

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}
ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE
Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}
Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale, et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 1999.	Sans modification	Sans modification	Sans modification <i>(voir rapport annexé)</i>
TITRE II	TITRE II	TITRE II	TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES
Art. 2.	Art. 2.	Art. 2.	Art. 2.
I.- Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables au solde cumulé du produit de la contribution sociale de solidarité résultant de l'application du premier alinéa dudit article, constaté au 31 décembre 1998.	I.- Non modifié	I.- Non modifié	I.- Non modifié
II.- Un prélèvement d'un milliard de francs est opéré en 1999 sur le produit	II.- Non modifié	II.- Non modifié	II.- Non modifié

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles.

Les dispositions du *b* du 2° de l'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables, pour l'exercice 1999, au régime des exploitants agricoles.

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 651-1, les références : « aux articles L. 621-3, L. 721-1 et L. 723-1, » sont remplacées par les mots : « aux 1° et 2° de l'article L. 621-3, ainsi qu'au profit du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1, » ;

2° L'article L. 651-2-1 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le cas échéant, le solde du produit de la contribution résultant de l'application des dispositions de l'alinéa précédent est versé au Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 . »,

3° Le premier alinéa de l'article L. 135-3 est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

III.- Non modifié

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

III.- Non modifié

**Propositions de la
Commission**

III.- Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1. »			
Les dispositions du présent III entrent en vigueur à compter de l'exercice 1999.			
IV.- Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	IV.- Alinéa sans modification	IV.- Alinéa sans modification	IV.- Alinéa sans modification
1° L'article L. 135-1 est ainsi modifié :	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
« Le fonds a également pour mission de gérer un fonds de réserve pour les régimes d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 621-3. »,	« Le fonds vieillesse. »,	« Le fonds vieillesse visés à l'article L. 222-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 621-3. »,	« Le fonds vieillesse. »,
a bis) (nouveau) Au deuxième alinéa, les mots : « qui est assisté d'un comité de surveillance composé notamment de membres du Parlement » sont remplacés par les mots : « qui est assisté dans les missions mentionnées aux premier et deuxième alinéas d'un comité de surveillance composé notamment de membres du Parlement, de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ainsi que de représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants	a bis) Supprimé	a bis) (nouveau) Au deuxième alinéa, les mots : « qui est assisté d'un comité de surveillance composé notamment de membres du Parlement » sont remplacés par les mots : « qui est assisté dans les missions mentionnées aux premier et deuxième alinéas d'un comité de surveillance composé notamment de membres du Parlement, de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ainsi que de représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants	a bis) Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
représentatives », b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :	Alinéa sans modification	représentatives », Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
« Les opérations du Fonds de solidarité vieillesse correspondant à chacune des missions respectivement mentionnées au premier et au deuxième alinéa du présent article sont retracées en deux sections distinctes. » ;	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
2° Au premier alinéa de l'article L. 135-2, les mots: « Les dépenses prises en charge par le fonds visé à l'article L. 135-1 sont les suivantes » sont remplacés par les mots : « Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes » ;	2° Non modifié	2° Non modifié	2° Non modifié
3° L'article L. 135-3 est ainsi modifié :	3° Non modifié	3° Non modifié	3° Non modifié
a) Au premier alinéa, les mots : « Les recettes du fonds sont constituées par » sont remplacés par les mots : « Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 sont constituées par »,			
b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :			
« Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale. » ;			

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>4° Les articles L. 135-4, L. 135-5 et L. 135-6 deviennent respectivement les articles L. 135-1-1, L. 135-4 et L. 135-5 ;</p>	4° Non modifié	4° Non modifié	4° Non modifié
<p>5° Après l'article L. 135-1-1, il est créé une section 1 intitulée : « Opérations de solidarité » et comprenant les articles L. 135-2 à L. 135-5 ;</p>	5° Non modifié	5° Non modifié	5° Non modifié
<p>6° Après l'article L. 135-5, il est inséré une section 2 ainsi rédigée :</p>	6° Alinéa sans modification	6° Alinéa sans modification	6° Alinéa sans modification
<p>« Section 2 « Fonds de réserve</p>	Division et intitulé sans modification	Division et intitulé sans modification	Division et intitulé sans modification
<p>« Art. L. 135-6.- Les recettes du fonds affectées aux missions définies au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 sont constituées par :</p>	« Art L. 135-6.- Les ...	<p>« Art. L. 135-6.- Les recettes du fonds affectées aux missions définies au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 sont constituées par :</p>	« Art L. 135-6.- Les ...
<p>« 1° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visée au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;</p>	<p>... par toute ressource affectée en vertu de dispositions législatives. » Alinéa supprimé</p>	<p>« 1° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;</p>	<p>... par toute ressource affectée en vertu de dispositions législatives. » Alinéa supprimé</p>
<p>« 2° Tout ou partie du résultat excédentaire de la première section, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;</p>	Alinéa supprimé	<p>« 2° Tout ou partie du résultat excédentaire de la première section, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;</p>	Alinéa supprimé
<p>« 3° Toute ressource affectée au fonds de réserve</p>	Alinéa supprimé	<p>« 3° Toute ressource affectée au fonds de réserve</p>	Alinéa supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>en vertu de dispositions législatives. »</p>	<p><i>V (nouveau).</i>- Les missions, les statuts et les ressources du fonds de réserve mentionné à l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale sont déterminés par une loi tendant à assurer l'équilibre à long terme des régimes d'assurance vieillesse, portant réforme des régimes spéciaux de retraite et instituant un régime de retraite des fonctionnaires de l'Etat.</p>	<p>en vertu de dispositions législatives. »</p> <p><i>V.- Supprimé</i></p>	<p><i>V (nouveau).</i>- Les missions, les statuts et les ressources du fonds de réserve mentionné à l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale sont déterminés par une loi tendant à assurer l'équilibre à long terme des régimes d'assurance vieillesse, portant réforme des régimes spéciaux de retraite et instituant un régime de retraite des fonctionnaires de l'Etat.</p>
<p>..</p>	<p>..</p>	<p>..</p>	<p>..</p>
<p>Art. 3 bis (nouveau).</p>	<p>Art. 3 bis.</p>	<p>Art. 3 bis (nouveau).</p>	<p>Art. 3 bis.</p>
<p>I.- L'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p><i>Supprimé</i></p>	<p>I.- L'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	<p>I.- Alinéa sans modification</p>
<p>1° Au premier alinéa, les mots : « la rémunération d'une aide à domicile est exonérée totalement des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « la rémunération d'une aide à domicile est exonérée des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales » ;</p>		<p>« Art. L. 241-10. - I. - La rémunération d'une aide à domicile est exonérée totalement des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par :</p>	<p>« Art. L. 241-10. - I. - Alinéa sans modification</p>
<p>2° Le deuxième alinéa (a) est complété par les mots : « et dans la limite, par foyer, d'un plafond de rémunération déterminé par décret » ;</p>		<p>« a) Des personnes ayant atteint un âge déterminé et dans la limite, par foyer, et pour l'ensemble des rémunérations versées, d'un plafond de rémunération fixé par décret</p>	<p>« a) Des personnes ayant atteint un âge déterminé par décret ;</p>

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

**Propositions de la
Commission**

		;		
		« b) Des personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation spéciale mentionné à l'article L. 541 ;	« b) Alinéa modification	sans
		« c) Des personnes titulaires :	Alinéa modification	sans
		« - soit de l'allocation compensatrice pour tierce personne,	Alinéa modification	sans
		« - soit d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, de la législation des accidents du travail ou d'un régime spécial de sécurité sociale ou de l'article L. 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;	Alinéa modification	sans
		« d) Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie et titulaires :	Alinéa modification	sans
		« - soit d'un avantage de vieillesse servi en application du présent code ou du code rural,	Alinéa modification	sans
		« - soit d'une pension d'invalidité servie par un régime spécial de sécurité sociale, sous réserve d'avoir dépassé un âge déterminé par décret,	Alinéa modification	sans
		« - soit d'une pension allouée aux militaires invalides au titre de l'article L. 2 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, sous réserve d'avoir dépassé un	Alinéa modification	sans

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission	
<p>3° Au quatrième alinéa, après les mots : « vivant seules, », sont insérés les mots : « remplissant la condition de degré de dépendance prévue à l'article 2 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance ou » ;</p>		<p>âge déterminé par décret ; « e) Des personnes remplissant, dans des conditions définies par décret, la condition de degré de dépendance prévue à l'article 2 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.</p> <p>« L'exonération est accordée sur la demande des intéressés par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations dans les conditions fixées par arrêté ministériel.</p> <p>« Le bénéfice de ces dispositions ne peut se cumuler pour une même aide à domicile avec l'allocation de garde d'enfant à domicile prévue à l'article L. 533-1.</p> <p>« II. - Les personnes qui ont passé un contrat conforme aux dispositions du cinquième alinéa de l'article 6 de la loi n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes sont exonérées totalement, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du I, des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales dues sur la rémunération qu'elles versent à ces particuliers.</p> <p>« III. - Les rémunérations des aides à domicile employées sous contrat à</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
<p>4° Au dernier alinéa : a) Après les mots : « employées, » sont insérés</p>			<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
			<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
			<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
			<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission	
<p>les mots : « sous contrat à durée indéterminée »,</p> <p>b) Les mots : « les associations agréées au titre de l'article L. 129-1 du code du travail » sont remplacés par les mots : « les associations admises, en application de l'article L. 129-1 du code du travail, à exercer les activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées »,</p>		<p>durée indéterminée par les associations admises, en application de l'article L. 129-1 du code du travail, à exercer des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale sont exonérées totalement des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales pour la fraction versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées chez les personnes visées aux <i>b</i>, <i>c</i>, <i>d</i> et <i>e</i> du I ou bénéficiaires de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre ces associations ou organismes et un organisme de sécurité sociale.</p>	Alinéa modification	sans
<p>c) Après les mots : « des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales, » sont ajoutés les mots : « pour la fraction versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées chez les personnes visées aux <i>b</i>, <i>c</i>, et <i>d</i> ou bénéficiaires de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre ces associations ou organismes et un organisme de sécurité sociale. » ;</p> <p>5° Il est ajouté quatre alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Un décret détermine les conditions d'application de l'exonération prévue par l'alinéa ci-dessus et notamment :</p> <p>« - les informations et pièces que les associations et les organismes visés au quinzième alinéa doivent produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations</p>		<p>« Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par l'alinéa ci-dessus et notamment :</p> <p>« - les informations et pièces que les associations, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes visés au précédent alinéa doivent produire auprès des</p>	Alinéa modification	sans

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
de sécurité sociale du régime général ;		organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général ;	
« - les modalités selon lesquelles les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général vérifient auprès des organismes servant les prestations mentionnées au <i>b</i> , <i>c</i> et <i>d</i> ou les prestations d'aide ménagère visées au quinzième alinéa que les personnes au titre desquelles cette exonération a été appliquée ont la qualité de bénéficiaires desdites prestations.		« - les modalités selon lesquelles les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général vérifient auprès des organismes servant les prestations mentionnées au <i>b</i> , <i>c</i> , <i>d</i> et <i>e</i> du I ou les prestations d'aide ménagère visées au précédent alinéa que les personnes au titre desquelles cette exonération a été appliquée ont la qualité de bénéficiaires desdites prestations.	Alinéa sans modification
		« Les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale bénéficient d'une exonération de 100 % de la cotisation d'assurance vieillesse due au régime visé au 2° de l'article R. 711-1 du code de la sécurité sociale pour la fraction de ces rémunérations remplissant les conditions définies au premier alinéa du présent paragraphe.	Alinéa sans modification
« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-7 du présent code, l'exonération prévue au quinzième alinéa n'est pas compensée par le budget de l'Etat. »		« IV. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, l'exonération prévue au III n'est pas compensée par le budget de l'Etat.	« IV . - L'article L. 131-7 du <i>présent</i> code <i>est applicable à 70 % de l'exonération prévue au premier alinéa du III.</i>
		« V. - Les dispositions du présent article sont applicables aux périodes d'emploi postérieures au 31 décembre 1998 ; toutefois, la	« V. - Les 1998. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>II.- Les caisses de sécurité sociale procèdent dans des conditions déterminées par décret au contrôle des organismes chargés de l'exécution des prestations à caractère familial ou domestique dont elles assurent, en tout ou partie, le financement, afin de s'assurer de la régularité des opérations financières et comptables et d'apprécier la qualité des prestations servies.</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>limite prévue au <i>a</i> du I est applicable aux périodes d'emploi postérieures au 31 mars 1999. »</p>	<p>II. - Non modifié</p>
<p>III.- Les dispositions du présent article sont applicables aux périodes d'emploi postérieures au 31 décembre 1998, à l'exception de celles du 2° du I, applicables aux périodes d'emploi postérieures au 31 mars 1999.</p>	<p>Art. 3 <i>ter</i>.</p>	<p>II. - Au titre VII du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre VII ainsi rédigé : « <i>CHAPITRE VII</i> « <i>Action sanitaire et sociale des régimes</i></p>	<p>III. - Non modifié</p>
<p>Art. 3 <i>ter</i> (nouveau).</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>« <i>Art. L. 177-1.</i> - Les caisses de sécurité sociale procèdent, au moins une fois par an, au contrôle, dans des conditions déterminées par décret, des associations et organismes chargés de l'exécution des prestations à caractère familial ou domestique dont elles assurent, en tout ou partie, le financement, afin de s'assurer de la régularité des opérations financières et comptables et d'apprécier la qualité des prestations servies. »</p>	<p>Art. 3 <i>ter</i>.</p>
<p>Dans le dernier alinéa de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, le taux : « 30% » est remplacé par le taux : « 100% ».</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>III (nouveau). - Les pertes de recettes résultant du dernier alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale sont compensées à due concurrence par une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux article 575 et 575 A du code des impôts.</p>	<p><i>Suppression maintenue</i></p>
<p>Art. 3 <i>ter</i>.</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p><i>Supprimé</i></p>	<p><i>Suppression maintenue</i></p>

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

**Propositions de la
Commission**

II (nouveau).-
L'article L. 131-7 du code de
la sécurité sociale est
applicable à 70 % de
l'exonération prévue au I.

Art. 3 quater (nouveau).

I. - Après l'article
1031-3 du code rural, il est
inséré un article 1031-4 ainsi
rédigé :

« Art. 1031-4.- I. Les
dispositions du quinzième
alinéa de l'article L. 241-10
du code de la sécurité sociale
sont applicables aux
cotisations patronales
d'assurances sociales,
d'accidents du travail et
d'allocations familiales, dues
par les associations et
organismes sur les
rémunérations des salariés
affiliés au régime de
protection agricole, dans les
conditions mentionnées audit
alinéa.

Art. 3 quater.

Supprimé

Art. 3 quater (nouveau).

A. - Après l'article
1031-3 du code rural, il est
inséré un article 1031-4 ainsi
rédigé :

« Art. 1031-4.- I. Les
dispositions prévues au III de
l'article L. 241-10 du code
de la sécurité sociale sont
applicables aux cotisations
patronales d'assurances
sociales, d'accidents du
travail et d'allocations
familiales, dues par les
associations et organismes
sur les rémunérations des
salariés affiliés au régime de
protection sociale agricole,
dans les conditions
mentionnées par cet article.

« Les conditions
d'application de
l'exonération prévue au III
de l'article L. 241-10 du
code de la sécurité sociale
au bénéfice des associations
et organismes visés à
l'alinéa ci-dessus sont fixées
par décret. Celui-ci
détermine notamment les
informations et pièces que
les associations et
organismes précités doivent
produire auprès des caisses
de mutualité sociale agricole
ainsi que les modalités
permettant aux caisses de
mutualité sociale agricole de
vérifier la qualité de
bénéficiaires des prestations

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

**Propositions de la
Commission**

*mentionnées aux b, c, d et e
du I de l'article L. 241-10
précité ou des prestations
d'aide ménagère visées au
III du même article.*

*« II. Les caisses de
mutualité sociale agricole
procèdent auprès des
associations et organismes
affiliés au régime agricole et
bénéficiant de l'exonération
prévue à l'article L. 241-10
du code de la sécurité
sociale à des contrôles
identiques à ceux réalisés
par les caisses de sécurité
sociale auprès des
associations et organismes
relevant du régime général,
afin de s'assurer de la
régularité des opérations
financières et comptables et
d'apprécier la qualité des
prestations servies.*

*« III. Les dispositions
du I sont applicables aux
gains et rémunérations
versés postérieurement au
31 décembre 1998. »*

*B. - La perte de
recettes résultant du A ci-
dessus est compensée à due
concurrence par la création
d'une taxe additionnelle aux
droits prévus aux articles
575 et 575-A du code
général des impôts.*

Art. 4.

I. - Le premier alinéa de l'article 6 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social est complété par les mots : «, afférentes à une fraction de la rémunération égale au salaire

Art. 4.

I. - Supprimé

Art. 4.

I. - Le premier alinéa de l'article 6 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social est complété par les mots : «, afférentes à une fraction de la rémunération égale au salaire

Art. 4.

I.- Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>minimum de croissance, par heure rémunérée dans la limite de la durée légale ou conventionnelle du travail ».</p>	<p>II.- Non modifié</p>	<p>minimum de croissance, par heure rémunérée dans la limite de la durée légale ou conventionnelle du travail ».</p>	<p>II.- Non modifié</p>
<p>II.- L'article 6-2 de la même loi est ainsi modifié :</p>	<p>II.- Non modifié</p>	<p>II.- Non modifié</p>	<p>II.- Non modifié</p>
<p>1° Au premier alinéa, les mots : « jusqu'au 31 décembre 1998 » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2001 » ;</p>	<p>II.- Non modifié</p>	<p>II.- Non modifié</p>	<p>II.- Non modifié</p>
<p>2° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigé :</p>	<p>II.- Non modifié</p>	<p>II.- Non modifié</p>	<p>II.- Non modifié</p>
<p>« Il ne peut être cumulé avec le bénéfice d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations. »</p>	<p><i>II bis (nouveau).</i>- Les dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale s'appliquent à la prorogation, au delà du 31 décembre 1998, du dispositif d'exonération de cotisations patronales pour l'embauche d'un premier salarié résultant du paragraphe II.</p>	<p><i>II bis.- Supprimé</i></p>	<p><i>II bis (nouveau).</i>- Les dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale s'appliquent à la prorogation, au delà du 31 décembre 1998, du dispositif d'exonération de cotisations patronales pour l'embauche d'un premier salarié résultant du paragraphe II.</p>
<p>III.- Les dispositions du présent article s'appliquent aux embauches réalisées à compter du 1er janvier 1999.</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p>III.- Non modifié</p>
<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>..</p>	<p>..</p>	<p>..</p>	<p>..</p>
<p>.....</p>	<p>Art.</p>	<p>5 bis</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>	<p>con</p>	<p>orme</p>	<p>.....</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
..	f
Art. 6.	Art. 6.	Art. 6.	Art. 6.
<p>I.- L'intitulé de la section 5 du chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « Encaissement des cotisations, contributions et taxes sociales recouvrées par les organismes visés à l'article L. 213-1 ».</p>	I. - Non modifié	I. - Non modifié	Sans modification
<p>II.- Il est rétabli, dans cette section 5, un article L. 243-14 ainsi rédigé :</p>	II.- Non modifié	<p>II.- Alinéa sans modification</p>	
<p>« Art. L. 243-14.- I.- Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise, redevables de cotisations, contributions et taxes d'un montant supérieur à 6 millions de francs au titre d'une année civile, sont tenus de régler par virement les sommes dont ils sont redevables l'année suivante sur le compte spécial d'encaissement de l'organisme de recouvrement dont ils relèvent.</p>		<p>« Art. L. 243-14.- I.- Les ...</p>	
<p>« II.- Les entreprises autorisées à verser pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements les cotisations dues à un organisme de recouvrement autre que celui ou ceux dans la circonscription desquels ces établissements se trouvent situés sont soumises à la même obligation.</p>		<p>... virement ou, en accord avec leur organisme de recouvrement, par tout autre moyen de paiement dématérialisé, les sommes ...</p>	
		<p>... relèvent.</p>	
		<p>« II.-Alinéa sans modification</p>	

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>« III.- Le non-respect de l'obligation prévue au I entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement.</p>		<p>« III.- Alinéa sans modification</p>	
<p>« IV.- Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont applicables à la majoration prévue au III.</p>		<p>« IV.- Alinéa sans modification</p>	
<p>« Les modalités d'application du présent article sont, en tant que de besoin, fixées par décret en Conseil d'Etat. »</p>		<p>« Alinéa sans modification</p>	
<p>III.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er avril 1999.</p>	<p>II <i>bis</i> (nouveau).- A l'article L. 651-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « de l'article L. 243-14 » sont insérés après les mots : « du premier alinéa de l'article L. 243-6, ».</p>	<p>II <i>bis</i>.- Non modifié</p>	
<p>Art. 7.</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p>Art. 7.</p>
<p>I.- Le III de l'article 12 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Art. 7. Supprimé</p>	<p>Art. 7 (nouveau).</p>	<p>Supprimé</p>
<p>1° Au premier alinéa, les mots : « dont sont retranchées les charges comptabilisées au cours de la même période au titre des dépenses de recherche afférentes aux spécialités</p>		<p>I.- Le III de l'article 12 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>1° Au premier alinéa, les mots : « dont sont retranchées les charges comptabilisées au cours de la même période au titre des dépenses de recherche afférentes aux spécialités</p>		<p>1° Au premier alinéa, les mots : « dont sont retranchées les charges comptabilisées au cours de la même période au titre des dépenses de recherche afférentes aux spécialités</p>	

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

pharmaceutiques éligibles au crédit d'impôt mentionné à l'article 244 quater B du code général des impôts » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le taux de cette contribution est fixé à 1,47 % . »

II.- Les sommes dues par les entreprises au titre des contributions prévues à l'article 12 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 précitée modifiée par le I du présent article s'imputent sur les sommes acquittées par les entreprises au titre desdites contributions en application dudit article 12, dans sa rédaction applicable antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon le cas, recouvre ou reverse le solde. Dans le cas où les sommes dues en application du présent article sont inférieures aux sommes acquittées au titre des contributions instituées par l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 précitée, dans sa rédaction applicable antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi, la différence donne lieu au paiement d'intérêts moratoires dont le taux est celui de l'intérêt légal. Les intérêts courent du jour du paiement et ne sont pas capitalisés.

Dans le cas où les sommes dues en application du présent article sont

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

pharmaceutiques éligibles au crédit d'impôt mentionné à l'article 244 *quater* B du code général des impôts » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le taux de cette contribution est fixé à 1,47 % . »

II.- Les sommes dues par les entreprises au titre des contributions prévues à l'article 12 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 précitée modifiée par le I du présent article s'imputent sur les sommes acquittées par les entreprises au titre desdites contributions en application dudit article 12, dans sa rédaction applicable antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon le cas, recouvre ou reverse le solde. Dans le cas où les sommes dues en application du présent article sont inférieures aux sommes acquittées au titre des contributions instituées par l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 précitée, dans sa rédaction applicable antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi, la différence donne lieu au paiement d'intérêts moratoires dont le taux est celui de l'intérêt légal. Les intérêts courent du jour du paiement et ne sont pas capitalisés.

Dans le cas où les sommes dues en application du présent article sont

**Propositions de la
Commission**

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
supérieures aux sommes déjà acquittées, un décret fixe les modalités de versement de ces sommes par les entreprises redevables.		supérieures aux sommes déjà acquittées, un décret fixe les modalités de versement de ces sommes par les entreprises redevables.	
..
..	Art 9.
..	Con f	orme.....	..
..
Art. 11 bis (nouveau).	Art. 11 bis.	Art. 11 bis.	Art. 11 bis.
I.- L'article 575 A du code général des impôts est ainsi modifié :	I.- Après l'article L. 245-12 du code de la sécurité sociale, il est rétabli une section 4 ainsi rédigée :	Supprimé	I.- Après l'article L. 245-12 du code de la sécurité sociale, il est rétabli une section 4 ainsi rédigée :
1° Dans la deuxième ligne du tableau, le taux : « 58,30 » est remplacé par le taux : « 59,9 » ;	« Section 4 « Taxe de santé publique sur les tabacs		« Section 4 « Taxe de santé publique sur les tabacs
2° Dans l'avant-dernier alinéa, la somme : « 230F » est remplacée par la somme : « 345F ».	« Art. L. 245-13. - Il est créé au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une taxe de santé publique de 2,5 % sur les tabacs fabriqués en France et sur les tabacs importés ou faisant l'objet d'une acquisition intra-communautaire et une taxe additionnelle de 7 % sur les tabacs à fine coupe destinés à rouler les cigarettes. Ces taxes sont assises et perçues sous les mêmes règles que la taxe sur la valeur ajoutée.		« Art. L. 245-13. - Il est créé au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une taxe de santé publique de 2,5 % sur les tabacs fabriqués en France et sur les tabacs importés ou faisant l'objet d'une acquisition intra-communautaire et une taxe additionnelle de 7 % sur les tabacs à fine coupe destinés à rouler les cigarettes. Ces taxes sont assises et perçues sous les mêmes règles que la taxe sur la valeur ajoutée.
II.- Au dernier alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « et par la loi de finances pour 1998 » sont	« Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, pris après avis du conseil d'administration de		« Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, pris après avis du conseil d'administration

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
remplacés par les mots : « , la loi de finances pour 1998 et la loi de finances pour 1999 ».	la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, fixe les conditions d'application de ces taxes aux actions de prévention et notamment de lutte contre le tabagisme. »		<i>de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés fixe les conditions d'application de ces taxes aux actions de prévention et notamment de lutte contre le tabagisme. »</i>
	II.- Les dispositions du I s'appliquent à compter du 1er janvier 1999.		<i>II.- Les dispositions du I s'appliquent à compter du 1er janvier 1999.</i>
	Art.	11 <i>ter</i>	
.....	Conf	orme.....
..	
Art. 11 <i>quater</i> (nouveau).	Art. 11 <i>quater</i> .	Art. 11 <i>quater</i> (nouveau).	Art. 11 <i>quater</i> .
I.- Il est effectué, au profit du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des collectivités locales, un prélèvement sur le fonds pour l'emploi hospitalier égal au montant des sommes nécessaires à l'équilibre de ce fonds multiplié par le rapport entre, d'une part, les charges occasionnées par le financement du congé de fin d'activité pour la fonction publique hospitalière et, d'autre part, les charges occasionnées par le financement du congé de fin d'activité pour les deux fonctions publiques territoriale et hospitalière. Ce prélèvement, qui est opéré par arrêté, peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.	Supprimé	I.- Il est effectué, au profit du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des collectivités locales, un prélèvement sur le fonds pour l'emploi hospitalier égal au montant des sommes nécessaires à l'équilibre de ce fonds multiplié par le rapport entre, d'une part, les charges occasionnées par le financement du congé de fin d'activité pour la fonction publique hospitalière et, d'autre part, les charges occasionnées par le financement du congé de fin d'activité pour les deux fonctions publiques territoriale et hospitalière. Ce prélèvement, qui est opéré par arrêté, peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.	Supprimé
II.- Il est effectué, également au profit du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des collectivités locales, un prélèvement sur le fonds de compensation des		II.- Il est effectué, également au profit du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des collectivités locales, un prélèvement sur le fonds de compensation des	

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>cessations progressives d'activité égal au montant des sommes nécessaires à l'équilibre de ce fonds multiplié par le rapport entre, d'une part, les charges occasionnées par le financement du congé de fin d'activité pour la fonction publique territoriale et, d'autre part, les charges occasionnées par le financement du congé de fin d'activité pour les deux fonctions publiques territoriale et hospitalière. Ce prélèvement, qui est opéré par arrêté, peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.</p>	<p>cessations progressives d'activité égal au montant des sommes nécessaires à l'équilibre de ce fonds multiplié par le rapport entre, d'une part, les charges occasionnées par le financement du congé de fin d'activité pour la fonction publique territoriale et, d'autre part, les charges occasionnées par le financement du congé de fin d'activité pour les deux fonctions publiques territoriale et hospitalière. Ce prélèvement, qui est opéré par arrêté, peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.</p>	<p>III.- Dans le dernier alinéa de l'article 45 de la loi n° 96-1093 du 16 décembre 1996 relative à l'emploi dans la fonction publique et à diverses mesures d'ordre statutaire, les mots : « qui interviendra au plus tard le 31 décembre de l'an 2000, » sont supprimés.</p>	<p>III.- Dans le dernier alinéa de l'article 45 de la loi n° 96-1093 du 16 décembre 1996 relative à l'emploi dans la fonction publique et à diverses mesures d'ordre statutaire, les mots : « qui interviendra au plus tard le 31 décembre de l'an 2000, » sont supprimés.</p>
Art. 12.	Art. 12 A (<i>nouveau</i>).	Art. 12 A.	Art. 12 A.
<p>Pour 1999, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des</p>	<p>Les dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux exonérations de charges sociales prévues par la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail.</p>	Supprimé	<p>Les dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux exonérations de charges sociales prévues par la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail.</p>
Art. 12.	Alinéa sans modification	Art. 12.	Art. 12.
		Alinéa sans modification	Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :			
<i>(En milliards de francs)</i>			
Cotisations effectives :	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
1062,9	1068,6	1062,9	1068,6
Cotisations fictives : 194,8	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
Contributions publiques :63,8	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
Impôts et taxes affectés:438,7	Impôts et taxes affectés : 440	Impôts et taxes affectés:438,7	Impôts et taxes affectés : 440
Transferts reçus : 5,2	Transferts reçus : 4,9	Transferts reçus : 5,2	Transferts reçus : 4,9
Revenus des capitaux : 1,4	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
Autres ressources : 32,6	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
Total des recettes : 1799,5	Total des recettes : 1806,2	Total des recettes : 1799,5	Total des recettes : 1806,2
TITRE III	TITRE III	TITRE III	TITRE III
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE	DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE	DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE	DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE
Section 1 Branche famille	Section 1 Branche famille	Section 1 Branche famille	Section 1 Branche famille
..
	Art. 13 bis (nouveau).	Art. 13 bis.	Art. 13 bis.
	Le premier alinéa de l'article L. 521-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé:	Supprimé	Le premier alinéa de l'article L. 521-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé:
	« Chacun des enfants à charge, à l'exception du plus âgé, ouvre droit à partir de l'âge de dix ans et de quinze ans à une majoration		« Chacun des enfants à charge, à l'exception du plus âgé, ouvre droit à partir de l'âge de dix ans et de quinze ans à une majoration

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
	des allocations familiales. »		<i>des allocations familiales. »</i>
..
Section 2 Branche maladie	Section 2 Branche maladie	Section 2 Branche maladie	Section 2 Branche maladie
..
Art. 16.	Art. 16.	Art. 16.	Art. 16.
I.- Dans le code de la sécurité sociale, sont insérés les articles L. 161-28-1 à L. 161-28-4 ainsi rédigés :	I.- Alinéa sans modification	I.- Alinéa sans modification	I.- Alinéa sans modification
« Art. L. 161-28-1.- Il est créé un système national d'information interrégimes de l'assurance maladie qui contribue :	« Art. L. 161-28-1.- Non modifié	« Art. L. 161-28-1.- Non modifié	« Art. L. 161-28-1.- Non modifié
« 1° A la connaissance des dépenses de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par circonscription géographique, par nature de dépenses, par catégorie de professionnels responsables de ces dépenses et par professionnel ou établissement ;			
« 2° A la transmission en retour aux prestataires de soins d'informations pertinentes relatives à leur activité et leurs recettes, et s'il y a lieu, à leurs prescriptions.			
« Le système national d'information interrégimes est mis en place par les organismes gérant un régime de base d'assurance maladie. Ces derniers transmettent au système national d'information interrégimes de l'assurance maladie les			

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

données nécessaires.

« Les modalités de gestion et de renseignement du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, définies conjointement par protocole passé entre au moins la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés, sont approuvées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« Cet arrêté, pris après avis motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, tient lieu d'acte réglementaire des organismes d'assurance maladie au sens du premier alinéa de l'article 15 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

« Les données reçues et traitées par le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie préservent l'anonymat des personnes ayant bénéficié des prestations de soins.

« Art. L. 161-28-2.- Afin de garantir la qualité du recueil et du traitement des données relatives aux dépenses d'assurance maladie, il est créé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale un Conseil pour la

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

« Art. L. 161-28-2.-
Alinéa sans modification

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

« Art. L. 161-28-2.-
Alinéa sans modification

**Propositions de la
Commission**

« Art. L. 161-28-2.-
Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>transparence des statistiques de l'assurance maladie.</p> <p>« Ce conseil est composé du président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale ou son représentant, du président de la commission des affaires sociales du Sénat ou son représentant, du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, de représentants des caisses nationales d'assurance maladie, des professions de santé et de personnalités qualifiées dans les domaines de l'information de santé ou des statistiques.</p>	<p>« Ce conseil est composé du secrétaire général ...</p> <p>... des professions de santé, des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux, des industries fabriquant des biens remboursables par l'assurance maladie et de personnalités...</p>	<p>« Ce conseil est composé du président de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale ou son représentant, du président de la Commission des affaires sociales du Sénat ou son représentant, du secrétaire général ...</p> <p>... santé et de personnalités qualifiées ...</p>	<p>« Ce conseil est composé du secrétaire général ...</p> <p>... des professions de santé, <i>des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux, des industries fabriquant des biens remboursables par l'assurance maladie</i> et de personnalités...</p>
<p>« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.</p>	<p>... statistiques. Alinéa sans modification</p>	<p>... statistiques. Alinéa sans modification</p>	<p>... statistiques. Alinéa sans modification</p>
<p>« Art. L. 161-28-3.- Le Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie est chargé :</p>	<p>« Art. L. 161-28-3.- Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 161-28-3.- Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 161-28-3.- Alinéa sans modification</p>
<p>« 1° De veiller à la qualité du recueil et du traitement des informations statistiques produites par l'assurance maladie, relatives aux soins de ville ;</p> <p>« 2° De donner un avis sur la qualité des informations statistiques produites par les organismes d'assurance maladie dans le domaine des soins de ville et de contribuer par ses avis à</p>	<p>« 1° De ...</p> <p>... maladie ;</p> <p>« 2° De ...</p> <p>... maladie et de contribuer ...</p>	<p>« 1° De ...</p> <p>... maladie relatives aux soins de ville ;</p> <p>« 2° De ...</p> <p>... maladie dans le domaine des soins de ville et de contribuer ...</p>	<p>« 1° De ...</p> <p>... maladie ;</p> <p>« 2° De ...</p> <p>... maladie et de contribuer ...</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>définir la nature et les destinataires des productions statistiques dans le domaine des soins de ville, utiles à la connaissance des pratiques de soins et des dépenses de santé;</p>	<p>... statistiques utiles à la ...</p>	<p>... statistiques dans le domaine des soins de ville, utiles à la ...</p>	<p>... statistiques utiles à la ...</p>
<p>« 3° <i>Supprimé</i></p>	<p>... santé ; « 3° <i>Suppression maintenue</i></p>	<p>... santé ; « 3° <i>Suppression maintenue</i></p>	<p>... santé ; « 3° <i>Suppression maintenue</i></p>
<p>« Le conseil établit, chaque année, un rapport aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Pour l'information du Parlement, ce rapport est rattaché à l'annexe visée au <i>b</i> du II de l'article L.O. 111-4.</p>	<p>« 4° (<i>nouveau</i>) De donner un avis sur le périmètre des différents postes de dépenses pris en considération dans la détermination et le contrôle du respect des objectifs définis à la suite du vote du Parlement pour les soins de ville, la pharmacie et les établissements.</p>	<p>« 4° <i>Supprimé</i></p>	<p>« 4° (<i>nouveau</i>) De donner un avis sur le périmètre des différents postes de dépenses pris en considération dans la détermination et le contrôle du respect des objectifs définis à la suite du vote du Parlement pour les soins de ville, la pharmacie et les établissements.</p>
<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>« Art. L. 161-28-4.- Les organismes d'assurance maladie communiquent au Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie la description précise des traitements des informations statistiques relatives aux soins de ville qu'ils mettent en oeuvre ainsi que les informations statistiques qu'ils produisent dans le domaine des soins de ville. »</p>	<p>« Art. L. 161-28-4.- Les informations statistiques qu'ils mettent produisent. »</p>	<p>« Art. L. 161-28-4.- Les informations statistiques relatives aux soins de ville qu'ils mettent produisent dans le domaine des soins de ville. »</p>	<p>« Art. L. 161-28-4.- Les informations statistiques qu'ils mettent produisent. »</p>
<p>II.- <i>Supprimé</i></p>	<p>II.- <i>Suppression maintenue</i></p>	<p>II.- <i>Suppression maintenue</i></p>	<p>II.- <i>Suppression maintenue</i></p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
III.- <i>Supprimé</i>	III.- <i>Suppression maintenue</i>	III.- <i>Suppression maintenue</i>	III.- <i>Suppression maintenue</i>
Art. 17.	Art. 17.	Art. 17 (<i>nouveau</i>).	Art. 17.
<p>I A (<i>nouveau</i>).- Après le cinquième alinéa (2°) de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 2° <i>bis</i> Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ; ».</p>	<i>Supprimé</i>	<p>I A.- Après le cinquième alinéa (2°) de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 2° <i>bis</i> Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ; ».</p>	<i>Supprimé</i>
<p>I B (<i>nouveau</i>).- Après le sixième alinéa (3°) de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 3° <i>bis</i> Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ; ».</p>		<p>I B.- Après le sixième alinéa (3°) de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 3° <i>bis</i> Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ; ».</p>	
<p>I.- Après le 11° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 12° et un 13° ainsi rédigés :</p> <p>« 12° Le cas échéant,</p> <p>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;</p> <p>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le</p>		<p>I.- Après le 11° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 12° et un 13° ainsi rédigés :</p> <p>« 12° Le cas échéant,</p> <p>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;</p> <p>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le</p>	

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

cadre de réseaux de soins, et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;

« c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux *a* et *b* ci-dessus ;

« 13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés. »

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

« Pour la mise en œuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »

III (*nouveau*).- Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 3 juillet 1998.

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

cadre de réseaux de soins, et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;

« c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux *a* et *b* ci-dessus ;

« 13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés. »

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

« Pour la mise en œuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »

III.- Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 10 juillet 1998.

**Propositions de la
Commission**

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
Art. 18.	Art. 18.	Art. 18.	Art. 18.
<p>I.- Avant le dernier alinéa de l'article 8 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>I.- Alinéa sans modification</p>	<p>I.- Alinéa sans modification</p>	<p>I.- Alinéa sans modification</p>
<p>« Les sections constituant les unions des médecins exerçant à titre libéral contribuent, en liaison avec l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, à l'information des médecins libéraux sur les pratiques professionnelles individuelles et collectives. Elles organisent des actions d'évaluation des pratiques de ces médecins et contribuent à la diffusion des méthodes et référentiels d'évaluation.</p>	<p>« Les unions ...</p>	<p>« Les sections constituant les unions ...</p>	<p>« Les unions ...</p>
<p>« Pour l'exercice de cette mission, les sections constituant les unions ont recours à des médecins habilités à cet effet par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et notamment à des experts mentionnés à l'article L. 791-4 du code de la santé publique. Les médecins habilités qui exercent parallèlement une activité médicale procèdent, à la demande des médecins libéraux intéressés, à des évaluations individuelles ou collectives des pratiques.</p>	<p>« Pour l'exercice de cette mission, les unions ...</p>	<p>« Pour l'exercice de cette mission, les sections constituant les unions ...</p>	<p>« Pour l'exercice de cette mission, les unions ...</p>
<p>« Les sections constituant les unions établissent chaque trimestre,</p>	<p>...pratiques. « En utilisant les données transmises par les médecins mentionnées au</p>	<p>... pratiques. « Les sections constituant les unions établissent ...</p>	<p>...pratiques. « En utilisant les données transmises par les médecins mentionnées au</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>avec le concours de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, une analyse de l'évolution des dépenses médicales et communiquent les conclusions à l'ensemble des médecins libéraux de leur ressort ainsi qu'à l'Etat qui en assure la synthèse et la diffusion à toutes fins utiles.</p>	<p>présent article, les unions établissent ...</p>		<p><i>présent article</i>, les unions établissent ...</p>
<p>« Les modalités de mise en oeuvre des présentes dispositions sont fixées par voie réglementaire. »</p>	<p>... ainsi qu'à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés qui en assure la synthèse et la diffusion.</p>	<p>... ainsi qu'à l'Etat qui en assure ...</p>	<p>... l'Etat <i>et à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés</i> qui ...</p>
<p>II.- L'article L. 791-2 du code de la santé publique est complété par un 7° ainsi rédigé :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>... diffusion à toutes fins utiles.</p>	<p>... utiles.</p>
<p>« 7° D'apporter son concours à la mise en oeuvre d'actions d'évaluation des soins et pratiques professionnelles. »</p>	<p>II.- Non modifié</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Art. 19.</p>	<p>II.- Non modifié</p>	<p>II.- Non modifié</p>	<p>II.- Non modifié</p>
<p>I.- L'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Art. 19.</p>	<p>Art. 19.</p>	<p>Art. 19.</p>
<p>1° Au I, les mots : « avant le 31 décembre 1999 » sont remplacés par les mots : « avant le 31 décembre 2004 » ;</p>	<p>I.- Alinéa sans modification</p>	<p>I.- Alinéa sans modification</p>	<p>I.- Alinéa sans modification</p>
<p>2° Il est inséré, après le premier alinéa du I, un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p>
<p>« A compter du 1er juillet 1999, l'allocation peut n'être attribuée que pour certaines zones géographiques d'exercice, qualifications de généraliste ou de</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>
<p>« A compter du 1er janvier 2000, l'allocation ...</p>	<p>« A compter du 1er janvier 2000, l'allocation ...</p>	<p>« A compter du 1er juillet 1999, l'allocation ...</p>	<p>« A compter du 1er janvier 2000, l'allocation ...</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>spécialiste, ou spécialités compte tenu des besoins, appréciés par zone, qualification ou spécialité ; elle peut être modulée selon les mêmes critères. » ;</p> <p>3° Le dernier alinéa du III est ainsi rédigé : « A défaut de convention conclue dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° du), les dispositions nécessaires à l'application du présent article, à compter du 1er juillet 1999, sont fixées par décret. »</p> <p><i>I bis (nouveau)</i> .- Une évaluation du dispositif prévu au I sera annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.</p> <p>II.- Au 7° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, après les mots : « la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion », sont insérés les mots : « dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale ».</p> <p>Art. 20.</p> <p>I.- Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1er janvier 1999, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds</p>	<p>... critères. » ;</p> <p>3° Alinéa sans modification « A défaut ...</p> <p>... à compter du 1er janvier 2000, sont fixées par décret. »</p> <p><i>I bis</i>.- Non modifié</p> <p>II.- Non modifié</p> <p>Art. 20.</p> <p>I.- Il est créé, ...</p>	<p>... critères. » ;</p> <p>3° Alinéa sans modification « A défaut ...</p> <p>... à compter du 1er juillet 1999, sont fixées par décret. »</p> <p><i>I bis</i>.- Non modifié</p> <p>II.- Non modifié</p> <p>Art. 20.</p> <p>I.- Il est créé, ...</p>	<p>... critères. » ;</p> <p>3° Alinéa sans modification « A défaut ...</p> <p>... à compter du 1er janvier 2000, sont fixées par décret. »</p> <p><i>I bis</i>.- Non modifié</p> <p>II.- Non modifié</p> <p>Art. 20.</p> <p>I.- Il est créé, ...</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
d'aide à la qualité des soins de ville. Les professionnels de santé exerçant en ville sont associés à la gestion du fonds.	... des soins. Les professionnels ville et ceux qui exercent dans les établissements de santé privés sont associés à la gestion du fonds.	... des soins de ville. Les professionnels ... ville sont associés à la gestion du fonds.	... des soins. Les professionnels ... ville <i>et ceux qui exercent dans les établissements de santé privés</i> sont associés à la gestion du fonds.
II.- Le fonds finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels, et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.	II.- Le fonds dispensés en ville ou dans les établissements de santé privés, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé ou à leurs regroupements et, le cas échéant, ...	II.- Le fonds dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels et, le cas échéant, ...	II.- Le fonds dispensés en ville <i>ou dans les établissements de santé privés</i> , par l'octroi d'aides à des professionnels de santé ou à <i>leurs</i> regroupements et, le cas échéant, ...
II.- Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et pour 1999 à 500 millions de francs. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.	III.- Non modifié	III.- Non modifié	III.- Non modifié
IV.- L'attribution de certaines aides peut-être déconcentrée, en étant confiée à des caisses locales ou des unions de caisses. Les modalités de déconcentration, de fonctionnement et de gestion du fonds, de participation des repré-sen-tants des	IV.- Non modifié	IV.- Non modifié	IV.- Non modifié

<p align="center">Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</p>	<p align="center">Texte adopté par le Sénat en première lecture</p>	<p align="center">Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</p>	<p align="center">Propositions de la Commission</p>
<p>professionnels de santé exerçant en ville ainsi que les aides éligibles à un financement par le fonds sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p align="center">Art. 21.</p> <p>I.- L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 11° ainsi rédigé :</p> <p>« 11° Les dispositions permettant aux parties à la convention d'assurer un suivi périodique des dépenses médicales et de prendre toutes mesures, notamment d'ajustement des tarifs mentionnés à l'article L. 162-5-2, de nature à permettre le respect des objectifs prévus au même article ; ».</p> <p>II.- L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-5-2.- I.- Chaque année, compte tenu de l'objectif des dépenses de soins de ville, une annexe à la ou aux conventions prévues à l'article L. 162-5 fixe, pour les médecins généralistes conventionnés d'une part, pour les médecins spécialistes conventionnés d'autre part, l'objectif des dépenses d'honoraires, de rémunérations, de frais accessoires et de prescription. Cet objectif, dénommé « objectif des dépenses médicales », s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile concernée. II</p>	<p align="center">Art. 21.</p> <p align="center">I.- Supprimé</p> <p>I.- Le I de l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Elle met en place les instruments de maîtrise médicalisée de nature à favoriser le respect de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses par l'ensemble des médecins conventionnés.</p>	<p align="center">Art. 21.</p> <p>I (<i>nouveau</i>). - L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 11° ainsi rédigé :</p> <p>« 11° Les dispositions permettant aux parties à la convention d'assurer un suivi périodique des dépenses médicales et de prendre toutes mesures, notamment d'ajustement des tarifs mentionnés à l'article L. 162-5-2, de nature à permettre le respect des objectifs prévus au même article ; ».</p> <p>II.- L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-5-2.- I.- Chaque année, compte tenu de l'objectif des dépenses de soins de ville, une annexe à la ou aux conventions prévues à l'article L. 162-5 fixe, pour les médecins généralistes conventionnés d'une part, pour les médecins spécialistes conventionnés d'autre part, l'objectif des dépenses d'honoraires, de rémunérations, de frais accessoires et de prescription. Cet objectif, dénommé « objectif des dépenses médicales », s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile concernée. II</p>	<p align="center">Art. 21.</p> <p align="center">I.- Supprimé</p> <p>I.- <i>Le I de l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa</i> ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Elle met en place les instruments de maîtrise médicalisée de nature à favoriser le respect de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses par l'ensemble des médecins conventionnés.</i></p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail et permet d'établir le montant prévisionnel des dépenses médicales.</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail et permet d'établir le montant prévisionnel des dépenses médicales.</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>« L'annexe annuelle fixe également la décomposition de ce montant en :</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>« L'annexe annuelle fixe également la décomposition de ce montant en :</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>« 1° Un montant prévisionnel des dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins ;</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>« 1° Un montant prévisionnel des dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins ;</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>« 2° Un montant prévisionnel des dépenses de prescription des médecins, établi notamment au vu des orientations relatives au médicament.</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>« 2° Un montant prévisionnel des dépenses de prescription des médecins, établi notamment au vu des orientations relatives au médicament.</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>« L'annexe annuelle détermine en outre, dans des limites définies par décret, l'écart entre le montant prévisionnel des dépenses médicales et le montant constaté à partir duquel il est fait application des dispositions des IV et V du présent article ou des II, III et IV de l'article L. 162-5-3.</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>« L'annexe annuelle détermine en outre, dans des limites définies par décret, l'écart entre le montant prévisionnel des dépenses médicales et le montant constaté à partir duquel il est fait application des dispositions des IV et V du présent article ou des II, III et IV de l'article L. 162-5-3.</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>« II.- L'annexe annuelle fixe les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la ou les conventions.</p>	<p><i>« II.- Supprimé</i></p>	<p>« II.- L'annexe annuelle fixe les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la ou les conventions.</p>	<p><i>« II.- Supprimé</i></p>
<p>« L'objectif des dépenses médicales peut comprendre une provision pour revalorisation d'honoraires. Une revalorisation d'honoraires ne peut être</p>		<p>« L'objectif des dépenses médicales peut comprendre une provision pour revalorisation d'honoraires. Une revalorisation d'honoraires ne peut être</p>	

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

accordée si elle n'a été
préalablement provisionnée.

« III. - L'annexe
annuelle établit le montant
constaté des dépenses
médicales des médecins
conventionnés nécessaire à la
mise en oeuvre des
dispositions des IV et V du
présent article et de l'article
L. 162-5-3. Ce montant est
arrêté par les parties à la
convention, dans les
conditions prévues par
l'avenant annuel à la
convention d'objectifs et de
gestion mentionné à l'article
L. 227-1, et après avis du
secrétaire général permanent
de la commission des
comptes de la sécurité sociale
prévue à l'article L. 114-1.

« IV.- Lorsque le
montant constaté des
dépenses médicales de
l'année est inférieur à
l'objectif mentionné au I, la
différence est versée à un
fonds de régulation, selon des
modalités de calcul et dans
les limites déterminées par
décret en Conseil d'Etat, en
fonction des dépenses
constatées d'une part sur les
honoraires, rémunérations et
frais accessoires et d'autre
part sur les prescriptions, et
dans la limite du montant de
la provision prévue au II.

« V.- Au vu du constat
mentionné au III, l'annexe
annuelle détermine :

« a) La part des
sommes versées au fonds de
régulation affectées au
financement des actions non
reconductibles de
modernisation du système de

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

« III.- *Supprimé*

« IV.- *Supprimé*

« V.- *Supprimé*

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

accordée si elle n'a été
préalablement provisionnée.

« III. - L'annexe
annuelle établit le montant
constaté des dépenses
médicales des médecins
conventionnés nécessaire à la
mise en oeuvre des
dispositions des IV et V du
présent article et de l'article
L. 162-5-3. Ce montant est
arrêté par les parties à la
convention, dans les
conditions prévues par
l'avenant annuel à la
convention d'objectifs et de
gestion mentionné à l'article
L. 227-1, et après avis du
secrétaire général permanent
de la commission des
comptes de la sécurité sociale
prévue à l'article L. 114-1.

« IV.- Lorsque le
montant constaté des
dépenses médicales de
l'année est inférieur à
l'objectif mentionné au I, la
différence est versée à un
fonds de régulation, selon des
modalités de calcul et dans
les limites déterminées par
décret en Conseil d'Etat, en
fonction des dépenses
constatées d'une part sur les
honoraires, rémunérations et
frais accessoires et d'autre
part sur les prescriptions, et
dans la limite du montant de
la provision prévue au II.

« V.- Au vu du constat
mentionné au III, l'annexe
annuelle détermine :

« a) La part des
sommes versées au fonds de
régulation affectées au
financement des actions non
reconductibles de
modernisation du système de

**Propositions de la
Commission**

« III.- *Supprimé*

« IV.- *Supprimé*

« V.- *Supprimé*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>soins, et notamment des actions mentionnées au 12° de l'article L. 162-5 ;</p> <p>« b) Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins dont les tarifs seront revalorisés, ainsi que le niveau et la date d'effet de ces revalorisations, à concurrence du montant global résultant de l'application du IV.</p> <p>« VI.- La charge des sommes versées au fonds de régulation est répartie entre les régimes d'assurance maladie qui financent le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés prévu à l'article L. 722-4 selon les modalités fixées au titre du même exercice pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 722-4. »</p> <p>III.- L'article L. 162-5-3 du code la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-5-3.- I.- Lorsque, à l'occasion du suivi des dépenses médicales prévu au 11° de l'article L. 162-5, les parties à la convention constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application de l'article L. 162-5-2, elles déterminent les mesures de nature à garantir son respect. Elles procèdent à ce suivi une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu des résultats des huit premiers</p>	<p>« VI.- <i>Supprimé</i></p> <p>II.- Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-5-3.- I.- Lorsque, à l'occasion de l'analyse annuelle des résultats de l'exercice, les parties conventionnelles constatent un dépassement de l'objectif prévisionnel, elles recensent les postes de dépenses concernés et arrêtent, dans l'annexe annuelle mentionnée à l'article L. 162-5-2, la liste des contrats locaux d'objectifs et de moyens applicables à ces postes pour l'année suivante.</p>	<p>soins, et notamment des actions mentionnées au 12° de l'article L. 162-5 ;</p> <p>« b) Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins dont les tarifs seront revalorisés, ainsi que le niveau et la date d'effet de ces revalorisations, à concurrence du montant global résultant de l'application du IV.</p> <p>« VI.- La charge des sommes versées au fonds de régulation est répartie entre les régimes d'assurance maladie qui financent le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés prévu à l'article L. 722-4 selon les modalités fixées au titre du même exercice pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 722-4. »</p> <p>III.- Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-5-3.- I.- Les parties à la convention effectuent le suivi des dépenses médicales prévu au 11° de l'article L. 162-5 au moins deux fois dans l'année, une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année, et une seconde fois au vu des résultats des huit premiers mois de l'année. Lorsqu'elles constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application de l'article L. 162-5-2, elles déterminent les mesures de</p>	<p>« VI.- <i>Supprimé</i></p> <p>II.- Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-5-3.- I.- Lorsque, à l'occasion de l'analyse annuelle des résultats de l'exercice, les parties conventionnelles constatent un dépassement de l'objectif prévisionnel, elles recensent les postes de dépenses concernés et arrêtent, dans l'annexe annuelle mentionnée à l'article L. 162-5-2, la liste des contrats locaux d'objectifs et de moyens applicables à ces postes pour l'année suivante.</p>

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

mois de l'année. Elles décident, le cas échéant, des ajustements des tarifs nécessaires, sans que soit remis en cause le niveau de la prise en charge de la dépense des soins par l'assurance maladie, ainsi que la durée d'application de ces nouveaux tarifs qui ne saurait, sous réserve des dispositions du III de l'article L. 162-5-8, aller au-delà du 31 décembre de l'année en cours.

« Les nouveaux tarifs établis en application de l'alinéa précédent sont mis en oeuvre par voie d'avenant à l'annexe annuelle prévue à l'article L. 162-5-2, transmis au plus tard respectivement les 30 juin et 30 octobre pour approbation. En l'absence de notification d'une opposition d'un des ministres compétents à l'avenant dans le délai de quinze jours après sa transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

« Avant le 1^{er} mars de l'exercice suivant, les contrats locaux d'objectifs et de moyens conclus dans chaque circonscription de caisse par les représentants des parties conventionnelles fixent, pour chacun de ces postes, l'objectif d'activité à ne pas dépasser par chaque médecin conventionné au cours dudit exercice en fonction :

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

toute nature propres à garantir son respect, sans que soit remis en cause le niveau de la prise en charge de la dépense des soins par l'assurance maladie. Les mesures prises peuvent comporter notamment des actions d'information des médecins, de promotion des références médicales opposables et des recommandations de bonne pratique, d'évaluation des pratiques ou, le cas échéant, des ajustements des tarifs pour une période déterminée qui, sous réserve des dispositions du III de l'article L. 162-5-8, ne saurait aller au delà du 31 décembre de l'année en cours. Les parties à la convention peuvent en outre proposer à l'Etat des mesures d'adaptation de la nomenclature. L'ensemble des mesures prévues par cet alinéa peut être adapté par spécialité médicale, notamment en fonction des évolutions constatées des dépenses.

« Les nouveaux tarifs établis en application de l'alinéa précédent sont mis en oeuvre par voie d'avenant à l'annexe annuelle prévue à l'article L. 162-5-2, transmis au plus tard respectivement les 30 juin et 30 octobre pour approbation. En l'absence de notification d'une opposition d'un des ministres compétents à l'avenant dans le délai de quinze jours après sa transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs

**Propositions de la
Commission**

« Avant le 1^{er} mars de l'exercice suivant, les contrats locaux d'objectifs et de moyens conclus dans chaque circonscription de caisse par les représentants des parties conventionnelles, fixent, pour chacun de ces postes, l'objectif d'activité à ne pas dépasser par chaque médecin conventionné au cours dudit exercice en fonction :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
salariés, l'avenant est réputé approuvé.	<p>« 1° Du respect des objectifs mentionnés aux troisième (1°) et quatrième (2°) alinéas de l'article L. 162-5-2 ;</p> <p>« 2° De l'évolution, du niveau relatif et des caractéristiques de l'activité du médecin, notamment en ce qui concerne ses prescriptions ;</p> <p>« 3° Des évaluations réalisées par l'union des médecins exerçant à titre libéral et mentionnées à l'article 8 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;</p> <p>« 4° Des actions de formation médicale continue visées à l'article L. 367-2 ;</p> <p>« 5° De l'importance des dépassements d'honoraires ;</p> <p>« 6° Du respect des références médicales opposables.</p> <p>« Chaque médecin est informé, dans un délai de 8 jours, des éléments établis dans le contrat local d'objectifs et de moyens.</p> <p>« En fin d'exercice, la progression moyenne de l'activité du médecin constatée au cours de cet exercice et du précédent est comparée à celle de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales au titre de ces deux exercices. En cas de dépassement, le médecin est redevable, selon des modalités déterminées par</p>	salariés, l'avenant est réputé approuvé.	<p>« 1° Du respect des objectifs mentionnés aux troisième (1°) et quatrième (2°) alinéas de l'article L. 162-5-2 ;</p> <p>« 2° De l'évolution, du niveau relatif et des caractéristiques de l'activité du médecin, notamment en ce qui concerne ses prescriptions ;</p> <p>« 3° Des évaluations réalisées par l'union des médecins exerçant à titre libéral et mentionnées à l'article 8 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;</p> <p>« 4° Des actions de formation médicale continue visées à l'article L. 367-2 ;</p> <p>« 5° De l'importance des dépassements d'honoraires ;</p> <p>« 6° Du respect des références médicales opposables.</p> <p>« Chaque médecin est informé, dans un délai de 8 jours, des éléments établis dans le contrat local d'objectifs et de moyens.</p> <p>« En fin d'exercice, la progression moyenne de l'activité du médecin constatée au cours de cet exercice et du précédent est comparée à celle de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales au titre de ces deux exercices. En cas de dépassement, le médecin est redevable, selon des</p>
		<i>Alinéa supprimé</i>	

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

**Propositions de la
Commission**

décret, de l'intégralité du
dépassement.

Alinéa supprimé

*modalités déterminées par
décret, de l'intégralité du
dépassement.*

Alinéa supprimé

« A défaut de constat établi ou de mesures proposées par les parties conventionnelles, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou une autre caisse nationale signataire de la convention mentionnée à l'article L. 162-5 peut proposer, lorsque le montant des dépenses réalisées n'est manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses médicales, au plus tard respectivement les 15 juillet et 15 novembre, à l'Etat de modifier, par arrêté interministériel pris au plus tard respectivement les 31 juillet et 30 novembre, les tarifs mentionnés au premier alinéa et leur durée d'application.

« A défaut de constat établi ou de mesures proposées par les parties conventionnelles, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou une autre caisse nationale signataire de la convention mentionnée à l'article L. 162-5 peut proposer, lorsque le montant des dépenses réalisées n'est manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses médicales, au plus tard respectivement les 15 juillet et 15 novembre, à l'Etat de modifier, par arrêté interministériel pris au plus tard respectivement les 31 juillet et 30 novembre, les tarifs mentionnés au premier alinéa et leur durée d'application.

« Lorsqu'il apparaît que les mesures proposées au titre des trois alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses médicales, un arrêté interministériel fixe, au plus tard respectivement les 31 juillet et 30 novembre, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les tarifs mentionnés au premier alinéa et leur durée d'application.

« Lorsqu'il apparaît que les mesures proposées au titre des trois alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses médicales, un arrêté interministériel fixe, au plus tard respectivement les 31 juillet et 30 novembre, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les tarifs mentionnés au premier alinéa et leur durée d'application.

« II.- En cas de non-respect de l'objectif des dépenses médicales par les médecins généralistes ou par

« II.- Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles, en l'absence de dispositions

« II.- En cas de non-respect de l'objectif des dépenses médicales par les médecins généralistes ou par

« II.- Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles, en l'absence de dispositions

<p align="center">Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</p>	<p align="center">Texte adopté par le Sénat en première lecture</p>	<p align="center">Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</p>	<p align="center">Propositions de la Commission</p>
<p>les médecins spécialistes, les médecins conventionnés généralistes ou spécialistes sont redevables d'une contribution conventionnelle.</p>	<p>conventionnelles prévues par le I ou en cas de carence des parties à la convention, les organismes du régime général de l'assurance maladie mettent en œuvre les dispositions prévues par le présent article.</p>	<p>les médecins spécialistes, les médecins conventionnés généralistes ou spécialistes sont redevables d'une contribution conventionnelle.</p>	<p><i>conventionnelles prévues par le I ci-dessus ou en cas de carence des parties à la convention, les organismes du régime général de l'assurance maladie mettent en œuvre les dispositions prévues par le présent article.</i></p>
<p>« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le montant exigible de l'ensemble des médecins conventionnés, généralistes ou spécialistes qui ne peut excéder le montant global du dépassement constaté, est calculé en fonction des honoraires perçus et des prescriptions réalisées.</p>	<p align="center"><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le montant exigible de l'ensemble des médecins conventionnés, généralistes ou spécialistes qui ne peut excéder le montant global du dépassement constaté, est calculé en fonction des honoraires perçus et des prescriptions réalisées.</p>	<p align="center"><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>« Les sommes affectées au fonds de régulation, à l'exception de la part mentionnée au a du V de l'article L. 162-5-2, sont, sans préjudice de l'application des III et IV du présent article, imputées sur la somme ainsi calculée.</p>	<p align="center"><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>« Les sommes affectées au fonds de régulation, à l'exception de la part mentionnée au a du V de l'article L. 162-5-2, sont, sans préjudice de l'application des III et IV du présent article, imputées sur la somme ainsi calculée.</p>	<p align="center"><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>« L'annexe annuelle prévue à l'article L. 162-5-2 fixe le montant global mis à la charge de l'ensemble des médecins conventionnés généralistes ou spécialistes.</p>	<p align="center"><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>« L'annexe annuelle prévue à l'article L. 162-5-2 fixe le montant global mis à la charge de l'ensemble des médecins conventionnés généralistes ou spécialistes.</p>	<p align="center"><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>« III.- La somme exigible est mise à la charge des médecins conventionnés dans les conditions ci-après.</p>	<p align="center"><i>« III.- Supprimé</i></p>	<p>« III (nouveau).- La somme exigible est mise à la charge des médecins conventionnés dans les conditions ci-après.</p>	<p align="center"><i>« III.- Supprimé</i></p>
<p>« La contribution conventionnelle est due par l'ensemble des médecins généralistes ou spécialistes adhérents à la convention ou au règlement conventionnel minimal prévu à l'article</p>		<p>« La contribution conventionnelle est due par l'ensemble des médecins généralistes ou spécialistes adhérents à la convention ou au règlement conventionnel minimal prévu à l'article</p>	

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

L. 162-5-9.

« La charge de cette contribution est répartie entre les médecins conventionnés en fonction des revenus au sens de l'article L. 131-6 qu'ils ont tirés de leurs activités professionnelles définies à l'article L. 722-1 au cours de l'année pour laquelle le dépassement est constaté.

« Les médecins qui, au 31 décembre de l'année pour laquelle le dépassement est constaté, justifient, depuis la date de leur première installation à titre libéral, d'un nombre d'années d'exercice libéral au plus égal à sept ans, sont exonérés de cette contribution. Toutefois, la ou les conventions prévues à l'article L. 162-5 peuvent déterminer un plafond des revenus au sens de l'alinéa précédent au-delà duquel ils ne peuvent bénéficier de cette exonération.

« Le taux de la contribution conventionnelle est fixé par arrêté, au plus tard le 31 juillet de l'année civile suivant celle pour laquelle le dépassement est constaté, de telle façon que le produit global de la contribution représente une somme égale à celle définie au dernier alinéa du II du présent article.

« La ou les conventions prévues à l'article L. 162-5 peuvent déterminer les conditions dans lesquelles le taux de cette contribution est modulé en fonction du niveau des

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

L. 162-5-9.

« La charge de cette contribution est répartie entre les médecins conventionnés en fonction des revenus au sens de l'article L. 131-6 qu'ils ont tirés de leurs activités professionnelles définies à l'article L. 722-1 au cours de l'année pour laquelle le dépassement est constaté.

« Les médecins qui, au 31 décembre de l'année pour laquelle le dépassement est constaté, justifient, depuis la date de leur première installation à titre libéral, d'un nombre d'années d'exercice libéral au plus égal à sept ans, sont exonérés de cette contribution. Toutefois, la ou les conventions prévues à l'article L. 162-5 peuvent déterminer un plafond des revenus au sens de l'alinéa précédent au-delà duquel ils ne peuvent bénéficier de cette exonération.

« Le taux de la contribution conventionnelle est fixé par arrêté, au plus tard le 31 juillet de l'année civile suivant celle pour laquelle le dépassement est constaté, de telle façon que le produit global de la contribution représente une somme égale à celle définie au dernier alinéa du II du présent article.

« La ou les conventions prévues à l'article L. 162-5 peuvent déterminer les conditions dans lesquelles le taux de cette contribution est modulé en fonction du niveau des

**Propositions de la
Commission**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

revenus et du choix du médecin d'appliquer des honoraires différents de ceux fixés par la convention, sous la réserve que le montant global de cette contribution soit inchangé.

« La contribution conventionnelle est déductible du bénéfice imposable.

« IV.- La contribution conventionnelle est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants.

« Les modalités de versement de la contribution sont fixées par décret. Elles peuvent prévoir le versement d'un acompte calculé, à titre provisionnel, sur la base des revenus afférents à l'avant-dernière année, ou, le cas échéant, sur la base de revenus forfaitaires définis par décret.

« Le produit de la contribution conventionnelle est réparti entre les différents régimes d'assurance maladie qui financent le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

« IV.- *Supprimé*

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

revenus et du choix du médecin d'appliquer des honoraires différents de ceux fixés par la convention, sous la réserve que le montant global de cette contribution soit inchangé.

« Le montant de la contribution due par chaque médecin fait l'objet d'un abattement forfaitaire déterminé par décret en Conseil d'Etat.

« La contribution conventionnelle est déductible du bénéfice imposable.

« IV (*nouveau*).- La contribution conventionnelle est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants.

« Les modalités de versement de la contribution sont fixées par décret. Elles peuvent prévoir le versement d'un acompte calculé, à titre provisionnel, sur la base des revenus afférents à l'avant-dernière année, ou, le cas échéant, sur la base de revenus forfaitaires définis par décret.

« Le produit de la contribution conventionnelle est réparti entre les différents régimes d'assurance maladie qui financent le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

**Propositions de la
Commission**

« IV.- *Supprimé*

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

prévu à l'article L. 722-4 selon les modalités fixées au titre du même exercice pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 722-4. »

IV.- L'article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-5-4.- En cas de non paiement, total ou partiel, par le médecin du montant de la contribution conventionnelle prévue à l'article L. 162-5-3 dans le délai de deux mois après sa date limite de paiement, les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général en informent, dans les deux mois qui suivent, la caisse primaire d'assurance maladie. Celle-ci peut, après que ce médecin a été mis en mesure de présenter ses observations, le placer hors de la convention ou du règlement conventionnel minimal, pour une durée de un à six mois. La caisse peut tenir compte, pour établir la durée du déconventionnement, du montant de la contribution conventionnelle. Les litiges relatifs à cette décision sont de la compétence des tribunaux administratifs. »

Art. 22.

I.- Les objectifs des dépenses médicales et les provisions applicables aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes pour l'année 1998 sont ceux fixés

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

IV.- *Supprimé*

Art. 22.

Supprimé

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

prévu à l'article L. 722-4 selon les modalités fixées au titre du même exercice pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 722-4. »

IV (*nouveau*).- L'article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé

« Art. L. 162-5-4.- En cas de non paiement, total ou partiel, par le médecin du montant de la contribution conventionnelle prévue à l'article L. 162-5-3 dans le délai de deux mois après sa date limite de paiement, les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général en informent, dans les deux mois qui suivent, la caisse primaire d'assurance maladie. Celle-ci peut, après que ce médecin a été mis en mesure de présenter ses observations, le placer hors de la convention ou du règlement conventionnel minimal, pour une durée de un à six mois. La caisse peut tenir compte, pour établir la durée du déconventionnement, du montant de la contribution conventionnelle. Les litiges relatifs à cette décision sont de la compétence des tribunaux administratifs. »

Art. 22 (*nouveau*).

I.- Les objectifs des dépenses médicales et les provisions applicables aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes pour l'année 1998 sont ceux fixés

**Propositions de la
Commission**

IV.- *Supprimé*

Art. 22.

Supprimé

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

par l'annexe IV à l'arrêté du 10 juillet 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale.

II.- En cas de respect de l'objectif des dépenses médicales mentionné au I, et si l'écart entre cet objectif et le montant constaté des dépenses est supérieur à un taux fixé par décret, la différence constatée est versée, à due concurrence de la provision, au fonds de régulation mentionné au IV de l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale.

III.- En cas de non-respect de l'objectif des dépenses médicales mentionné au I, et si l'écart entre cet objectif et le montant constaté des dépenses est supérieur à un taux fixé par décret, le montant exigible de l'ensemble des médecins conventionnés, mentionné au II de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est calculé, respectivement pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, en fonction des honoraires perçus et des prescriptions réalisées, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

par l'annexe IV à l'arrêté du 10 juillet 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale.

II.- En cas de respect de l'objectif des dépenses médicales mentionné au I, et si l'écart entre cet objectif et le montant constaté des dépenses est supérieur à un taux fixé par décret, la différence constatée est versée, à due concurrence de la provision, au fonds de régulation mentionné au IV de l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale.

III.- En cas de non-respect de l'objectif des dépenses médicales mentionné au I, et si l'écart entre cet objectif et le montant constaté des dépenses est supérieur à un taux fixé par décret, le montant exigible de l'ensemble des médecins conventionnés, mentionné au II de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est calculé, respectivement pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, en fonction des honoraires perçus et des prescriptions réalisées, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

La somme mise à la charge de chaque médecin convention est calculée et recouvrée selon les modalités fixées au III et IV de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte de la présente loi.

**Propositions de la
Commission**

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>IV (<i>nouveau</i>).- Les dispositions des articles L. 162-5-2, L. 162-5-3 et L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins cessent de produire effet au 3 juillet 1998.</p>		<p>IV.- Les dispositions des articles L. 162-5-2, L. 162-5-3 et L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins cessent de produire effet au 10 juillet 1998.</p>	
<p>V (<i>nouveau</i>).- La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale est supprimée.</p>		<p>V.- La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale est supprimée.</p>	
<p>Cette disposition prend effet au 3 juillet 1998.</p>		<p>Cette disposition prend effet au 10 juillet 1998.</p>	
<p>Art. 22 bis (<i>nouveau</i>).</p>	<p>Art. 22 bis.</p>	<p>Art. 22 bis.</p>	<p>Art. 22 bis</p>
<p>I.- Un rapport sur l'état de la santé bucco-dentaire de la population est joint à l'annexe <i>a</i> au projet de loi de financement de la sécurité sociale. Sur la base des informations recueillies en application de l'article L. 162-1-9 du code de la sécurité sociale, ce rapport fait état des dépenses supportées par les patients, de leur niveau de remboursement et du prix de revient des prothèses et autres appareils dentaires.</p>	<p>I.- Non modifié</p>	<p>I.- Un rapport ...</p>	<p>I.- Non modifié</p>
<p>II.- Après l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-9 ainsi rédigé :</p>	<p>II. A.- Alinéa sans modification</p>	<p>II. A.- Alinéa sans modification</p>	<p>II. A.- Alinéa sans modification</p>
<p>« Art. L. 162-1-9.- Lorsqu'un chirurgien-dentiste ou un médecin fait appel à un fournisseur ou à</p>	<p>« Art. L. 162-1-9.- Lorsqu'un professionnel de santé fait appel ...</p>	<p>« Art. L. 162-1-9.- Lorsqu'un chirurgien-dentiste ou un médecin fait ...</p>	<p>« Art. L. 162-1-9.- Lorsqu'un <i>professionnel de santé</i> fait appel ...</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>un prestataire de services à l'occasion de la réalisation des actes pris en charge par les organismes d'assurance maladie, il est tenu de fournir au patient un devis préalablement à l'exécution de ces actes puis une facture lorsque ces actes ont été réalisés.</p>	<p>... réalisés. Alinéa sans modification</p>	<p>... réalisés. Alinéa sans modification</p>	<p>... réalisés. Alinéa sans modification</p>
<p>« Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie fixe le contenu des informations devant figurer sur le devis et la facture et, le cas échéant, les modalités particulières d'élaboration de ces pièces et de leur transmission aux patients.</p>	<p>« Les infractions ...</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>« Les infractions aux dispositions du premier alinéa du présent article sont constatées et sanctionnées dans les mêmes conditions que les infractions aux arrêtés pris en application de l'article L. 162-38 du présent code.</p>	<p>... L. 162-38. Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>« L'assuré communique à sa caisse, à l'occasion du remboursement, copie de la facture. »</p>	<p>B.- Les dispositions du A entrent en vigueur à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification de l'article premier de la section 1 du chapitre VII du titre III de la nomenclature générale des actes professionnels telle qu'elle était prévue par l'arrêté du 30 mai 1997.</p>	<p>B.- Supprimé</p>	<p><i>B.- Les dispositions du A ci-dessus entrent en vigueur à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification de l'article premier de la section 1 du chapitre VII du titre III de la nomenclature générale des actes professionnels, telle qu'elle était prévue par l'arrêté du 30 mai 1997.</i></p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
Art. 23.	Art. 23.	Art. 23.	Art. 23.
I.- Il est inséré, après l'article L. 512-2 du code de la santé publique, un article L. 512-3 ainsi rédigé :	I.- Alinéa sans modification	I.- Alinéa sans modification	I.- Alinéa sans modification
« Art. L. 512-3.- Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.	« Art. L. 512-3.- Alinéa sans modification	« Art. L. 512-3.- Alinéa sans modification	« Art. L. 512-3.- Alinéa sans modification
« Toutefois, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription, et sous réserve, en ce qui concerne les spécialités figurant sur la liste prévue à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, que cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
« Lorsque le pharmacien délivre par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique, il doit inscrire le nom du générique qu'il a délivré.	« Lorsque générique, il fait mention expresse sur l'ordonnance du générique délivré et appose son nom et sa signature.	« Lorsque... ...générique, il doit inscrire le nom de la spécialité qu'il a délivrée.	« Lorsque générique, il fait mention expresse sur l'ordonnance du générique délivré et appose son nom et sa signature.
« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article. »	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>II.- Le premier alinéa de l'article L. 601-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	<p>II.- La première phrase du premier alinéa publique est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :</p>	<p>II.- La première... ... par les deux phrases ainsi rédigées:</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p>
<p>1° A la première phrase, après les mots : « d'une autre spécialité », sont insérés les mots : « , appelée spécialité de référence, » et les mots : « l'autre spécialité » sont remplacés par les mots : « la spécialité de référence » ;</p>	<p>« Sans préjudice du droit relatif à la protection de la propriété industrielle et commerciale, on entend par spécialité générique d'une autre spécialité autorisée depuis au moins dix ans en France ou dans un autre pays membre des communautés européennes selon les dispositions communautaires en vigueur et commercialisée en France, appelée spécialité de référence, une spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité. La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. »</p>	<p>« Sans préjudice des dispositions des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, la spécialité générique d'une spécialité de référence est définie comme celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. »</p>	<p>« Sans préjudice du droit relatif à la protection de la propriété industrielle et commerciale, on entend par spécialité générique d'une autre spécialité autorisée depuis au moins dix ans en France ou dans un autre pays membre des communautés européennes selon les dispositions communautaires en vigueur et commercialisée en France, appelée spécialité de référence, une spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité. La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. »</p>
<p>III.- L'article L. 716-10 du code de la propriété intellectuelle est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p>III.- Non modifié</p>
<p>« L'infraction, dans les conditions prévues au b n'est pas constituée en cas d'exercice par un pharmacien de la faculté de substitution prévue à l'article L. 512-3 du code de la santé publique. »</p>	<p>IV.- Alinéa sans modification</p>	<p>IV.- Les quatrième et cinquième alinéas de l'article</p>	<p>IV. - Non modifié</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :	Alinéa sans modification	L. 162-16 du code de la sécurité sociale sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés:	
« Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application du deuxième alinéa de l'article L. 512-3 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste prévue à l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.	Alinéa sans modification	« Lorsque ...	
« En cas d'inobservation de cette condition, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites, et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée à l'alinéa précédent, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire défini par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.	« En cas maladie supérieure à un montant ou à un pourcentage déterminé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget. « En cas ...	
« Pour son recouvrement, ce versement	...budget. Toutefois l'organisme peut décider, si la dépense supplémentaire est inférieure à un montant fixé dans les mêmes conditions, de ne pas procéder au recouvrement. Alinéa sans modification	...budget. Alinéa sans modification	Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
est assimilé à une cotisation de sécurité sociale. »	<p>IV bis (nouveau).- Les pertes de recettes résultant du non recouvrement de la dépense supplémentaire visée au troisième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale sont compensées par une majoration, à due concurrence, de la contribution visée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.</p>	IV bis. - <i>Supprimé</i>	IV bis. - <i>Suppression maintenue</i>
<p>V (nouveau).- Les dispositions de l'article L. 365-1 du code de la santé publique sont également applicables aux pharmaciens.</p>	V.- Non modifié	V.- Non modifié	V.- Non modifié
<p>VI (nouveau).- 1. Le premier alinéa de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>	VI.- Alinéa sans modification	VI.- Alinéa sans modification	VI.- Alinéa sans modification
<p>« Ce plafond est porté à 10,74% du prix fabricant hors taxes pour les spécialités génériques définies au premier alinéa de l'article L. 601-6 du code de la santé publique. »</p>	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
<p>2. Le deuxième alinéa de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
<p>« Les infractions aux dispositions prévues au présent article sont passibles des sanctions pénales applicables aux infractions mentionnées à l'article L. 162-38. Les dispositions du titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1^{er} décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence sont applicables à ces mêmes infractions. »</p>	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

Art. 24.

I.- L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-1.-

Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique du médicament conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.

« Ce prix comprend les marges prévues par l'arrêté interministériel mentionné à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

3 (nouveau). L'annexe prévue au b du II de l'article L. O. 111-4 du code de la sécurité sociale présente un bilan sommaire du contrôle de l'application des dispositions de l'article L. 138-9 du même code.

Art. 24.

I.- Non modifié

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

3. *Supprimé*

Art. 24.

I.- Non modifié

**Propositions de la
Commission**

3 (nouveau). L'annexe prévue au b du II de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale présente un bilan sommaire du contrôle de l'application des dispositions de l'article L. 138-9 du même code.

Art. 24.

I.- Non modifié

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix.

« Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. »

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

**Propositions de la
Commission**

I bis (nouveau) . -
L'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-3.- I.*
- Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique du médicament. Le comité contribue à l'élaboration de la politique économique du médicament. Il met en œuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents, en application de la loi de financement de la sécurité sociale.

« Ces orientations portant notamment sur les moyens propres à assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L.O. 111-3. En particulier, le comité applique ces orientations à la fixation des prix des médicaments à laquelle il procède en application de l'article L. 162-17-4.

« La composition et les règles de fonctionnement du comité sont déterminées par décret.

« II. - Le Comité

I bis. - Non modifié

« II. - Le ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>II.- L'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-17-4.- En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique du médicament peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa de l'article L. 162-17. Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :</p> <p>« 1° Le prix de ces médicaments et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de vente ;</p> <p>« 2° Le cas échéant, les remises prévues en application de l'article L. 162-18 ;</p> <p>« 3° Les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du</p>	<p>II.- Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-17-4.- Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 3° Les ...</p>	<p>économique du médicament assure un suivi périodique des dépenses de médicaments en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.</p> <p>« Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année. »</p> <p>II.- Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-17-4.- Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 4° Les modalités de</p>	<p>... compatible avec les orientations propres à assurer le respect de l'objectif ...</p> <p>... maladie.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>II.- Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-17-4.- Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités.	<p>... précités ;</p> <p>« 4° (<i>nouveau</i>) Les sanctions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés au 3°.</p>	<p>participation de l'entreprise à la mise en œuvre des orientations ministérielles précitées ;</p>	modification
<p>« Le Comité économique du médicament assure un suivi périodique des dépenses de médicaments visés au premier alinéa de l'article L. 162-17 en vue de constater l'évolution de ces dépenses par rapport à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L.O. 111-3.</p>	<p>« Chaque année, les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget déterminent, par arrêté dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, l'objectif national d'évolution des dépenses pharmaceutiques.</p>	<p>« 5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés au 3° et 4°.</p>	Alinéa sans modification
<p>« Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.</p>	<p>« Compte tenu de cet objectif et en vue de satisfaire sa réalisation, le Comité économique du médicament propose, le cas échéant, aux entreprises ayant conclu une convention de conclure un avenant annuel ajustant les dispositions qu'elle prévoit. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention.</p>	<i>Alinéa supprimé</i>	<i>Suppression maintenue</i>
<p>Lorsque, à l'occasion de ce suivi, le comité constate que l'évolution des dépenses de médicaments n'est pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, il détermine les mesures de nature à permettre de le respecter. Dans ce cas, le Comité économique du médicament peut demander la modification des prix des médicaments fixés par convention ; en cas de refus</p>	<i>Alinéa supprimé</i>	<p>Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en</p>	Lorsque ...
			<p>... compatible avec les orientations propres à assurer le respect de sur l'objectif ...</p>

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

de l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant de rendre la convention compatible avec le respect de l'objectif précité, le comité peut résilier la convention.

« Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence du médicament dans les conditions prévues par l'article L. 551-6 du code de la santé publique et les textes pris pour son application, le Comité économique du médicament peut demander, par avenant, la modification des prix des spécialités faisant l'objet de la publicité interdite. Si, pour quelque cause que ce soit, un tel avenant n'a pas été conclu dans le délai d'un mois suivant la publication de l'interdiction au *Journal officiel*, ces prix sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie. La modification des prix ainsi décidée ne peut entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance-maladie.

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

Alinéa sans
modification

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie de fixer le prix de ces médicaments par arrêté, en application de l'article L. 162-16-1.

« Lorsqu'une ...

... prévues à l'article...

... publique, le Comité économique du médicament peut demander à l'entreprise concernée, dans le délai d'un mois à compter de la date de publication de la décision d'interdiction au *Journal Officiel*, la modification des prix des médicaments fixés par convention faisant l'objet de l'interdiction de publicité ou le versement, en application de l'article L. 162-18, de remises sur le chiffre d'affaires de ces médicaments. Si l'avenant correspondant n'a pas été signé dans un délai de deux mois à compter de la même date, le comité peut résilier la convention ; ces prix sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie,

**Propositions de la
Commission**

... L. 162-16-1.
Alinéa sans
modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>« Lorsque la mesure d'interdiction mentionnée à l'alinéa précédent porte sur une spécialité dont le prix n'est pas fixé par une convention passée avec le Comité économique du médicament, le comité propose à l'entreprise qui exploite cette spécialité d'en fixer le prix par une convention spéciale. A défaut de conclusion d'une telle convention dans le mois suivant la publication de l'interdiction au <i>Journal officiel</i>, le prix est fixé par arrêté des ministres visés à l'alinéa précédent. La modification du prix ainsi décidée ne peut entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>après avis du comité. Cette modification des prix ne peut entraîner une dépenses supplémentaire pour l'assurance maladie.</p>	<p>Alinéa modification</p>
<p>« Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat. »</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>Alinéa modification</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
Art. 25.	Art. 25.	Art. 25.	Art. 25.
I.- Dans l'intitulé du chapitre VIII du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, le mot : « Contribution » est remplacé par le mot : « Contributions ».	I.- Non modifié	I.- Non modifié	I.- Non modifié
II.- Au même chapitre, il est créé deux sections :	II.- Alinéa sans modification	II.- Alinéa sans modification	II.- Alinéa sans modification
1° La section 1, intitulée : « Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique », et qui comprend les articles L. 138-1 à L. 138-9 ;	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
2° La section 2, intitulée : « Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique », et qui comprend les articles L. 138-10 à L. 138-19 ainsi rédigés :	2° La section 2, intitulée : « Contribution portant clause de sauvegarde applicable aux entreprises ...	2° La section 2, intitulée : « Contribution à la charge des entreprises ...	Alinéa sans modification
« Art. L. 138-10. Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 618 du code de la santé publique, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités	... rédigés : « Art. L. 138-10.- Lorsque ... inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17, par l'ensemble rédigés : « Art. L. 138-10.- Lorsque ... au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17, par l'ensemble ...	« Art. L. 138-10.- Lorsque ... L. 162-17, corrigé en fonction des décisions de modification de son périmètre, par l'ensemble des ...

<p align="center">Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</p>	<p align="center">Texte adopté par le Sénat en première lecture</p>	<p align="center">Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</p>	<p align="center">Propositions de la Commission</p>
<p>pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique s'est accru par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente au titre des spécialités inscrites sur lesdites listes, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p align="center">« Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :</p>	<p>... publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique du médicament, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des spécialités inscrites sur ladite liste, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p align="center">Alinéa sans modification</p>	<p>... au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, par l'ensemble...</p> <p>...précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises...</p> <p align="center">...contribution. Alinéa sans modification</p>	<p>... contribution.</p> <p align="center">Alinéa sans modification</p>

Texte adopté par le Sénat		Texte adopté par l'Assemblée nationale		Propositions de la Commission	
Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires déclaré de l'ensemble des entreprises redevables	Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires déclaré de l'ensemble des entreprises redevables	Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires déclaré de l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K* et/ou égal à K + 1 point	0,15 %	Alinéa sans modification		Alinéa sans modification	
T supérieur à K + 1 point et inférieur ou égal à K + 2 points	0,65 %	Alinéa sans modification		Alinéa sans modification	
T supérieur à K + 2 points et inférieur ou égal à K + 4 points	1,3 %	Alinéa sans modification		Alinéa sans modification	
T supérieur à K + 4 points et inférieur ou égal à K + 5,5 points	2,3 %	Alinéa sans modification		Alinéa sans modification	
T supérieur à K + 5,5 points	3,3 %	Alinéa sans modification		Alinéa sans modification	
* K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.		Alinéa sans modification		* K = taux de progression <i>des orientations propres à assurer le respect de</i> l'objectif national de dépenses <i>de</i> l'assurance maladie	

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
	« Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu une convention avec le Comité économique du médicament en application des articles L. 162-16-1 et suivants, en cours de validité au 31 décembre de l'année	Ne conclu, postérieurement au 1 ^{er} janvier 1999, une ...	Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture _____	Texte adopté par le Sénat en première lecture _____	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture _____	Propositions de la commission _____
		Ne ...	
		... conclu, postérieurement au 1 ^{er} janvier 1999, une ...	
		... l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par ...	
	« Pour le déclen- chement de la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités mentionnées à l'article L. 162-17 par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année	... due. « Pour ...	Alinéa sans modification
		... titre des médicaments mentionnés à ...	

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>« Art. L. 138-11.- Le montant global de la contribution tel que calculé en application de l'article L. 138-10 est ainsi réparti :</p> <p>« a) A concurrence de 30 %, sur le chiffre d'affaires des entreprises redevables tel que défini à l'article L. 138-10 ;</p> <p>« b) A concurrence de 40 %, sur la progression du chiffre d'affaires tel que défini à l'article L. 138-10, réalisé en France par les entreprises redevables au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17, par rapport au chiffre d'affaires réalisé en France au titre des spécialités inscrites sur ladite liste par les mêmes entreprises, lorsque cette progression est supérieure au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel que défini à l'article L. 138-10 ;</p> <p>« c) A concurrence de 30 %, sur les charges exposées par l'ensemble des entreprises redevables, au titre des dépenses de prospection et d'information visées à l'article L. 245-2.</p> <p>« Les entreprises créées depuis moins de deux ans ne sont pas redevables de la part de la contribution mentionnée au b du présent article, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.</p>	<p>précédente. « Art. L. 138-11.- Non modifié</p>	<p>... précédente. « Art. L. 138-11.- Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-11.- Non modifié</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>« Les règles d'exonération prévues par l'article L. 245-4 sont applicables au calcul de la part de la contribution prévue au <i>c</i> du présent article.</p>	<p>« Art. L. 138-12.- Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-12.- Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 138-12.- Non modifié</p>
<p>« Art. L. 138-12.- La fraction de la part de la contribution prévue au <i>a</i> de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre son chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, et le montant total du chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, déclaré par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>« La fraction de la part de la contribution visée au <i>b</i> de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre la progression de son chiffre d'affaires et la somme des progressions de chiffres d'affaires supérieures au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, déclarées par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.</p>		<p>« La fraction ...</p>	
<p>« La fraction de la part de la contribution visée au <i>c</i> de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre le montant versé par l'entreprise en application de l'article L. 245-1 et le montant total de la contribution versée par</p>		<p>... versée au même</p>	

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>l'ensemble des entreprises redevables au même titre en application de l'article L. 138-10 à l'échéance du 1^{er} décembre de l'année au titre de laquelle la contribution visée à l'article L. 138-10 est due, multiplié par le montant total de ladite part.</p>		<p>titre par l'ensemble des entreprises redevables de la contribution prévue à l'article L. 138-10 à l'échéance...</p>	
<p>« Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les éléments nécessaires au calcul des parts de contribution susmentionnées.</p>		<p>... part. Alinéa sans modification</p>	
<p>« Le montant de la contribution ne peut excéder, pour chaque entreprise assujettie, 10 % du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-10.</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>« Le montant des remises conventionnelles consenties, au cours d'une année donnée, en application de l'article L. 162-18, par une entreprise assujettie à la contribution instituée par l'article L. 162-10, vient en déduction, à concurrence de son montant, de la contribution dont cette entreprise est redevable au titre de la même année.</p>		<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	
<p>« Les entreprises exonérées de la contribution versée en application de l'article L. 245-1 sont exonérées de la fraction de la part de contribution visée au c de l'article L. 138-11.</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>« Art. L. 138-13.- Les parts de la contribution mentionnées au a et au b de l'article L. 138-11 font l'objet d'un versement au plus tard</p>	<p>« Art. L. 138-13.- Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-13.- Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-13.- Non modifié</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>le 30 juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p>			
<p>« La part de la contribution mentionnée au c de l'article L. 138-11 fait l'objet d'un versement provisionnel au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ce versement provisionnel est assis sur les sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due. Ce montant est régularisé le 30 juin de l'année suivant l'année au cours de laquelle est effectué le versement provisionnel. Cette régularisation est établie sur la base des sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1 le 1er décembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.</p>			
<p>« Art. L. 138-14.- La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1. Pour le contrôle, l'agence est assistée, en tant que de besoin, par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.</p>	<p>« Art. L. 138-14.- Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-14.- Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-14.- Non modifié</p>
<p>« Art. L. 138-15.- Les entreprises redevables sont tenues d'adresser à l'Agence</p>	<p>« Art. L. 138-15.- Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-15.- Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-15.- Non modifié</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>centrale des organismes de sécurité sociale les éléments nécessaires pour déterminer leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 15 février de l'année suivante.</p>			
<p>« Les éléments servant de base à l'établissement de la contribution prévue au c de l'article L. 138-11 sont ceux prévus pour l'établissement de la contribution prévue à l'article L. 245-1 ayant donné lieu aux versements effectués au 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution prévue à l'article L. 138-10 est due.</p>			
<p>« En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.</p>			
<p>« Art. L. 138-16.- En cas de non-déclaration dans les délais prescrits ou de déclaration manifestement erronée de certaines entreprises redevables, le taux de croissance du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables est déterminé par le rapport entre la somme des chiffres d'affaires valablement déclarés au titre de l'année civile et la somme des chiffres d'affaires réalisés par les mêmes entreprises au titre de l'année civile précédente.</p>	<p>« Art. L. 138-16.- Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-16.- Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-16.- Non modifié</p>
<p>« Art. L. 138-17.- Lorsqu'une entreprise redevable n'a pas produit les</p>	<p>« Art. L. 138-17.- Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-17.- Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-17.- Non modifié</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>éléments prévus à l'article L. 138-15 dans les délais prescrits ou a produit une déclaration manifestement erronée, les trois parts de la contribution sont appelées à titre provisionnel :</p>			
<p>« 1° Pour l'application de la part de la contribution mentionnée au <i>a</i> de l'article L. 138-11, sur la base du dernier chiffre d'affaires connu, majoré de 20 % ;</p>			
<p>« 2° Pour l'application de la part de la contribution mentionnée au <i>b</i> de l'article L. 138-11, sur la base du dernier chiffre d'affaires connu, majoré de 20 % ;</p>			
<p>« 3° Pour l'application de la part de la contribution mentionnée au <i>c</i> de l'article L. 138-11, sur la base du dernier versement effectué, majoré de 20 %.</p>			
<p>« Lorsque l'entreprise redevable produit ultérieurement la déclaration considérée, le montant de la part de la contribution due au titre de l'année est majoré de 10 %. Cette majoration peut faire l'objet d'une demande de remise gracieuse.</p>			
<p>« <i>Art. L. 138-18.</i>- Le produit de la contribution est réparti dans les conditions prévues par l'article L. 138-8.</p>	<p>« <i>Art. L. 138-18.</i>- Non modifié</p>	<p>« <i>Art. L. 138-18.</i>- Non modifié</p>	<p>« <i>Art. L. 138-18.</i>- Non modifié</p>
<p>« <i>Art. L. 138-19.</i>- Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-10 s'entend de ce groupe.</p>	<p>« <i>Art. L. 138-19.</i>- Non modifié</p>	<p>« <i>Art. L. 138-19.</i>- Non modifié</p>	<p>« <i>Art. L. 138-19.</i>- Non modifié</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>« Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle est appelée la contribution, en application des dispositions de l'article 357-1 de la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966, sur les sociétés commerciales, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.</p>			
<p>« Toutefois, la société qui acquitte la contribution adresse à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe, et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents. »</p>			
<p>III.- Les dispositions du présent article s'appliquent à compter de l'exercice 1999.</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p>III.- Non modifié</p>
<p>..</p>	<p>..</p>	<p>..</p>	<p>..</p>
<p>Art. 26 bis (nouveau).</p>	<p>Art. 26 bis.</p>	<p>Art. 26 bis.</p>	<p>Art. 26 bis.</p>
<p>L'article L. 712-12-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>Supprimé</p>	<p>L'article L. 712-12-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>Supprimé</p>
<p>« Lorsque la demande d'autorisation porte sur le changement de lieu d'implantation d'un établissement existant, ne donnant pas lieu à un regroupement</p>		<p>« Lorsque la demande d'autorisation porte sur le changement de lieu d'implantation d'un établissement existant, ne donnant pas lieu à un</p>	

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>d'établissements, le demandeur doit joindre à son dossier un document présentant ses engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'assurance maladie et au volume d'activités, fixés par référence aux dépenses et à l'activité constatée dans l'établissement. L'autorité chargée de recevoir le dossier peut, dans un délai de deux mois après réception du dossier, demander au requérant de modifier ses engagements. Le dossier n'est alors reconnu complet que si le requérant satisfait à cette demande dans le délai d'un mois.</p> <p>« En cas de non-respect des engagements mentionnés à l'alinéa précédent, l'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues à l'article L. 712-18. »</p>		<p>regroupement d'établissements, le demandeur doit joindre à son dossier un document présentant ses engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'assurance maladie et au volume d'activités, fixés par référence aux dépenses et à l'activité constatée dans l'établissement. L'autorité chargée de recevoir le dossier peut, dans un délai de deux mois après réception du dossier, demander au requérant de modifier ses engagements. Le dossier n'est alors reconnu complet que si le requérant satisfait à cette demande dans le délai d'un mois.</p>	
<p>Art. 27.</p>	<p>Art. 27.</p>	<p>Art. 27.</p>	<p>Art. 27.</p>
<p>I.- Il est inséré, après l'article 27 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, un article 27-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 27-1.- Le représentant de l'Etat ne peut modifier les prévisions de recettes et dépenses mentionnées au 5° de l'article 26-1 et imputables à chacune des prestations prises en charge par l'assurance maladie que pour l'un des motifs suivants :</p>	<p>I.- Non modifié</p>	<p>I.- Non modifié</p>	<p>I.- Non modifié</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>« 1° Les prévisions de recettes ou de dépenses sont insuffisantes ;</p> <p>« 2° Les prévisions de dépenses ou de recettes ne sont pas compatibles avec les objectifs ou les dotations régionales ou départementales fixés dans les conditions prévues à l'article 27-5 ;</p> <p>« 3° Les prévisions de dépenses sont manifestement excessives ou injustifiées, compte tenu des conditions de satisfaction des besoins de la population, de l'évolution de l'activité et des coûts des structures fournissant des services analogues ; l'appréciation de ces critères peut être faite par référence aux conventions élaborées dans les conditions prévues, selon le cas, aux articles 2 et 11-2.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »</p>	<p>I bis .- Non modifié</p>	<p>I bis .- Non modifié</p>	<p>I bis .- Non modifié</p>
<p>I bis (nouveau).- Les articles 27 bis, 27 ter et 27 quater de la même loi deviennent respectivement les articles 27-2, 27-3 et 27-4.</p>	<p>II.- Alinéa sans modification</p>	<p>II.- Alinéa sans modification</p>	<p>II.- Alinéa sans modification</p>
<p>II.- Il est inséré, dans la même loi, un article 27-5 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 27-5.- I.- Le financement de celles des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses.</p>	<p>« Art. 27-5.- I.- Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. 27-5.- I.- Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. 27-5.- I.- Alinéa sans modification</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>« Les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget fixent annuellement cet objectif, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, et corrélativement le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations correspondantes.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>« Ce montant total est fixé par application d'un taux d'évolution aux dépenses de l'année précédente au plus tard dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>« Ce montant total annuel est constitué en dotations limitatives régionales. Le montant de ces dotations est fixé par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale en fonction des besoins de la population, des orientations définies par les schémas prévus à l'article 2-2, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions ; les dotations régionales sont réparties en dotations départementales limitatives par le préfet de région, en</p>	<p>« Ce limitatives par le directeur de l'agence</p>	<p>« Ce limitatives par le préfet de région, en liaison</p>	<p>« Ce limitatives par le <i>directeur de l'agence</i></p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>liaison avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et les préfets concernés ; ces dotations départementales limitatives peuvent, dans les mêmes conditions, être réparties par le préfet en dotations affectées par catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>régionale de l'hospitalisation, en liaison avec le préfet de région et les préfets concernés ; ces ...</p>	<p>avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et les préfets concernés ; ces ...</p>	<p><i>régionale de l'hospitalisation, en liaison avec le préfet de région</i> et les préfets concernés ; ces ...</p>
<p>« II.- Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »</p>	<p>... décret. Alinéa sans modification</p>	<p>... décret. Alinéa sans modification</p>	<p>... décret. Alinéa sans modification</p>
<p>III.- Avant le deuxième alinéa de l'article 11-1 de la même loi, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p>III.- Non modifié</p>
<p>« Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner, pour les budgets des organismes de sécurité sociale, des charges injustifiées ou excessives, compte tenu des objectifs et dotations définis à l'article 27-5. »</p>	<p>IV.- Non modifié</p>	<p>IV.- Non modifié</p>	<p>IV.- Non modifié</p>
<p>IV.- Le dernier alinéa de l'article L. 174-7 du code de la sécurité sociale ainsi que le dernier alinéa de l'article 27 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée sont supprimés.</p>	<p>Art. 27 bis.</p>	<p>Art. 27 bis (nouveau).</p>	<p>Art. 27 bis.</p>
<p>Art. 27 bis (nouveau). Dans la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée, il est inséré un article 27-6 ainsi rédigé :</p>	<p>Supprimé</p>	<p>Dans la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée, il est inséré un article 27-6 ainsi rédigé :</p>	<p>Supprimé</p>
<p>« Art. 27-6.- Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment</p>		<p>« Art. 27-6.- Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment</p>	

<p align="center">Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</p>	<p align="center">Texte adopté par le Sénat en première lecture</p>	<p align="center">Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</p>	<p align="center">Propositions de la commission</p>
<p>à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.</p> <p>« Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par établissement.</p> <p>« Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement.</p> <p>« Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application des dispositions qui précèdent. »</p>		<p>à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.</p> <p>« Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par établissement.</p> <p>« Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement.</p> <p>« Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application des dispositions qui précèdent. »</p>	
<p align="center">...</p> <p align="center">Section 3 Branche vieillesse</p>	<p align="center">..</p> <p align="center">Section 3 Branche vieillesse</p>	<p align="center">..</p> <p align="center">Section 3 Branche vieillesse</p>	<p align="center">...</p> <p align="center">Section 3 Branche vieillesse</p>
<p align="center">..</p> <p align="center">Art. 29 bis (nouveau).</p> <p>Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p align="center">..</p> <p align="center">Art. 29 bis.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p align="center">..</p> <p align="center">Art. 29 bis.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p align="center">..</p> <p align="center">Art. 29 bis.</p> <p>Alinéa sans modification</p>
<p>I.- Au premier alinéa de l'article L. 356-1, après les mots : « qui a été affilié, à titre obligatoire ou volontaire, à l'assurance vieillesse du régime général », sont insérés les mots : « au cours d'une période de référence et pendant une durée fixées par décret en Conseil d'Etat ».</p>	<p align="center">I.- Supprimé</p>	<p>I.- Au premier alinéa de l'article L. 356-1, après les mots : « qui a été affilié, à titre obligatoire ou volontaire, à l'assurance vieillesse du régime général », sont insérés les mots : « au cours d'une période de référence et pendant une durée fixées par décret en Conseil d'Etat ».</p>	<p align="center">I.- Supprimé</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>II.- Au premier alinéa de l'article L. 356-2 le mot : « dégressif » est remplacé par le mot : « unique ».</p>	<p>II.- Non modifié</p>	<p>II.- Non modifié</p>	<p>II.- Non modifié</p>
<p>Le même alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>			
<p>« Les modalités et la durée de son versement sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat. »</p>			
<p>III.- L'article L. 356-2 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p>III.- Non modifié</p>
<p>« Pour les allocations attribuées avant le 1^{er} mars 1999 les mesures transitoires suivantes s'appliquent aux allocataires qui au moment du décès de leur conjoint avaient un âge inférieur à celui prévu au deuxième alinéa :</p>			
<p>« a) Lorsqu'ils se trouvent en deuxième année de service de l'allocation, les intéressés continuent à bénéficier de l'application des anciennes dispositions législatives et réglementaires, sauf s'ils font la demande expresse de bénéficier des nouvelles dispositions ;</p>			
<p>b) Lorsqu'ils se trouvent en troisième année de service de l'allocation, les intéressés conservent le bénéfice de leur allocation jusqu'à la fin de cette troisième année. »</p>			
<p>IV.- L'article L. 351-12 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>IV.- Alinéa sans modification</p>	<p>IV.- Alinéa sans modification</p>	<p>IV.- Alinéa sans modification</p>
<p>« Cette majoration est incluse dans les avantages personnels de vieillesse dont le cumul avec une pension de réversion est comparé aux</p>	<p>« Cette majoration n'est pas incluse ...</p>	<p>« Cette majoration est incluse dans les avantages personnels de vieillesse dont le cumul avec une pension de réversion est comparé aux</p>	<p>« Cette majoration n'est pas incluse ...</p>

<p align="center">Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</p>	<p align="center">Texte adopté par le Sénat en première lecture</p>	<p align="center">Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</p>	<p align="center">Propositions de la commission</p>
<p>limites prévues au dernier alinéa de l'article L. 353-1. »</p>	<p>... L. 353-1. »</p>	<p>limites prévues au dernier alinéa de l'article L. 353-1. » V (<i>nouveau</i>). - Les mesures prévues au I et au II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} mars 1999.</p>	<p>... L. 353-1. » V. - Les mesures prévues au II du présent 1999.</p>
<p align="center">..</p> <p align="center">Section 4 Branche accident du travail</p>	<p align="center">..</p> <p align="center">Section 4 Branche accident du travail</p>	<p align="center">..</p> <p align="center">Section 4 Branche accident du travail</p>	<p align="center">..</p> <p align="center">Section 4 Branche accident du travail</p>
<p align="center">..</p>	<p align="center">..</p>	<p align="center">..</p> <p align="center">Art. 31 <i>bis</i> (<i>nouveau</i>).</p> <p align="center">I. - Une allocation de cessation anticipée d'activité est versée aux salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :</p> <p align="center">1° Travailler ou avoir travaillé dans un des établissements mentionnés ci-dessus et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget, pendant la période où y étaient fabriqués des matériaux contenant de l'amiante ;</p> <p align="center">2° Avoir atteint un âge déterminé, qui pourra varier en fonction de la durée du travail effectué dans les établissements visés au 1° sans pouvoir être inférieur à cinquante ans.</p> <p align="center">Ont également droit,</p>	<p align="center">..</p> <p align="center">Art. 31 <i>bis</i>.</p> <p align="center">Sans modification</p>

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

**Propositions de la
commission**

dès l'âge de cinquante ans, à l'allocation de cessation anticipée d'activité les salariés ou anciens salariés reconnus atteints au titre du régime général d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale.

Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité ne peut se cumuler ni avec l'un des revenus ou l'une des allocations mentionnées à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale ni avec un avantage de vieillesse ou d'invalidité.

II. - Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts de la dernière année d'activité salariée du bénéficiaire. Il est revalorisé comme les avantages alloués en application du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail.

L'allocation est attribuée et servie par les caisses régionales d'assurance maladie.

L'allocation cesse d'être versée lorsque le bénéficiaire remplit les conditions requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse au taux plein, telle qu'elle est définie aux articles L. 351-1 et L. 351-8 du code de la sécurité sociale.

III. - Il est institué un fonds de cessation anticipée

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

**Propositions de la
commission**

d'activité des travailleurs de l'amiante. Ce fonds finance l'allocation créée au I. Ses ressources sont constituées d'une contribution de l'Etat et d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au titre des charges générales de la branche. Un arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget fixe annuellement les montants de ces contributions.

Un conseil de surveillance veille au respect des présentes dispositions. Il examine les comptes et le rapport annuel d'activité. Il formule toutes observations relatives au fonctionnement du fonds et les porte à la connaissance des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget. Il est composé de représentants de l'Etat, des organisations siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et de personnalités qualifiées.

IV. - L'allocation de cessation anticipée d'activité est assujettie aux mêmes cotisations et contributions sociales que les revenus et allocations mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale.

Les personnes percevant cette allocation et leurs ayants droit bénéficient

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

**Texte adopté par le Sénat
en première lecture**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
nouvelle lecture**

**Propositions de la
commission**

des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général.

Le fonds des travailleurs de l'amiante assure, pendant la durée du versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité, le financement des cotisations à l'assurance volontaire mentionnée à l'article L. 742-1 du code de la sécurité sociale ainsi que le versement de l'ensemble des cotisations aux régimes de retraites complémentaires mentionnés à l'article L. 921-1 du même code.

V. - Le salarié qui est admis au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité présente sa démission à son employeur. Le contrat de travail cesse de s'exécuter dans les conditions prévues à l'article L. 122-6 du code du travail. Cette rupture du contrat de travail à l'initiative du salarié ouvre droit, au bénéfice du salarié, au versement par l'employeur d'une indemnité de cessation d'activité d'un montant égal à celui de l'indemnité de départ en retraite prévue par le premier alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail et calculée sur la base de l'ancienneté acquise au moment de la rupture du contrat de travail, sans préjudice de l'application de dispositions plus favorables prévues en matière d'indemnité de départ à la

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
Section 5	Section 5	Section 5	Section 5
Objectifs de dépenses par branche	Objectifs de dépenses par branche	Objectifs de dépenses par branche	Objectifs de dépenses par branche
Art. 32.	Art. 32.	Art. 32.	Art. 32.
<p>Pour 1999, les objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :</p> <p><i>(En milliards de francs)</i></p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Maladie-maternité-invalidité-décès : 697,7</p> <p>Vieillesse-veuvage : 781,4</p> <p>Accidents du travail : 53,0</p> <p>Famille : 256,9</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Famille : 256,8</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Maladie-maternité-invalidité-décès : 697,8</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Famille : 256,9</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Famille : 256,8</p>
Total des dépenses : 1789,0	Total des dépenses : 1788,9	Total des dépenses : 1789,1	Total des dépenses : 1789,0
Section 6	Section 6	Section 6	Section 6

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>Objectif national de dépenses d'assurance maladie</p>	<p>Objectif national de dépenses d'assurance maladie</p>	<p>Objectif national de dépenses d'assurance maladie</p>	<p>Objectif national de dépenses d'assurance maladie</p>
<p>Art. 33.</p>	<p>Art. 33.</p>	<p>Art. 33.</p>	<p>Art. 33.</p>
<p>L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 629,8 milliards de francs pour l'année 1999.</p> <p>Avant la première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale par l'Assemblée nationale, le Parlement est informé de la répartition prévisionnelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.</p>	<p>L'objectif ...</p> <p>... fixé à 628,8 milliards de francs pour l'année 1999.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>L'annexe prévue au c) de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale précise l'impact prévisionnel des différentes mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale sur les comptes, d'une part, du régime général et, d'autre part, des autres régimes obligatoires de base mentionnés au c) de l'article L.O. 111-4 précité ainsi que sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.</p>	<p>L'objectif ...</p> <p>... fixé à 629,9 milliards de francs pour l'année 1999.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>L'objectif ...</p> <p>... fixé à 628,9 milliards de francs pour l'année 1999.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>L'annexe prévue au c) de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale précise l'impact prévisionnel des différentes mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale sur les comptes, d'une part, du régime général et, d'autre part, des autres régimes obligatoires de base mentionnés au c) de l'article L.O. 111-4 précité ainsi que sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.</p>
<p>Section 7 Mesures relatives à la trésorerie</p>	<p>Section 7 Mesures relatives à la trésorerie</p>	<p>Section 7 Mesures relatives à la trésorerie</p>	<p>Section 7 Mesures relatives à la trésorerie</p>
<p>Art. 34.</p>	<p>Art. 34.</p>	<p>Art. 34.</p>	<p>Art. 34.</p>
<p>Est ratifié le relèvement, par le décret n° 98-753 du 26 août 1998</p>	<p><i>Supprimé</i></p>	<p>Est ratifié le relèvement, par le décret n° 98-753 du 26 août 1998</p>	<p><i>Supprimé</i></p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
portant relèvement du plafond de trésorerie au régime général de sécurité sociale, du montant dans la limite duquel les besoins de trésorerie du régime général peuvent être couverts par des ressources non permanentes.		portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale, du montant dans la limite duquel les besoins de trésorerie du régime général peuvent être couverts par des ressources non permanentes.	
..
<i>Art. 35 bis (nouveau).</i>	<i>Art. 35 bis.</i>	<i>Art. 35 bis (nouveau).</i>	<i>Art. 35 bis.</i>
I.- Les deux derniers alinéas de l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :	Supprimé	I.- Les deux derniers alinéas de l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :	Supprimé
« Un décret détermine les modalités d'application du présent article, ainsi que les conditions de placement des excédents de trésorerie globalement constatés pour l'ensemble des branches mentionnées au premier alinéa. »		« Un décret détermine les modalités d'application du présent article, ainsi que les conditions de placement des excédents de trésorerie globalement constatés pour l'ensemble des branches mentionnées au premier alinéa. »	
II.- Dans la première phrase de l'article L. 255-1 du même code, après la référence : « L. 225-1 », sont insérés les mots : « et les produits résultant de celle prévue au dernier alinéa de cet article ».		II.- Dans la première phrase de l'article L. 255-1 du même code, après la référence : « L. 225-1 », sont insérés les mots : « et les produits résultant de celle prévue au dernier alinéa de cet article ».	
III.- Les pertes de recettes éventuelles pour des branches du régime général sont compensées à due concurrence par des taxes additionnelles aux droits visés à l'article 575A du code général des impôts.		III.- Les pertes de recettes éventuelles pour des branches du régime général sont compensées à due concurrence par des taxes additionnelles aux droits visés à l'article 575A du code général des impôts.	
<i>Art. 36.</i>	<i>Art. 36.</i>	<i>Art. 36.</i>	<i>Art. 36.</i>
Les besoins de	Alinéa sans	Alinéa sans	Alinéa sans

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :	modification	modification	modification
<i>(En milliards de francs)</i>	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
Régime général : 24,0	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
Régimes des exploitants agricoles : 10,5	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales : 2,5	<i>Alinéa supprimé</i>	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales : 2,5	<i>Alinéa supprimé</i>
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : 2,3	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat : 0,5	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification