les dispositions du I s’appliquent à compter de l’exercice 2000. Les dispositions du 3° du II et du III sont applicables aux versements effectués par les organismes visés au II de l’article L. 245-16 du code de la sécurité sociale à compter du 1er janvier 2000.

V. – La Caisse des dépôts et consignations verse en 2000, sur le résultat de son activité pour compte propre dégagé au titre de l’exercice 1999, la somme de 100 millions 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.

„ *Art. L. 351-11.* – Au titre de l’année 2000, le coefficient de applicable au 1er janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 1,005. “

### **Article 18**

Au dernier alinéa de l’article L. 161-22 et au premier alinéa de l’article L. 161-23 du code de la sécurité sociale, à l’article L. 353-1 du code rural et à l’article L. 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, la date : „ 31 décembre 1999 “ est remplacée par la date : „ 31 décembre 2000 “.

### **Article 19**

Un prélèvement est effectué sur le fonds de réserve et de compensation de l’article R. 642-4 du code de la sécurité sociale, au profit du régime obligatoire de retraite dans le cadre de l’article L. 644-1 du même code par la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d’assurance vieillesse, pour financer l’opération d’intégration de la Caisse autonome de retraite des géomètres-experts, experts-comptables et notaires fonciers.

Le montant de ce prélèvement, qui ne peut excéder le tiers des fonds disponibles au 31 décembre 1999 du fonds mentionné au précédent alinéa, est fixé par le conseil d’administration de la Caisse nationale d’assurance vieillesse des professions libérales.

### **Article 20**

Pour les périodes d’activité antérieures au 1er janvier 1973 accomplies dans les régimes d’assurance vieillesse de base des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales, les intéressés peuvent effectuer le paiement des cotisations arriérées, dès lors qu’ils sont à jour, à la date dudit versement des cotisations échues depuis le 1er janvier 1973 dans les régimes obligatoires d’assurance vieillesse et invalidité-décès de ces professions.

Le montant au 1er avril 1972 des cotisations faisant l’objet de cette régularisation est revalorisé par application des coefficients dont ont été déterminées les valeurs des points de retraite entre cette date et la date à laquelle est effectué le versement.

La demande de régularisation doit porter sur l’intégralité des cotisations dues et 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.

## **Branche maladie**

### **Article 21**

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'accès au droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement garanti par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale.

„ 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 est insérée une section 9 intitulée : „ Dépenses relatives aux prestations de soins de consultations à vocation préventive “ qui comprend l'article L. 174-16 ainsi rédigé :

„ *Art. L. 174-16.* – I. – Les dépenses des consultations de dépistage 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.

„ La répartition des sommes versées aux établissements au titre de la section 9 précitée 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.

„ Ces dépenses sont incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements prévu à l'article L. 174-1-1.

„ II. – Les dépenses des consultations de dépistage prévues à l'article L. 174-16 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 dotation forfaitaire annuelle.

„ Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret. “

III. – L'article 6 *bis* de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la réglementation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

Ils interviennent à titre gratuit en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie et qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime. Dans ces cas, les dépenses de 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 en vertu de l'article 37 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative à l'hygiène, au 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 régimes 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.“

IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 1971.

## Article 22

I. – L'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative à l'hygiène, au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, 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 :

„ *Art. 3.* – Les dépenses de prévention résultant du titre VI du livre Ier 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.

„ 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 aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. “

II. – Le second alinéa de l'article L. 628-5 du code de la santé publique est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

„ Les dépenses d'aménagement des établissements de cure ainsi que les dépenses de soins entraînés par l'application des articles L. 628-1 à L. 628-3 sont à la charge par l'Etat.

„ 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

deux alinéas précédents. “

III. – Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité créé une section 10 ainsi rédigée :

„ *Section 10*

„ ***Dépenses afférentes aux cures de désintoxication***

„ *Art. L. 174-17.* – Dans les établissements de santé régis par l’art. les dépenses liées à une cure de désintoxication réalisées avec hébergement charge par l’assurance maladie au titre de l’article 3 de la loi n° 70 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicité, la répression du trafic et de l’usage illicite des substances vénéneuses et de l’art. 628-5 du code de la santé publique sont incluses dans la dotation globale des établissements concernés, dans les conditions prévues par l’article L. 174-

„ La répartition des sommes versées aux établissements au titre de l’art. 174-2 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’art. 174-2.

„ Les dépenses mentionnées au premier alinéa sont incluses dans la dotation prévisionnelle d’évolution des dépenses des établissements prévue à l’article 174-2.

IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2017.

**Article 23**

I. – Le livre VII du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L’intitulé du livre VII est ainsi rédigé : „ Etablissements de santé, thermo-climatisme, laboratoires et centres de santé “ ;

2° Il est ajouté un titre IV ainsi rédigé :

„ *TITRE IV*

„ ***CENTRES DE SANTÉ***

„ *Art. L. 765-1.* – Les centres de santé assurent des activités de soins de jour, d’hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu’à d’autres actions de santé publique.

„ Ils sont soumis dans des conditions fixées par décret, à l'agrément administratif, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes aux prescriptions techniques correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation à 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 :

„ *Section 7*

„ ***Centres de santé***

„ *Art. L. 162-32.* – 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 qu'ils ne relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux relevant des sections du présent chapitre.

„ Lorsque le personnel des centres de soins infirmiers est affilié aux caisses de sécurité sociales agricoles, la partie des cotisations d'assurance maladie versées en vertu de l'article 1031 du code rural est prise en charge par la caisse de mutualité agricole compétente et imputée sur les dépenses d'assurance maladie.

„ Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense de paiement de frais pour la part garantie par l'assurance maladie.

„ Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.

„ *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 maximale égale à cinq ans par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou 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 paramédicaux.

„ Cet accord détermine notamment :

„ 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé ;

„ 2° Les conditions générales d'application des conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans les centres de santé; ces conditions ne peuvent pas modifier les tarifs de honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces conventions ;

sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins ;

„ 5° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l’acte, de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives de santé et notamment d’actions de prévention et d’éducation pour la santé.

„ *Art. L. 162-32-2.* – L’accord national, ses annexes et avenants sont conclus dans les conditions prévues à l’article L. 162-15.

„ Il est applicable aux centres de santé qui font connaître à la caisse d’assurance maladie dans le ressort de laquelle ils sont situés, dans un délai fixé par l’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.

„ *Art. L. 162-32-3.* – La caisse primaire d’assurance maladie peut 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 constitue pas un obstacle à l’application des dispositions de l’article L. 133-4 et du chapitre IV du livre Ier.

„ Lorsqu’un centre de santé est placé hors de la convention par la caisse 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. “

III. – L’ensemble des centres de santé agréés dans le cadre des dispositions applicables avant l’entrée en vigueur de la présente loi conservent leur agrément qui leur a été antérieurement accordé par l’autorité administrative, à condition qu’ils répondent aux caractéristiques de cet agrément.

Pour ceux des centres qui ne remplissent pas les conditions prévues à l’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 Ier du code de la sécurité sociale.

## **Article 24**

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;

„ 5° Le cas échéant :

„ a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coopération des soins ;

„ b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux ;

„ c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés, 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 ;

„ 6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités des professionnels mentionnés au 1°.“ ;

5° Dans le huitième alinéa, les mots : „du 4°“ sont remplacés par 1° 3° “ ;

6° Les neuvième à douzième alinéas sont supprimés ;

7° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

„ Pour la mise en œuvre des 5° et 6°, il peut être fait application des dispositions mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. “

II. – Après le 5° de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :

„ 6° Le cas échéant :

„ a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coopération des soins ;

„ b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des infirmiers participant à ces réseaux ;

„ 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 ;

„ 7° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités des infirmiers.

„ Pour la mise en œuvre des 6° et 7°, il peut être fait application des dispositions mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. “

„ a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coopération des professionnels de santé et des patients ;

„ b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des masseurs-kinésithérapeutes participant à ces réseaux ;

„ 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 ;

„ 8° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des masseurs-kinésithérapeutes.“ ;

2° Après le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

„ Pour la mise en œuvre des 7° et 8°, il peut être fait application des dispositions mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. “

IV. – L'article L. 162-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : „ une ou plusieurs organisations professionnelles 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 professionnelles plus représentatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale“ ;

2° Après le 4°, il est inséré un 5° et un 6° ainsi rédigés :

„ 5° Le cas échéant :

„ a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coopération des professionnels de santé et des patients ;

„ b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge 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 ;

„ 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 ci-dessus ;

„ 6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement des analyses de biologie médicale ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale“ ;

3° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

aux sections 1, 2 et 3 “, comprenant une sous-section 1 intitulée : d’application des conventions, de leurs annexes et avenants “, comprenant les articles L. 162-15 ainsi rétabli :

„ *Art. L. 162-15.* – Sous réserve des dispositions de l’article L. 162-15, 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, à la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés aux ministères de la santé, de la sécurité sociale, de l’agriculture, de l’économie et du développement durable. Le Conseil national de l’ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes est consulté par la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés sur les dispositions conventionnelles relatives à la pratique de ces professions. L’avis rendu est transmis simultanément à la caisse et aux ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale.

„ Les conventions, annexes et avenants sont approuvés par les ministères de la santé, de la sécurité sociale, de l’agriculture, de l’économie et du développement durable 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 caisses nationales d’assurance maladie concernées, dans le délai de quarante jours à compter de la réception du texte, qu’ils s’opposent à leur approbation en raison 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 peser sur la santé publique ou à un égal accès aux soins.

„ Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur d’une convention, de l’avenant ou de l’annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions divisibles, les ministres compétents peuvent, dans le délai précité, 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 aux articles 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.

„ Les conventions, annexes et avenants approuvés sont publiés au Journal officiel de la République française.

„ La convention nationale est applicable aux professionnels concernés qui déclarent à la caisse primaire d’assurance maladie, dans un délai fixé par la convention, y adhérer. “

VI. – Les articles L. 322-5-4 et L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale ont été réédités :

*Art. L. 322-5-4* – La convention mentionnée à l’article L. 322-5-2

base au remboursement sont fixés par arrêté interministériel.

„ *Art. L. 322-5-5.* – L’annexe annuelle mentionnée à l’article L. 322-5-5, 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 :

1° La deuxième phrase est ainsi rédigée :

„ Ce règlement fixe les dispositions et sanctions visées à l’article L. 162-5-9 de l’article L. 162-5-13. “ ;

2° La troisième phrase est supprimée.

VIII. – Après l’article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, il est inséré l’article L. 162-5-13, constitué :

1° De la dernière phrase du premier alinéa du II de l’article L. 162-5-13, dans laquelle les mots : „Ces tarifs“ sont remplacés par les mots : „Les honoraires des médecins mentionnés à l’article L. 162-15-2“, et qui constitue le I de l’article L. 162-5-13;

2° D’un II ainsi rédigé :

„ II. – La ou les conventions médicales prévues à l’article L. 162-12-18 prévoient, lorsqu’elles autorisent la pratique des honoraires différents des honoraires conventionnels, soit un plafond de dépassement par acte soit un plafond annuel de dépassements perçus par un praticien pour l’ensemble de son activité professionnelle pouvant être déterminé en fonction du montant total des dépassements perçus l’année précédente. Elles peuvent fixer des plafonds différents pour les médecins adhérents au contrat prévu à l’article L. 162-12-18. “

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 I du titre VI du livre Ier; dans ce même article, les mots : „ un médecin “ sont remplacés par les mots : „ un professionnel de santé “.

X. – Le II de l’article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

„ Un avenant annuel à la convention d’objectifs et de gestion de la 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 modalités de mise en œuvre de ces objectifs. “ ;

XI. – A la fin de l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville " se termine par les mots : „ l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et des dépenses déléguées “.

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. 162-15-1, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 ainsi rédigés :

„ *Art. L. 162-15-2.* – I. – Chaque année, dans le respect de l'objectif prévisionnel des dépenses déléguées mentionné au II de l'article L. 227-1, une annexe fixe, pour les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-13 et L. 162-14 :

„ 1° L'objectif des dépenses de la profession, incluant les dépenses de matériel, de 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 est fixé 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 retraite du travail ;

„ 2° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des professionnels par les assurés sociaux, en dehors des cas de dépassement de la convention, pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

„ 3° Le cas échéant, les mesures de toute nature propres à garantir l'atteinte de l'objectif fixé et notamment :

„ *a)* Toute action visant à réduire le volume des actes non justifiés médicalement et notamment les actions d'information, de promotion de services professionnels opposables et des recommandations de bonne pratique, d'évaluation des pratiques,

„ *b)* Les modifications, dans la limite de 20 %, de la cotation des actes de la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie, les parties à la convention peuvent procéder.

„ A défaut de convention pour l'une des professions visées au présent article, après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée, l'annexe pour l'une des conventions, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale déterminée par la profession concernée, les éléments de l'annexe visés aux 1°, 2° et 3° du présent article.

„ II. – Les parties à chacune des conventions assurent le suivi des dépenses et la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins de 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.

„ 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 ces conventions déterminent, par une annexe modificative, les mesures de réduction de dépenses propres à garantir son respect et notamment celles prévues au 3° du I air échéant, les ajustements des tarifs prévus au 2°.

„ 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 compatible avec 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.

„ En cas de carence des caisses nationales ou lorsqu’il apparaît qu’elles ne sont pas compatibles avec le respect de l’objectif fixé, les propositions de mesures proposées au titre des quatre alinéas précédents ne sont manifestement pas compatibles avec le respect de l’objectif des dépenses, un arrêté interministériel détermine les mesures et mesures mentionnés aux 2° et 3° (b) du I.

„ *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 nationales de l’assurance maladie, 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 nationales concernées. Le rapport est transmis au Parlement ainsi qu’aux ministres chargés de la sécurité sociale, 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, accompagnée des annexes mentionnées à l’article L. 162-15-2 et, le cas échéant, les annexes 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’alinéa du I de cet article.

„ Ce rapport comporte les éléments permettant d’apprécier la compatibilité des dépenses déléguées mentionnées aux annexes ou des mesures déterminées par les caisses nationales avec l’objectif fixé, les dépenses déléguées mentionné au II de l’article L. 227-1.

„ Le rapport indique également les moyens mis en œuvre par l’assurance maladie pour maîtriser l’évolution des dépenses de prescription des médecins, sage-femmes, dentistes. Il détaille à ce titre les actions, notamment de contrôle, prévues dans le cadre du suivi médical, les actions d’information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d’évaluation de la qualité des soins ainsi que celles menées au titre des accords médicalisés visés à l’article L. 162-15-3. Le rapport précise l’effet projeté de chaque action sur les dépenses de prescription par catégorie.

„ 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.

des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Le rapport est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget au plus tard respectivement les 15 novembre, accompagné, le cas échéant, des annexes modificatives mentionnées à l'article L. 162-15-2 et des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale de l'assurance maladie en application de l'avant-dernier alinéa du II de cet article.

„ 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.

„ 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 l'agriculture, de l'économie et du budget.

„ Ces annexes sont réputées approuvées si les ministres n'ont pas fait connaître, dans un délai de quinze jours à compter de leur réception, qu'ils s'opposent à leur approbation en raison 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 pourrait faire courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.

„ 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 pour présenter à nouveau, dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 162-15-2 ci-dessus, aux ministres compétents.

„ IV. – En cas d'opposition du ministre aux nouvelles propositions, le ministre adopte un arrêté interministériel fixe :

„ 1° Au plus tard le soixante-quinzième jour suivant la publication de l'annexe relative au financement de la sécurité sociale, les éléments des annexes annuelles ;

„ 2° Au plus tard les 31 juillet et 30 novembre, les tarifs liés aux prestations prévues au II de l'article L. 162-15-2.

„ V. – Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des 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'une autre annexe en application du présent article. “

XIII. – Dans la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier de la loi relative à la sécurité sociale, est insérée une sous-section 3 intitulée : „ Dispositions relatives à l'assurance maladie comprenant un article L. 162-15-4 ainsi rédigé :

„ *Art. L. 162-15-4.* – I. – A défaut de convention pour les médecins s

syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.

„ II. – A défaut d'accord entre les parties à la convention conclue entre les 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 union régionale nationale peuvent conclure un protocole relatif aux mesures mentionnées à l'alinéa du II de l'article L. 162-15-2 par spécialité ou groupe de spécialités, au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou une organisation syndicale de spécialité adhérent d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.“

XIV. – 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 bon usage des soins“, comprenant les articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 ainsi rédigés :

„ *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 nationales mentionnées à l'article L. 162-5 et, à l'échelon régional, entre les unions régionales de médecins spécialistes d'assurance maladie et les représentants désignés par le ou les syndicats professionnels 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 médecins spécialistes d'assurance maladie aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.

„ 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 et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et au moins une union régionale représentative des médecins généralistes ou des médecins spécialistes exerçant à titre libéral, et, à l'échelon régional, entre l'union régionale de caisses d'assurance maladie et les unions régionales de médecins, dans la région, des syndicats représentatifs au niveau national de médecins généralistes ou des médecins spécialistes.

„ Les accords nationaux et régionaux prévoient des objectifs de réduction des dépenses 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 des modalités selon lesquelles les médecins conventionnés peuvent percevoir une partie de ces dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord.

„ Cette partie est versée aux professionnels concernés par l'action de réduction des dépenses, à la limite, le cas échéant, d'un plafond, en fonction de critères définis par l'accord.

„ Les dispositions du précédent alinéa ne peuvent être mises en œuvre que si 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 accords nationaux et régionaux sont approuvés par les ministres 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 peuvent recueillir l'avis favorable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

lesquelles les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui ouvre droit à la majoration de la participation aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.

„ Ce contrat, défini par la convention, précise les objectifs d'évaluation de la pratique des professionnels concernés et fixe les engagements pris par ces derniers :

„ Le contrat comporte nécessairement des engagements relatifs :

„ – à l'évaluation de la pratique du professionnel ;

„ – aux actions de formation continue ;

„ – aux modalités de suivi avec le service du contrôle médical de son cas échéant, de ses pratiques de prescription ;

„ – à la prescription de médicaments génériques, s'agissant des médecins, des chirurgiens-dentistes et sages-femmes ;

„ – à l'application des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15.

„ Le contrat peut en outre comporter d'autres engagements, portant notamment sur :

„ – le mode d'exercice du praticien afin de favoriser, le cas échéant, sa participation à des réseaux de soins, une meilleure coordination des soins et la mise en place de regroupements professionnels ;

„ – le niveau de son activité ;

„ – sa participation aux programmes d'information destinés aux assurés et mis en place par les caisses d'assurance maladie ;

„ – le cas échéant, sa collaboration aux différents services mis en place par les caisses d'assurance maladie à destination des assurés.

„ Le contrat peut, dans les conditions fixées par les conventions, être assorti de dispositions définies par un accord conclu à l'échelon régional ou départemental des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats signataires de la ou des conventions nationales.

„ Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-9 et L. 162-14 prévoient les conditions dans lesquelles la caisse d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, suspendre l'adhésion du professionnel, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations. “

XV. – Les articles L. 162-5-11, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 722-4 et L. 722-5 sont abrogés.

prévues à l'article L. 162-5.

„ Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de son application 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 salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les dispositions mentionnées à l'article L. 162-5 pour les médecins qui ont adhéré au contrat de pratique prévu à l'article L. 162-12-18.

„ La participation prévue à l'alinéa précédent n'est toutefois pas applicable aux médecins autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires et des tarifs qu'elle fixe.

„ La participation des caisses ne peut être allouée que si le médecin est cotisé 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, pour les médecins ne respectant pas une partie des obligations qu'elles déterminent.

„ A défaut de convention nationale, le règlement conventionnel mentionné à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie peuvent à leur charge une partie de la cotisation, cette partie étant inférieure à celle prévue par la dernière convention.

„ Toutefois, si l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de la convention 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. 645-2.* – Le financement des avantages vieillesse prévus au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires déterminée, dans les 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 en tant que praticien ou d'auxiliaire médical, pour chacune des catégories professionnelles intéressées par référence aux tarifs plafonds fixés par les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et 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 son application 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 salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les dispositions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-12-18 pour les professionnels de santé qui ont adhéré au contrat prévu à l'article L. 162-12-18.

„ La participation des caisses ne peut être allouée que si le professionnel a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret.

„ La participation peut en outre être partiellement ou totalement subordonnée aux conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les clauses qu'elles déterminent.

„ *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 s'applique, que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation, cette partie étant d'un montant inférieur à celui de la participation prévue à l'article L. 645-2.

„ Toutefois, si l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de la convention à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue par la convention précédente 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 article est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles mentionnées à l'article L. 722-1 et sur leurs pensions 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 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 salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les dispositions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-12-18 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 applicable que pour les médecins autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires supérieurs aux tarifs qu'elle fixe.

„ La participation des caisses ne peut être allouée que si le professionnel a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret.

„ La participation peut en outre être partiellement ou totalement subordonnée aux conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les clauses qu'elles déterminent.

„ Les cotisations dues sur les avantages de retraite sont précomptées sur chaque versement par l'organisme qui paie ces avantages. Un décret

„ *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 inférieure à celui de la participation prévue à l'article L. 722-4.

„ Toutefois, si l'application du règlement conventionnel ne résulte pas à l'échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'article L. 722-4 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. “

XVI. – Les articles L. 162-5-2, L. 162-5-3, L. 162-5-4, 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. 162-12-10, 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.

XVII. – L'article L. 162-5-5 du même code devient l'article L. 162-5-5. Les articles L. 162-12-6 et L. 162-12-7 deviennent respectivement les articles L. 162-12-6 et L. 162-12-7. Les articles L. 162-12-13 et L. 162-12-14 deviennent respectivement les articles L. 162-12-10 et L. 162-12-11.

XVIII. – 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 4 et 5 de cette même section.

## **Article 25**

I. – La section 1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-4-1 ainsi rédigé :

„ *Art. L. 162-4-1.* – Les médecins sont tenus de mentionner sur les documents médicaux produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service de soins médicaux :

„ 1° Lorsqu'ils établissent une prescription d'arrêt de travail de plus de sept jours consécutifs ou l'octroi de l'indemnité mentionnée au 5° de l'article L. 321-1, les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail;

„ 2° Lorsqu'ils établissent une prescription de transport en ambulance, les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit.

„ Ils sont tenus en outre de porter sur ces mêmes documents les mentions prévues à l'article L. 321-1 permettant leur identification par la caisse et l'authentification de leur prescription.

II. – L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

2° Le 5° est ainsi modifié :

a) Après les mots : „ l'incapacité physique constatée par le médecin, sont insérés les mots : „ , selon les règles définies par l'article L. 162-4-1,

b) Après les mots : „ l'incapacité peut être également constatée“, sont insérés les mots : „ , dans les mêmes conditions, “.

## **Article 26**

I. – Après l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré l'article L. 315-2-1 ainsi rédigé :

„ *Art. L. 315-2-1.* – Si, au vu des dépenses présentées au remboursement par le service du contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un assuré dans des cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, il peut convoquer le médecin du service du contrôle médical peut établir, le cas échéant conjointement avec le médecin choisi par l'assuré, des recommandations sur les soins et les traitements à prescrire. Ces recommandations sont transmises à l'assuré par le médecin choisi par le service du contrôle médical lorsque ces recommandations sont établies conjointement, ou à défaut, par le médecin du service du contrôle médical.

„ Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat. “

II. – Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les articles L. 315-2 et L. 315-3 “ sont remplacés par les mots : „ , L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 “.

III. – Au début du IV de l'article 1106-2 du code rural, les mots : „ , L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 “ sont remplacés par les mots : „ , L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 “.

## **Article 27**

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés présente annuellement au Parlement un bilan d'application des articles 25 et 26 de la présente loi.

## **Article 28**

Le fonds mentionné à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est doté de 500 millions de francs au titre de l'exercice 2000.

sociale.

### **Article 30**

I. – Les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique sont redevables d'une contribution exceptionnelle au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Ne sont pas redevables les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes en France du 1er janvier au 31 décembre 1999 au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 du code de la sécurité sociale et L. 601 du code de la santé publique est inférieur à 100 millions de francs, sauf lorsqu'il s'agit de filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé réalisé en France au titre des mêmes spécialités dépasse cette limite.

II. – La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France du 1er janvier au 31 décembre 1999 au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 du code de la sécurité sociale et L. 601 du code de la santé publique.

III. – Le taux de la contribution est fixé par décret à un niveau compris entre 1,2 % et 1,3 %.

IV. – Les entreprises mentionnées au I sont tenues de déclarer à l'Agence nationale des organismes de sécurité sociale les éléments nécessaires au calcul de la contribution avant le 15 mai 2000.

La contribution est versée au plus tard le 1er septembre 2000.

V. – La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence nationale des organismes de sécurité sociale sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement de la contribution prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale.

### **Article 31**

L'article L. 601 du code de la santé publique est complété par trois paragraphes rédigés :

„ Pour une spécialité générique visée au premier alinéa de l'article L. 601 du code de la santé publique, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration de la propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée, à condition que la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir avant l'expiration de ces droits.

„ Les études de biodisponibilité tendant à démontrer la bioéquivalence d’une spécialité de référence en vue de la délivrance d’une autorisation de mise sur le marché dans les conditions prévues à l’antépénultième alinéa sont considérées comme des actes accomplis à titre expérimental au sens de l’article L. 613-5 du code de la propriété intellectuelle. “

## Article 32

I. – A l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, les mots « 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 “.

II. – Au 3° de l’article L. 791-2 du code de la santé publique, les mots « 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 “.

III. – Le chapitre V du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est 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 :

„ *Art. L. 165-1.* – Le remboursement par l’assurance maladie des produits pharmaceutiques médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain, des produits de santé, soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé, des médicaments visés à l’article L. 162-17 et des prestations de services et des prestations associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis de la commission dont le secrétariat est assurée par l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L’inscription est effectuée soit par la description 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 conditions techniques, d’indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions de prescription et d’utilisation.

„ Les conditions d’application du présent article, notamment la procédure d’inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission, sont fixées par décret en Conseil d’Etat.

„ La procédure et les conditions d’inscription peuvent être adaptées pour les produits des dispositifs selon leur finalité et leur mode d’utilisation.

„ *Art. L. 165-2.* – Les tarifs de responsabilité des produits mentionnés à l’article L. 165-1 sont établis en fonction de leur nature, de leur mode d’utilisation et de leur destination.

article.

„ *Art. L. 165-3.* – Les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'économie, sur proposition du Comité économique des produits de santé, fixent par arrêté les prix des produits mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38.

„ *Art. L. 165-4.* – Le Comité économique des produits de santé est chargé de proposer les tarifs de responsabilité et les prix pour les produits mentionnés à l'article L. 165-1.

„ Il peut, dans ce but, conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des activités non agricoles et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole d'une remise sur une partie 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 fixé par 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 prévue à l'application de l'article L. 162-37.

„ Le Comité économique des produits de santé assure un suivi permanent des dépenses des produits mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater que le montant 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 de chaque huit premiers mois de l'année.

„ Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

„ *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 la Direction française de sécurité sanitaire des produits de santé les volumes vendus en France et le chiffre d'affaires réalisé en France des produits susmentionnés pris en charge par l'assurance maladie. “

IV. – La première phrase du I de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

„ Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique des produits de santé. “

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 : „ Comité économique des produits de santé “.

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.

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.

VII. – Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est supprimé.

VIII. – Au chapitre Ier du livre V *bis* du code de la santé publique, il est ajouté l'article L. 665-7-1 ainsi rédigé :

„ *Art. L. 665-7-1.* – Dans l'intérêt de la santé publique, des arrêtés des ministres chargés de la santé fixent, en tant que de besoin, les conditions particulières de la délivrance des dispositifs mentionnés à l'article L. 665-3. “

### **Article 33**

I. – Les articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

„ *Art. L. 162-22-1.* – Pour les établissements de santé mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, un décret en Conseil d'Etat, pris en concertation avec les organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine :

„ 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation, sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

„ 2° Les catégories de prestations pour lesquelles une exigence particulière de caractère médical, qui donne lieu à une facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

„ 3° Les modalités de détermination par l'agence régionale de l'hospitalisation des tarifs des prestations des établissements nouvellement créés ou regroupement entre établissements ;

„ 4° Les méthodes permettant de calculer le montant des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ;

„ 5° Les modalités de versement des sommes correspondantes ;

„ 6° Sans préjudice des dispositions 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

honoraires des professionnels de santé y exerçant leur activité. Sur la base des informations, l'agence régionale de l'hospitalisation procède à un suivi du coût total pour l'assurance maladie de chaque établissement.

„ *Art. L. 162-22-2.* – I. – Chaque année, est défini un objectif quantifié national des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, constitué par le montant annuel des frais d'hospitalisation dans ces établissements 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.

„ Le montant de l'objectif quantifié national est arrêté par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et du budget en fonction du montant national de dépenses d'assurance maladie, dans un délai de quinze jours après la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant tient compte des évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements ou des services et des activités de ces établissements se trouvent placés, en nouvelle partie :

„ *a)* Sous le régime de financement prévu à l'article L. 174-1 du code de la santé publique alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;

„ *b)* Sous le régime de financement prévu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 174-1 du code de la santé publique.

„ II. – Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations de soins, 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 structure juridique et financier de certains établissements. “

II. – Il est inséré, à la section 5 du 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 :

„ *Art. L. 162-22-3.* – I. – Chaque année, au plus tard le 25 février, sur proposition des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au vu des avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de soins mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique détermine

„ 1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans les départements des tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assurance maladie aux dépenses des soins, dans les modalités prévues à l'article L. 162-22-2; ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales ;

„ A défaut d'accord dans le délai précité et au plus tard le 15 mars c  
arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité so  
éléments mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus.

„ II. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale  
organisations nationales les plus représentatives des établissements s  
l'accord mentionné au I observent l'évolution des dépenses entrant dans  
l'objectif quantifié national, au moins deux fois dans l'année : une premi  
des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fo  
résultats des huit premiers mois de l'année.

„ Chaque année, au plus tard le 30 janvier, la Caisse nationale d  
maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat et aux agences  
l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé p  
l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le monta  
versements afférents aux frais d'hospitalisation définis au I de l'article L  
titre de l'année précédente et sa répartition par région, établisseme  
d'activité.

„ En vue de permettre un suivi de l'objectif quantifié national en cou  
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés commu  
ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établis  
l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le monta  
d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par r

„ 1° Le 15 juin au plus tard, pour les quatre premiers mois ;

„ 2° Le 15 octobre au plus tard, pour les huit premiers mois.

„ Lorsqu'il apparaît que l'évolution des dépenses n'est pas con  
l'objectif fixé en application de l'article L. 162-22-2, les parties à l'accor  
les mesures de toute nature propres à garantir son respect.

„ A défaut, et après consultation des organisations nationa  
représentatives des établissements concernés, un arrêté conjoint des min  
de la santé et de la sécurité sociale fixe les mesures nécessaires dans l  
prévues au I du présent article.

„ III. – Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les  
suivi statistique des dépenses, y compris en cas de défaut de transmission  
nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés des données me  
alinéas précédents, dans les délais prévus aux mêmes alinéas.

„ *Art. L. 162-22-4.* – Chaque année, au plus tard le 31 mars, un a  
entre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et les représe  
région, d'une au moins des organisations nationales les plus représ  
établissements de santé privés signataires de l'accord mentionné à l'article

établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 710-7 du code de la santé publique.

„ Cet accord détermine, en outre, compte tenu des objectifs d'organisation sanitaire et des orientations de la conférence régionale des critères susceptibles d'être pris en compte pour accorder à certains établissements, notamment en vue de l'amélioration de la qualité des soins, des évolutions différents du taux moyen d'évolution arrêté dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-3.

„ A défaut d'accord, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation prend ces dispositions.

„ *Art. L. 162-22-5.* – 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.

„ Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application 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 autres que ceux mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

„ *Art. L. 162-22-6.* – Les établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ainsi que ceux mentionnés au II de l'article L. 710-16-2, sont passibles, après qu'ils ont été mis en mesure de présenter leurs observations, d'une sanction financière, dans le cas de :

„ 1° Fausse cotation de prestations définies au 1° de l'article L. 162-22-5;

„ 2° Absence de réalisation des prestations facturées;

„ 3° Dépassement des capacités autorisées définies à l'article L. 710-16-2 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 le patient malade. Dans le premier cas, elle ne peut excéder trois fois ce coût, dans le deuxième cas cinq fois ce coût, dans le dernier cas deux fois.

„ La mesure de sanction financière est prise par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation qui la notifie à l'établissement.

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

*Art. L. 162-22-7.* – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale...

d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile détermine également les variations maximale et minimale des taux d' tarifs des prestations qui peuvent être alloués à ces établissements par régionales de l'hospitalisation, selon des critères définis par l'accord pr L. 162-22-4. “

III. – L'article L. 710-16-2 du code de la santé publique est ainsi mo

1° La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots conditions prévues aux articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 du code sociale et conformément à un contrat type fixé par décret “ ;

2° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée;

3° Au deuxième alinéa, après les mots : „ Ces contrats définissent “ les mots : „ les orientations stratégiques des établissements, en tenant objectifs du schéma d'organisation sanitaire et, notamment, “ ;

4° Le quatrième alinéa est supprimé ;

5° Au sixième alinéa, les mots : „ du contrat tripartite national visé 162-22-1 du code de la sécurité sociale “ sont remplacés par les mots : „ 162-22-6 du code de la sécurité sociale “.

IV. – Le 3° de l'article L. 710-20 du code de la santé publique est ai

„ 3° L'accord prévu à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité défaut, son contenu ainsi que les contrats pluriannuels mentionnés au 710-16, L. 710-16-1 et L. 710-16-2. “

V. – Il est créé, au chapitre V du titre VI du livre Ier du code sociale, un article L. 165-7 ainsi rédigé :

„ *Art. L. 165-7.* – Les frais d'acquisition et de renouvellement médicaux dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale sont remboursés aux établissements mentionnés 710-16-2 du code de la santé publique à concurrence du tarif de mentionné à l'article L. 165-2 du présent code, sur présentation des fact le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l' s'effectue sur la base d'une partie de la somme de ces deux éléments déf conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. “

VI. – Le chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité complété par une section 11 ainsi rédigée :

„ *Section 11*

*Frais d'acquisition et de renouvellement des médicaments*

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, versés, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être assumé par une caisse relevant d'un autre régime.

„ 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, l'interministériel fixe cette répartition.

„ Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application de l'article. “

VII. – Les dispositions du contrat national tripartite de l'hospitalisation en date du 15 avril 1997 demeurent applicables jusqu'à ce que le contenu des 1° à 4° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ait été fixé par décret.

VIII. – A. – Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1er janvier 2000, un fonds destiné à financer des opérations concourant à l'adaptation de l'offre d'hospitaliers, au niveau régional, dans le respect du schéma régional de l'offre sanitaire, réalisées par les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.

Ce fonds, dénommé „ Fonds pour la modernisation des cliniques privées “, est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

B. – Les établissements de santé concernés reçoivent des subventions de 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.

C. – Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année dans le financement de la sécurité sociale, et pour 2000, à 100 millions de francs.

La répartition entre les différents régimes est effectuée au prorata des contributions 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'alinéa précédent.

D. – L'attribution des subventions est confiée, dans la limite des crédits inscrits aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.

E. – Les modalités d'utilisation de la subvention par l'établissement sont 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.

rédigé :

„ Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions et d'équipements, à l'exception des subventions du Fonds pour la mode des cliniques privées. “

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 de l'article L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et fixant l'objectif de 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 ne saurait être invoquée pour un motif tiré de l'illégalité de cet arrêté.

X. – Pour l'application en 2000 des dispositions du II de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale, l'évolution constatée des dépenses, mentionnées à l'article L. 162-22-1, s'apprécie par rapport à un objectif, pour 1999, égal à 42,936 milliards de francs.

XI. – Le II de l'article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée est ainsi modifié :

1° Les premier, deuxième, avant-dernier et dernier alinéas sont supprimés.

2° Dans le troisième alinéa, les mots : „ au 4° de l'article L. 162-22-1 “ sont remplacés par les mots : „ au I de l'article L. 162-22-3 “.

### **Article 34**

Le quatrième alinéa de l'article 11-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est ainsi rédigé :

„ Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner, pour les organismes de sécurité sociale, des charges injustifiées ou excessives, conformément aux objectifs et dotations définis à l'article 27-5. “

### **Section 4**

### **Branche accidents du travail**

### **Article 35**

Dans le premier alinéa du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), les mots : „ trois ans “ sont remplacés par les mots : „ trois ans “.

1° Dans le premier alinéa du I, après les mots : „ des établissements de matériaux contenant de l’amiante, “, sont insérés les mots : „ des établissements de flochage et de calorifugeage à l’amiante ou de construction et de réparation

2° Dans le deuxième alinéa du I, après les mots : „ où y étaient fabriqués ou insérés les mots : „ ou traités l’amiante ou “ ;

3° Après le troisième alinéa du I, il est inséré quatre alinéas ainsi rédigés :

„ 3° S’agissant des salariés de la construction et de la réparation navales qui ont exercé un métier figurant sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres du travail, de la sécurité sociale et du budget.

„ Le bénéfice de l’allocation de cessation anticipée d’activité est accordé aux ouvriers dockers professionnels sous réserve qu’ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu’ils remplissent les conditions suivantes :

„ 1° Travailler ou avoir travaillé, au cours d’une période déterminée, dans un port, au cours d’une période pendant laquelle étaient manipulés des sacs d’amiante de ces ports et, pour chaque port, de la période considérée est fixée par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale, des transports et du tourisme ;

„ 2° Avoir atteint un âge déterminé qui pourra varier en fonction de l’activité de travail dans le port sans pouvoir être inférieur à cinquante ans. “ ;

4° Le dernier alinéa du I est complété par les mots : „ni avec une pension de retraite ou de cessation anticipée d’activité“ ;

5° La première phrase du premier alinéa du II est ainsi rédigée :

„ Le montant de l’allocation est calculé en fonction de la moyenne des salaires mensuels bruts des douze derniers mois d’activité salariée du bénéficiaire, lesquels ne sont pas prises en compte, dans des conditions prévues par décret, des périodes d’activité donnant lieu à rémunération réduite. “ ;

6° Dans la troisième phrase du premier alinéa du III, les mots : „ contre l’Etat “ sont remplacés par les mots : „ fraction du produit du droit de contribution prévu à l’article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées à l’article 29 de la loi de finances pour 2000 (n° 111 du 17 mai 1999) ; dans la deuxième phrase du premier alinéa du III, les mots : „ les montants de ces contributions “ sont remplacés par les mots : „ le montant de cette contribution “.

II. – Le 6° du I ci-dessus est applicable à compter de l’exercice 2000.

## Article 37

## Article 38

I. – Le quatrième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

„ En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réévaluation et de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente d'invalidité du dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, le taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux déterminé, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente, soit en tenant compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées. Lorsque l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1. “

II. – Le I est applicable au calcul des rentes versées pour les accidents du travail et les maladies professionnelles déclarés à compter du 1er janvier 2000 et qui sont l'objet d'une nouvelle fixation de réparation à compter de cette date.

## Section 5

### Objectifs de dépenses par branche

## Article 39

Pour 2000, les objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des branches obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités et de droits propres sont fixés aux montants suivants :

Maladie-maternité-invalidité-décès	731,0
Vieillesse-veuvage	802,9
Accidents du travail	54,7
Famille	264,0
<hr/>	
Total des dépenses	1852,6

## Section 6

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble obligatoires de base est fixé à 658,3 milliards de francs pour l'année 2000

## Section 7

### Mesures relatives à la trésorerie

#### Article 41

Au chapitre V du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, article L. 255-2 ainsi rédigé :

„ *Art. L. 255-2.* – Les montants encaissés par les organismes recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale sur les comptes spéciaux d'encaissement sont obligatoirement transférés par virement à l'alimentation du compte unique de disponibilités courantes de l'Agence nationale des organismes de sécurité sociale. Ces dispositions entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2000. “

#### Article 42

Il est inséré, au titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, un article *bis* ainsi rédigé :

„ *Chapitre IX bis*

„ *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 obligatoires de base, d'une part, les régimes, d'autre part, les organismes concourant à leur financement et les régimes obligatoires de base, enfin, sont régies par des conventions qui garantissent en particulier la neutralité des flux financiers pour la trésorerie des régimes obligatoires de base. “

#### Article 43

Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :

Régime général	29
Régime des exploitants agricoles	11
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	2
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines	2
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	0

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

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 2 décembre 1999.*

*Signé : Laur*

## ANNEXE

### **RAPPORT SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE ET LES OBJECTIFS QUI DETERMINENT LES CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE**

Le Gouvernement entend conforter notre système de protection sociale parce que les solidarités fondamentales nécessaires à chacun pour faire face aux risques de la vie, sont un puissant facteur de cohésion sociale et, loin d'être un obstacle à la croissance, 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 (maladie, vieillesse, famille et chômage) – dégagera un excédent d'environ 10 milliards de francs. Subsiste, en 1999, qu'un léger déficit du régime général d'environ 4 milliards de francs. Ce déficit de 53 milliards de francs en 1996, de 34 milliards de francs en 1997, réduit à 1 milliard 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 la gestion de la sécurité sociale, le Gouvernement s'engage à promouvoir l'harmonisation des comptes des différents régimes et l'accélération de la publication des comptes, ainsi qu'à l'annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 les principaux 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 sera structurée autour des axes suivants :

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

- conforter les parents dans leur rôle éducatif, faciliter la conciliation entre vie professionnelle et familiale, 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 pérennité de nos régimes par répartition au nouveau contexte démographique seront entreprises dès 2000 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 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 complémentaire gratuite pour les plus modestes de nos concitoyens: six millions de personnes.

organismes de couverture complémentaire –, une pleine application de cette loi à partir de 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 un véritable débat public autour de la santé. Leur succès – près de mille réunions, une forte participation des usagers – a montré un grand désir de participation. Les débats ont montré une demande d'information et d'écoute en matière de santé et une exigence de qualité portant sur les relations relationnelles, plus que sur les aspects techniques. L'accès aux soins, la lutte contre le vieillissement, la santé des jeunes, la prévention sont également au centre des préoccupations des concitoyens.

Le Gouvernement, pour tenir compte de ces préoccupations, propose une loi visant à renforcer les droits des malades, notamment en ce qui concerne l'accès au dossier médical. Des procédures efficaces de recours et de médiation seront mis en place. La participation des usagers à la mise en œuvre des politiques de santé publique, en particulier sur le plan régional. 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 d'encourager 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 pour 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, 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 du malade. Le diabète et l'asthme feront l'objet, dès 2000, d'expérimentations locales et nationales.

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 des normes de qualité définies nationalement. Le dépistage du cancer du col de l'utérus sera généralisé à tous les départements. Celui du cancer du côlon sera étendu à de nouveaux départements.

Le Gouvernement poursuivra les actions entreprises dans le cadre du programme national de prévention du suicide 1998-2000, notamment chez les jeunes. L'objectif est de réduire à moitié 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 est tout à fait 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° 98-663 du 2 août 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a rendu obligatoire la déclaration de saturnisme en cas de saturnisme observé chez une personne mineure, ainsi qu'un diagnostic de saturnisme chez un adulte lorsque celui-ci présente un risque manifeste ou lorsqu'un cas d'intoxication au plomb chez un

nationale de prévention des pratiques addictives, notamment pour les jeunes en milieu 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. Recours, afin d’avoir un réel impact sur la consommation, le Gouvernement recherche pour les 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 unifiés pour 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 nicotiques et au sevrage tabagique ;

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

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

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

La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles sera renforcée. En 1999, des centres de dépistage anonyme et gratuit ont été étendus au dépistage de l’hépatite B, des 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 pratiques 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 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. L’adoption d’une politique périnatale, favorisant au niveau régional le travail en réseau de professionnels de santé,

aux besoins recensés.

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

Les actions débutées en 1999, dans le cadre du plan national de lutte contre l'hépatite C poursuivies, en particulier en matière de prévention, afin que le plus grand nombre de porteuses du virus de l'hépatite C connaissent leur état sérologique et reçoivent les soins nécessaires.

Le programme de lutte contre la douleur, débuté en 1998, sera renforcé avec la mise en place de protocoles déléguant aux infirmiers la prescription d'antalgiques et la poursuite de l'information du public. Le dispositif de prise en charge à domicile des personnes en souffrance 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 de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme a permis la création d'une Agence française 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 pharmaceutiques.

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 sont en place dans les grands secteurs de risque et permettent des interventions plus rapides et plus efficaces 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, de surveillance, 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 obligatoire, y compris dans les établissements privés. La loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 prévoit également 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 nouveau service national 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 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.

Dans ce cadre, les organisations de salariés et d'employeurs ont engagé, depuis concertation sur les améliorations à apporter à notre système de prévention. Le souhaite que ces réflexions contribuent à la définition d'une réforme de la médecine permettra de garantir l'indépendance des médecins et de développer les actions de premier milieu du travail.

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

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

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

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

Des mesures particulières ont par ailleurs été prises en faveur des victimes de maladies. 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 le temps, les personnes concernées étaient celles ayant travaillé dans des entreprises de matériaux contenant de l'amiante. Le Gouvernement propose d'ouvrir le champ d'application à d'autres secteurs d'activité : dockers, entreprises de flocage et calorifugeage, chantiers de construction navales. Le Gouvernement étudie également la possibilité d'accorder cette allocation à des 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 soient 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 les 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 de santé qui conditionnent la qualité et l'efficacité de notre système de santé en ville.

Les possibilités offertes aux partenaires conventionnels ont été élargies. Elles permettent de modifier les modalités de rémunération des professionnels libéraux, adapter les modalités de régulation de la démographie médicale, favoriser le développement des réseaux de soins, améliorer la transparence des informations sur l'activité médicale.

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

Les caisses et les syndicats représentatifs auront la responsabilité de gérer, englobant la rémunération de l'ensemble des professionnels libéraux. Il leur appartient de prendre les mesures de toute nature nécessaires pour assurer le respect de cet objectif. Les caisses, dans ce cadre, de prérogatives accrues lorsqu'un accord avec les professionnels n'est possible, en contrepartie de cette délégation de responsabilités, elles devront établir périodiquement des décisions 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 évaluer périodiquement de leur action dans ce domaine.

La perspective d'un reversement du corps médical, en cas d'évolution des prescriptions, n'a pas prouvé son efficacité en termes de modifications de comportement. Il n'y a 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 médicaments, sur des bases médicalisées et en privilégiant des mécanismes incitatifs. Ainsi, les professionnels de santé seront appelés à définir des programmes de bon usage de médicaments au niveau national ou local dont la réussite ouvrira droit à un intéressement des professionnels. La possibilité leur sera ouverte d'augmenter la prise en charge des cotisations sociales des patients qui acceptent de prendre des engagements particuliers sur la qualité de leur pratique.

Par ailleurs, le Gouvernement poursuit la modernisation de notre système de soins par une large concertation avec les pharmaciens, une réforme des règles d'implantation de pharmacies, 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. Les professionnels auront la possibilité, si le médecin l'accepte et sous son contrôle, de déléguer certains soins.

Enfin, une réforme des études médicales initiales, dans la perspective notamment de 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 des patients, la coopération entre établissements et avec la médecine de ville, améliorer l'efficacité du système hospitalier et adapter le financement correspondant à ces besoins constituent des objectifs généraux de la politique hospitalière du Gouvernement.

La démarche d'accréditation est engagée dans plusieurs dizaines d'établissements. 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 fait l'objet d'une large concertation avec les représentants des établissements et de leurs personnels, les représentants des usagers et les élus locaux. Ces documents ont permis de définir

d'organisation sanitaire (SROS) dessinent enfin le contour des réseaux qui seront insérés dans les établissements, notamment pour adapter la prise en charge à la situation des patients (notamment en oncologie). Enfin, les SROS permettent d'organiser les conversions progressives vers les long et moyen séjours.

Le Gouvernement poursuit la politique de réduction des inégalités entre régions par une réforme profonde des modes d'allocation des ressources pour mieux prendre en compte les besoins médicaux des établissements. D'ores et déjà, la loi prévoit la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes de prise en charge à la pathologie. L'étude des conditions techniques d'une généralisation de ce mode de prise en charge est engagée avec les représentants de l'hospitalisation publique et privée. Une attention particulière est portée, dans ce cadre, à la prise en compte des charges particulières liées aux exigences de soins 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 accompagner 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 réactivité 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 de travail 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 des citoyens les progrès réalisés dans le domaine du médicament, tout en maîtrisant les dépenses. Aussi, il convient d'optimiser la prescription et les remboursements pour permettre de poursuivre les efforts de recherche et bien rembourser les médicaments les plus utiles.

Dans cet esprit, le Gouvernement a donc pris les dispositions nécessaires pour favoriser 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 accepté 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 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 déjà engagée pour plus de mille spécialités.

La politique du Gouvernement en matière de médicament s'appuie sur des modalités conventionnelles avec les laboratoires dans le cadre fixé par l'accord signé en 1999 avec l'industrie nationale de l'industrie pharmaceutique. Cet accord fixe la base d'une coopération entre les services publics et l'industrie pour, notamment, maîtriser les frais de promotion et 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 publique dans la distribution du médicament.

Les lois de financement de la sécurité sociale ne peuvent accueillir que des dispositions d'ordre financier. Le Gouvernement proposera donc au printemps de l'année 2000 un projet de loi 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 ;
- instaurer une véritable démocratie sanitaire et garantir les droits des malades ;
- améliorer la qualité de notre système de soins, notamment en modernisant l'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 assumer le rôle majeur qui leur revient dans l'éducation des enfants, la cohésion sociale et la construction de notre avenir.

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

Le Gouvernement s'attache à conforter les parents dans leur rôle éducatif, favorisant leur participation à la vie de l'école. Il a entrepris la mise en place d'un dispositif d'appui, d'écoute et de conseil aux parents. Il poursuit avec la Caisse nationale de la famille une politique active pour favoriser l'accueil des enfants hors du temps scolaire par 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 contrat familial.

Il est particulièrement sensible aux problèmes rencontrés par les familles ayant des enfants jeunes adultes. Après avoir étendu à vingt ans les allocations familiales pour tous les enfants de leurs parents, il propose de porter à vingt et un ans l'âge pris en compte pour bénéficier 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 au droit de 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 de famille. Les contraintes particulières des parents seront prises en compte dans le nouveau cadre d'aménagement du temps de travail.

Dans la perspective de la Conférence de la famille de l'année 2000, l'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

Pour permettre la mise en œuvre sur le long terme de cette politique, il est proposé 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 par 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 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 doivent 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 par répartition au nouveau contexte démographique. Cette phase de concertation s'échelonnait jusqu'à l'année 2000.

Pour faciliter l'adaptation des régimes de retraites, la constitution d'un fonds de réserve a été 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 de 700 000. L'effort consenti pour assurer le développement des services de soins infirmiers (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 expériences de „guichets uniques“ ou de „bureaux d'informations et de conseils“ seront lancées dans un 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 des charges patronales de sécurité sociale pour les interventions de ces services auprès des personnes handicapées ou dépendantes. Les modalités de tarification des aides à domicile seront définies par concertation avec l'ensemble des acteurs de ce secteur d'activité ;

- préparer, dans les meilleures conditions, l'entrée en vigueur de la réforme des établissements pour personnes âgées. Cette réforme permettra de rendre plus attractifs les établissements de soins de longue durée et de développer les établissements de soins de courte durée.

97-60 du 24 janvier 1997, le Gouvernement s'est engagé, lors du Comité national de concertation interministérielle sur la gérontologie (CNCG) du 29 avril 1999, à prendre des mesures législatives et réglementaires permettant d'améliorer le fonctionnement de cette prestation, dont les résultats sont en cours de 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 trois millions de personnes sont confrontées à un handicap plus ou moins important. Le Gouvernement conduit une politique globale en faveur de ces personnes, autour de quatre principes 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'insertion, à la socialisation et l'intégration la plus précoce possible dans leur famille et à l'école. Ceci constitue un objectif prioritaire. Tous les départements seront dotés progressivement d'un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP). La création ou l'extension de capacités d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) sera favorisée. Pour les personnes handicapées, le Gouvernement entend encourager toutes les initiatives favorisant le soutien à la vie sociale et professionnelle. L'amélioration de l'accès aux aides techniques fait l'objet d'un effort 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 (1999-2000) prévoit de créer 5 500 places nouvelles dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les centres de formation (FDT) sera poursuivie en 2000 ;

- certains types de handicaps sont encore insuffisamment pris en charge parce qu'ils sont peu connus ou mal connus. Tel est le cas des polyhandicapés, des autistes, des traumatisés crâniens et 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. Trois centres ressources sur les handicaps rares ont été créés. Ces actions seront 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 a engagé une réforme d'ampleur des cotisations patronales pour favoriser l'emploi.

L'assiette des cotisations patronales est rééquilibrée en faveur des entreprises de petite et moyenne taille :

- par la suppression de l'actuelle ristourne dégressive de charges patronales pour les entreprises inférieures à 1,3 SMIC et son remplacement par un nouveau mécanisme d'allègement plus large – les allègements vont jusqu'à 1,8 SMIC – et plus puissant – le nouvel allègement concerne 26 points de cotisations patronales au SMIC, soit plus de 85 % des cotisations patronales au SMIC ;

Cette réforme des cotisations employeurs répond ainsi aux trois objectifs majeurs 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 100 000 salariés, le nouveau dispositif fait disparaître les effets pervers de freinage des évolutions salariales introduits par la ristourne actuellement en vigueur (la "trappe à bas salaires").

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

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale en séance du 2 décembre 1999.*

*Signé : Laurent*