

# N° 106

---

## SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 1999-2000

---

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 1<sup>er</sup> décembre 1999

# RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de  
**financement de la sécurité sociale pour 2000, ADOPTÉ AVEC MODIFICATIONS**  
PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE EN NOUVELLE LECTURE,*

Par M. Charles DESCOURS,  
Sénateur.

---

*(1) Cette commission est composée de : MM. Jean Delaneau, président ; Jacques Bimbenet, Louis Boyer, Mme Marie-Madeleine Dieulangard, MM. Guy Fischer, Jean-Louis Lorrain, Louis Souvet, vice-présidents ; Mme Annick Bocandé, MM. Charles Descours, Alain Gournac, Roland Hugué, secrétaires ; Henri d'Attilio, François Autain, Paul Blanc, Mme Nicole Borvo, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Gilbert Chabroux, Jean Chérioux, Philippe Darniche, Christian Demuynck, Claude Domeizel, Jacques Dominati, Michel Esneu, Alfred Foy, Serge Franchis, Francis Giraud, Claude Huriet, André Jourdain, Philippe Labeyrie, Roger Lagorsse, Dominique Larifla, Henri Le Breton, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Jacques Machet, Georges Mouly, Lucien Neuwirth, Philippe Nogrix, Mme Nelly Olin, MM. Lylian Payet, André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Bernard Seillier, Martial Taugourdeau, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vezinhet, Jean-Pierre Vial, Guy Vissac.*

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale** (11<sup>ème</sup> législ.) : Première lecture : **1835, 1873, 1876** et T.A. **368**.  
Commission mixte paritaire : **1945**.  
Nouvelle lecture : **1943, 1946**, et T.A. **400**.

**Sénat** : Première lecture : **40, 58, 68** et T.A. **33** (1999-2000).  
Commission mixte paritaire : **85** (1999-2000).  
Nouvelle lecture : **105** (1999-2000).

---

**Sécurité sociale.**

## SOMMAIRE

Pages

TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	4
AVANT-PROPOS.....	12
EXAMEN DES ARTICLES.....	15
<b>TITRE PREMIER - ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE.....</b>	<b>15</b>
• <i>Article premier</i> <b>Approbation du rapport annexé</b> .....	15
• <i>Article premier bis</i> <b>Réforme du fonctionnement de la Commission des comptes de la sécurité sociale</b> .....	16
• <i>Article premier ter</i> <b>Accélération des délais de remise des comptes sociaux et harmonisation des plans comptables des organismes de sécurité sociale</b> .....	17
<b>TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES.....</b>	<b>19</b>
• <i>Art. 2</i> <b>Création du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale</b> .....	19
• <i>Art. 3</i> <b>Institution d'une contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés (CSB)</b> .....	19
• <i>Art. 4</i> <b>Extension de la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP)</b> .....	20
• <i>Art. 4 ter</i> <b>Taxation des mélanges de boissons alcoolisées</b> .....	21
• <i>Art. 5</i> <b>Modification des règles de répartition de la CSG et des droits sur les alcools entre les régimes d'assurance maladie</b> .....	22
• <i>Art. 5 quater</i> <b>Affectation des résultats comptables des branches du régime général</b> .....	23
• <i>Art. 6</i> <b>Prévisions de recettes</b> .....	23
<b>TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE.....</b>	<b>25</b>
<b>Section 1 - Branche famille.....</b>	<b>25</b>
• <i>Art. 8</i> <b>Relèvement de l'âge limite d'ouverture du droit au complément familial et aux aides au logement</b> .....	25
• <i>Art. 9</i> <b>Garantie de ressources pour la branche famille</b> .....	26
<b>Section 2 - Branche vieillesse.....</b>	<b>27</b>
• <i>Art. 10</i> <b>Affectations au fonds de réserve pour les retraites</b> .....	27
• <i>Art. 11 bis</i> <b>Situation du fonds national de l'assurance veuvage</b> .....	28
• <i>Art. 13 bis</i> <b>Possibilité de rachat de cotisations d'assurance vieillesse pour les commerçants et artisans</b> .....	29
• <i>Art. 13 ter</i> <b>Validation des périodes passées sous les drapeaux en Afrique du Nord entre 1954 et 1962</b> .....	29
<b>Section 3 - Branche maladie .....</b>	<b>31</b>
• <i>Art. 14</i> ( <i>art. L. 355-23 du code de la santé publique, art. L. 174-16 nouveau du code de la sécurité sociale, art. 6 bis de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967</i> ) <b>Transfert à l'assurance maladie du financement des centres de dépistage anonyme et gratuit</b> .....	31

•Art. 15 (art. 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, art. L. 628-5 du code de la santé publique, art. L. 174-17 nouveau du code de la sécurité sociale) <b>Transfert à l'assurance maladie des dépenses liées aux cures de désintoxication réalisées à l'hôpital</b> .....	31
•Art. 16 (art. L. 765-1 nouveau du code de la santé publique, art. L. 162-32, art. L. 162-32-1 à L. 162-32-3 nouveaux du code de la sécurité sociale) <b>Centres de santé</b> .....	32
•Art. 17 (art. L. 162-1-8, L. 162-5-2 à L. 162-5-8, L. 162-5-9, L. 162-5-11, L. 162-9, L. 162-12-2 à L. 162-12-7, L. 162-12-9 à L. 162-12-12, L. 162-14-1 à L. 162-14-4, art. L. 162-12-17 et L. 162-12-18, L. 162-14 et L. 162-15, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 nouveaux, art. L. 227-1, L. 322-5-4 et L. 322-5-5, L. 645-2 et L. 645-2-1, L. 722-4 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale) <b>Régulation des soins de ville par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés</b> .....	33
•Art. 19 (art. L. 315-2-1 nouveau et art. L. 615-13 du code de la sécurité sociale, art. 1106-2 du code rural) <b>Contrôle des grands consommateurs de soins médicaux</b> .....	33
•Art. 19 bis <b>Rapport au Parlement sur le contrôle des grands consommateurs de soins médicaux</b> .....	34
•Art. 21 <b>Fixation d'un objectif de dépenses pour le médicament</b> .....	34
•Art. 22 bis (art. L. 601 du code de la santé publique) <b>Délivrance d'une autorisation de mise sur le marché avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle</b> .....	35
•Art. 22 ter (art. L. 138-9, L. 245-2, L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale) <b>Régime des médicaments princeps</b> .....	37
•Art. 23 (art. L. 138-10, L. 162-1-7, L. 162-16-1, L. 162-17, L. 162-17-3 et L. 162-17-4, L. 165-1, L. 165-2 à L. 165-5 nouveaux, L. 314-1 du code de la sécurité sociale) <b>Réforme du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS)</b> .....	38
•Art. 24 (art. L. 162-22-1 et L. 162-22-2, L. 162-22-3 à L. 162-22-6, L. 165-7 et L. 174-16 nouveau du code de la sécurité sociale, art. L. 710-16-2 du code de la santé publique) <b>Etatisation de la régulation de l'hospitalisation privée</b> .....	38
•Art. 24 bis (art. L. 716-2 du code de la santé publique) <b>Durée de l'expérimentation de la tarification à la pathologie</b> .....	39
<b>Section 4 - Branche accidents du travail</b> .....	<b>40</b>
•Art. 26 (art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999) <b>Extension du bénéfice de l'allocation de cessation d'activité pour les travailleurs de l'amiante</b> .....	40
<b>Section 5 - Objectifs de dépenses par branche</b> .....	<b>41</b>
•Art. 27 <b>Objectifs de dépenses par branche</b> .....	41
<b>Section 7 - Mesures relatives à la trésorerie</b> .....	<b>42</b>
•Art. 29 bis <b>Neutralité des effets de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale et ces régimes</b> .....	42
•Art. 30 <b>Ratification du décret portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale</b> .....	42
•Art. 31 <b>Plafonnement des ressources non permanentes</b> .....	43
<b>MOTION présentée par M. Charles Descours au nom de la commission des Affaires sociales <u>TENDANT À OPPOSER LA QUESTION PRÉALABLE</u></b> .....	<b>44</b>
<b>TABLEAU COMPARATIF</b> .....	<b>49</b>

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

*Réuni le mardi 30 novembre 1999, sous la présidence de M. Jean Delaneau, président, la commission a procédé à l'examen du rapport, en nouvelle lecture, de M. Charles Descours, sur le projet de loi n° 1943 (AN) de financement de la sécurité sociale pour 2000.*

*M. Jean Delaneau, président, a rappelé que, le 16 novembre dernier, la conférence des présidents de l'Assemblée nationale avait décidé soudainement de décaler au mardi 30 novembre en fin d'après-midi le vote sur l'ensemble du projet de loi. Il a souligné que la date de la réunion de la commission des affaires sociales avait été arrêtée au mardi 30 novembre matin depuis le début du mois de septembre et qu'il n'avait, par conséquent, pas cru bon de déplacer cette réunion. Il a précisé que l'Assemblée nationale avait achevé l'examen des articles le jeudi 25 novembre dans la nuit.*

*Constatant que la commission allait délibérer sous réserve de l'adoption du projet de loi par l'Assemblée nationale et de sa transmission, il a souligné qu'il avait fait valoir au ministre chargé des relations avec le Parlement que le décalage du vote sur l'ensemble du texte à l'Assemblée nationale était peu respectueux de l'organisation des travaux du Sénat. Il a indiqué que la commission devrait, pour le bon ordre juridique de la navette, se réunir le mercredi 1<sup>er</sup> décembre à 9 heures 30 afin de prendre acte de la transmission officielle du texte adopté par l'Assemblée nationale.*

*M. Charles Descours, rapporteur, a rappelé que la commission mixte paritaire, réunie le lundi 22 novembre 1999 à l'Assemblée nationale, n'avait pas été en mesure d'adopter un texte commun sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Il a précisé que la commission mixte paritaire s'était d'abord prononcée sur l'article premier dans le texte du Sénat, qu'elle avait rejeté par six voix contre six, puis sur l'article premier dans le texte de l'Assemblée nationale, qu'elle avait repoussé par six voix contre cinq et une abstention.*

*M. Charles Descours, rapporteur, a rappelé que, sur les 41 articles dont était saisi le Sénat en première lecture, la Haute Assemblée avait adopté 16 articles conformes, modifié 15 articles, parfois de façon très mineure, en*

avait supprimé 10, et adopté 11 articles additionnels. Le nombre d'articles « en navette » était ainsi de 36.

*Il a constaté que l'Assemblée nationale, en nouvelle lecture, n'avait pas montré le même « esprit constructif » que celui dont avait fait preuve le Sénat. Il a précisé qu'elle avait adopté seulement trois articles conformes : l'article 5 ter (réduction de cotisations sociales pour les créateurs de jeunes entreprises), résultant d'un amendement du Gouvernement, l'article 26 bis A (prise en compte des périodes de rééducation professionnelle au titre des pensions vieillesse), résultant d'un amendement présenté par le groupe communiste républicain et citoyen, et l'article 26 bis (amélioration de l'indemnisation des accidents du travail successifs).*

**M. Charles Descours, rapporteur**, a observé que l'Assemblée nationale avait supprimé huit articles additionnels introduits par le Sénat : les articles 1er bis (modifications du fonctionnement de la commission des comptes de la sécurité sociale), 1<sup>er</sup> ter (accélération des délais de remise des comptes sociaux et harmonisation des plans comptables des organismes de sécurité sociale), 4 ter (taxation des mélanges de boissons alcoolisées), 5 quater (affectation des résultats comptables des branches du régime général), 11 bis (situation du fonds national de l'assurance veuvage), 13 ter (validation des périodes passées sous les drapeaux en Afrique du Nord entre 1954 et 1962), 22 ter (régime des médicaments princeps) et 24 bis (durée de l'expérimentation de la tarification à la pathologie).

*Elle était revenue mot pour mot à son texte adopté en première lecture sur neuf articles : les articles 8 (report de l'âge limite d'ouverture du droit au complément familial et aux aides au logement), 13 bis (possibilité de rachat de cotisations d'assurance vieillesse pour les commerçants et artisans), 14 (transfert à l'assurance maladie du financement de centres de dépistage), 15 (transfert à l'assurance maladie des dépenses liées aux cures de désintoxication réalisées à l'hôpital), 19 (contrôle des grands consommateurs de soins médicaux), 21 (ajustement de la clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques), 23 (réforme du tarif interministériel des prestations sanitaires), 30 (ratification du décret portant relèvement du plafond des ressources non permanentes applicable au régime général) et 31 (plafonnement des ressources non permanentes).*

*Elle avait rétabli l'essentiel du texte adopté en première lecture, en apportant des modifications -le plus souvent- mineures sur quatorze articles : les articles premier (rapport annexé), 2 (création du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale), 3 (institution d'une contribution sociale sur les bénéfices des sociétés), 4 (extension de la taxe générale sur les activités polluantes), 5 (modification des règles de répartition de la CSG et des droits sur les alcools entre les régimes d'assurance maladie),*

6 (prévisions de recettes), 9 (garantie de ressources pour la branche famille), 16 (centres de santé), 17 (régulation des soins de ville par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), 22 bis (délivrance d'une autorisation de mise sur le marché avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle), 24 (étatisation de la régulation de l'hospitalisation privée), 26 (extension du bénéfice de l'allocation de cessation anticipée pour les travailleurs de l'amiante), 27 (objectifs de dépense par branche) et 29 bis (neutralité des effets de trésorerie des relations entre l'Etat et la sécurité sociale).

Il a ajouté que l'Assemblée nationale avait retenu, en le modifiant, l'article 19 bis, introduit à l'initiative de M. François Autain, prévoyant un rapport au Parlement sur les articles 18 et 19.

**M. Charles Descours, rapporteur**, a souligné que la majeure partie de ces modifications de nouvelle lecture n'était pas d'origine « sénatoriale » et que l'Assemblée nationale avait pour l'essentiel modifié son propre texte de première lecture. Au total, il a estimé à sept, dont un d'initiative gouvernementale, le nombre d'amendements adoptés par le Sénat en première lecture et pris finalement en compte par l'Assemblée nationale.

Constatant que l'Assemblée nationale avait une nouvelle fois approuvé la contribution indirecte des organismes de sécurité sociale au financement des trente-cinq heures, par le détournement du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine, **M. Charles Descours, rapporteur**, a exprimé ses craintes quant aux conséquences de cette décision sur le paritarisme et l'organisation même de notre sécurité sociale.

Il a souligné que l'Assemblée nationale avait entériné l'assèchement des ressources du fonds de solidarité vieillesse et le ponctionnement des excédents de la branche famille et qu'elle avait voté à nouveau l'article 17, dispositif « ubuesque », remettant en cause trente ans de relations conventionnelles.

Il a regretté que l'Assemblée nationale, au-delà des oppositions de fond, n'ait pas pris davantage de temps pour examiner, voire amender, les dispositions techniques adoptées par le Sénat, notamment les articles 1er bis et 1er ter, qui visaient à une plus grande transparence et à une plus grande rapidité dans le processus de construction des comptes sociaux.

Face à ce qu'il a qualifié de « dialogue de sourds », **M. Charles Descours, rapporteur**, a proposé à la commission l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable.

Présentant la motion, **M. Charles Descours, rapporteur**, a rappelé que la raison d'être des lois de financement de la sécurité sociale était de

*permettre à la représentation nationale de débattre dans la transparence des enjeux financiers de la protection sociale et que la compréhension par chacun, assuré ou contribuable, du fondement et de la destination des prélèvements sociaux, c'est-à-dire l'intelligibilité des comptes sociaux, était une condition essentielle de leur redressement durable.*

*Après avoir observé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 ne répondait à aucune des questions que se posent les Français quant à l'avenir de la protection sociale, il a estimé que ce texte organisait en revanche une extrême confusion dans la présentation des comptes sociaux et dans l'affectation des flux financiers de la sécurité sociale. Ce faisant, le Gouvernement masquait l'importance des transferts et des choix qu'il opérait dans l'opacité.*

*Rappelant que les trois premières lois de financement de la sécurité sociale s'étaient efforcées avec plus ou moins de bonheur de redresser les comptes sociaux, **M. Charles Descours, rapporteur**, a constaté que le projet de loi de financement pour 2000 s'attachait au contraire à les dégrader, essentiellement par le transfert à la charge de la sécurité sociale de dépenses précédemment inscrites au budget de l'Etat. Il a souligné que, de surcroît, ce transfert n'apparaissait pas dans le texte débattu par le Parlement dès lors que la commission des comptes de la sécurité sociale avait « spontanément » intégré ces dépenses dans l'évolution « tendancielle » des comptes. Il a reconnu que de tels transferts constituaient, il est vrai, une fâcheuse tendance du Gouvernement qui compromettait ainsi le redressement durable des comptes sociaux.*

***M. Charles Descours, rapporteur**, a jugé que ce redressement restait fragile car obtenu par l'alourdissement spectaculaire des prélèvements sociaux, et non une véritable maîtrise des dépenses. Il a considéré qu'en se satisfaisant d'un excédent symbolique du régime général en période de forte croissance et de recettes abondantes, le Gouvernement laissait le régime général à la merci de tout ralentissement conjoncturel.*

*Il a souligné que la multiplication de fonds spéciaux dans les lois de financement accroissait la confusion et, de surcroît, mêlait à tort le financement de la protection sociale et la politique de l'emploi. Rappelant que l'introduction, dans le projet de loi, du fonds de financement des trente-cinq heures conduisait à substituer au budget, qui doit assurer, en vertu de la loi du 25 juillet 1994, la compensation intégrale des exonérations de charges sociales décidées par l'Etat, le produit d'un assortiment hétéroclite d'impôts nouveaux et de recettes de poche.*

***M. Charles Descours, rapporteur**, a estimé qu'il était totalement abusif d'évoquer, comme le faisait le Gouvernement, une « réforme d'ampleur de l'assiette des cotisations patronales de sécurité sociale » dès lors que les*

*exonérations de charges, désormais conditionnées par des accords de réduction de la durée du travail, étaient financées par les droits sur les tabacs et sur les alcools, une contribution sur les bénéficiaires de certaines sociétés, la taxe générale sur les activités polluantes et une taxe sur les heures supplémentaires.*

*Il a fait valoir que le Gouvernement, qui avait dû renoncer à un dispositif de taxation directe des organismes de gestion de la protection sociale, au demeurant contraire à la Constitution, persistait à mettre la sécurité sociale à contribution en la privant cette fois d'une partie de ses recettes. Il a expliqué que cette contribution adoptait désormais un cheminement particulièrement oblique mettant en jeu non seulement le fonds de financement des trente-cinq heures mais également le fonds de solidarité vieillesse, le fonds de réserve pour les retraites et les trois branches du régime général, les droits sur les alcools et le prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine et des placements ; il a jugé qu'elle mettait en outre en difficulté le financement de la couverture maladie universelle par la CNAMTS.*

**M. Charles Descours, rapporteur,** *a fait valoir que le bouclage financier des trente-cinq heures n'était pas assuré pour autant puisqu'à terme il manquait 15 à 20 milliards de francs, soit le tiers du surcoût du projet de loi relatif à la réduction du temps de travail et qu'il était impossible, dans ces conditions, d'évaluer l'effet d'un dispositif d'exonération des charges sociales dont restaient indéterminés la clef de financement et donc les transferts de charges qu'il entraînerait.*

*Il a observé que le fonds de réserve pour les retraites s'inscrivait dans un contexte particulièrement flou dès lors que le Gouvernement n'avait toujours pas précisé ne serait-ce que « ses orientations générales » sur la réforme des retraites et que les missions du fonds de réserve restaient aussi indéterminées que la politique du Gouvernement dans le domaine des retraites. Il a considéré que, sans attendre ces « orientations générales », ni a fortiori l'engagement effectif d'une réforme nécessaire, le Gouvernement s'attachait à détourner les excédents de la branche vieillesse du régime général et à priver d'une partie de leurs recettes les trois branches de ce régime, y compris la branche maladie pourtant en déficit. Il s'est interrogé sur la logique qui présidait à l'affectation à ce fonds de réserve d'une partie des prélèvements sur les revenus de l'épargne, sauf à considérer qu'il importait de taxer l'épargne individuelle au profit d'une forme d'épargne collective obligatoire.*

*Soulignant que la politique familiale était traitée désormais comme la variable d'ajustement des déficits publics, il a expliqué que cette branche était non seulement ponctionnée pour le financement du fonds de réserve pour les retraites, en réalité indirectement pour le financement des trente-cinq heures,*



*mais encore devrait prendre progressivement à sa charge la majoration de l'allocation de rentrée scolaire, soit plus de 7 milliards de francs à terme, sans que cette opération comptable n'apporte une quelconque amélioration à la situation des familles.*

*S'agissant de l'assurance maladie, **M. Charles Descours, rapporteur**, a estimé que le Gouvernement entendait désormais agir seul et se passer à la fois du Parlement, des partenaires sociaux et des professions de santé.*

*Il a souligné que les dépassements très importants de l'ONDAM en 1998 et 1999 auraient dû conduire le Gouvernement à proposer au Parlement un projet de loi de financement rectificatif de la sécurité sociale plutôt qu'à procéder à un « rebasage » du calcul de l'ONDAM qui affaiblissait très substantiellement la portée du vote du Parlement.*

*Il a jugé que l'application des dispositions du projet de loi de financement serait de nature à mettre fin à la régulation conventionnelle des relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie instituée depuis 1971, à créer une grande incertitude économique pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral et responsables des cliniques privées, qui pourraient se voir appliquer jusqu'à quatre tarifs différents au cours d'une même année civile, à mettre en péril les mécanismes de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de ville en instituant une obligation légale pour l'assurance maladie de faire « flotter » les tarifs au gré de fluctuations conjoncturelles de dépenses et, enfin, à paralyser la CNAMTS qui se verrait par ailleurs exclue de la régulation de l'hospitalisation privée.*

***M. Charles Descours, rapporteur**, a indiqué que le projet de loi proposait au Parlement, contrairement aux dispositions de la loi organique, d'adopter un objectif sectoriel de dépenses de l'assurance maladie pour le médicament. Il a considéré, en outre, qu'une disposition du projet de loi, pourtant irrecevable au regard de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, avait été adoptée par les députés concernant les médicaments génériques, que cette disposition était en contradiction directe avec la position exprimée par les Communautés européennes et leurs Etats membres dans un différend avec le Canada porté devant l'Organisation mondiale du commerce le 19 décembre 1997 au sujet de la protection conférée par un brevet pour les produits pharmaceutiques.*

*Il a rappelé que le Sénat, en première lecture, avait profondément modifié le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, et s'était opposé, ce faisant, aux prélèvements opérés sur la sécurité sociale, aux bouleversements des flux financiers de la protection sociale, s'était montré soucieux a contrario d'une transparence des comptes dans le respect de l'autonomie des branches et des responsabilités des partenaires sociaux, qu'il avait enfin affirmé sa*

*volonté que soient préservées les relations conventionnelles avec les professions de santé.*

***M. Charles Descours, rapporteur**, a rappelé qu'en nouvelle lecture, l'Assemblée nationale avait supprimé l'essentiel des apports du Sénat et que, le 16 novembre 1999, soit avant même de connaître le dispositif adopté par le Sénat en première lecture, la Conférence des présidents de l'Assemblée nationale avait inscrit dès le jeudi 2 décembre au soir sa lecture définitive du présent projet de loi. Il a estimé que la majorité de l'Assemblée nationale avait montré, par avance, qu'elle n'entendait tenir aucun compte des délibérations du Sénat.*

*Après avoir regretté que l'Assemblée nationale, en nouvelle lecture, ait ainsi déjà dit son « dernier mot » qui relevait, au demeurant, d'une forme de bégaiement par rapport à sa première lecture, il a considéré qu'il n'y avait pas lieu de poursuivre la délibération sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.*

***Mme Nicole Borvo** a indiqué que le groupe communiste républicain et citoyen ne voterait pas cette motion. Elle s'est étonnée que le rapporteur semble regretter la création des lois de financement de la sécurité sociale et ne se satisfasse pas du retour à l'équilibre de la sécurité sociale.*

*En réponse à Mme Nicole Borvo, **M. Charles Descours, rapporteur**, a souligné que les lois de financement de la sécurité sociale étaient un acquis essentiel, qui devait permettre une transparence accrue des comptes de la sécurité sociale, ainsi qu'une meilleure compréhension par le Parlement et l'opinion publique des enjeux de la protection sociale. Il a regretté que le Gouvernement ait, au contraire, choisi cette année de mélanger, au sein du même texte, le financement de la sécurité sociale et le financement des « 35 heures », ce qui générerait complexité et opacité.*

***M. Jean Delaneau, président**, a considéré également que le Gouvernement ne respectait pas l'esprit de la réforme de 1996. Il a souligné la complexité des montages financiers introduits dans les lois de financement qui allaient totalement à l'encontre de la transparence des comptes sociaux et qui se traduisaient par une imbrication malencontreuse de ces lois avec les lois de finances.*

***M. Francis Giraud** s'est inquiété du malaise grandissant que connaissaient les personnels hospitaliers. Il a jugé que la politique de santé menée par le Gouvernement, malgré des mesures ponctuelles parfois positives, s'avérait globalement incohérente et donnait des résultats peu satisfaisants.*

**M. Claude Domeizel** a souligné que l'action du Gouvernement avait permis de ramener le solde de la sécurité sociale d'un déficit de 54 milliards de francs à un excédent de 2 milliards de francs, ce dont il convenait de se féliciter. Il a fait valoir que l'opposition du groupe socialiste à la motion présentée par le rapporteur devait être interprétée comme un encouragement à la politique menée par le Gouvernement.

**M. Dominique Leclerc** a constaté que la réduction du déficit de la sécurité sociale résultait d'une augmentation des prélèvements et non d'une maîtrise des dépenses. Après avoir souligné que l'adhésion des professionnels était indispensable au bon fonctionnement du système de santé, il s'est inquiété du malaise des personnels hospitaliers. Il a considéré que la politique menée par le Gouvernement en matière de médicaments génériques relevait plus du discours incantatoire que de l'action concrète.

**M. Guy Fischer** a estimé que la dégradation du fonctionnement du système hospitalier n'était pas un phénomène récent.

**M. Charles Descours, rapporteur**, a évoqué à son tour le malaise des personnels hospitaliers.

Puis la commission a adopté, sur proposition du rapporteur, la motion tendant à opposer la question préalable au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 adopté avec modification par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.

Réuni le mercredi 1<sup>er</sup> décembre sous la présidence de **M. Jacques Bimbenet, vice-président**, la commission a pris acte de la transmission du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture le mardi 30 novembre 1999.

## AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Saisi en première lecture de 41 articles, le Sénat a adopté 16 articles conformes, modifié 15 articles, en a supprimé 10 et a inséré 11 articles additionnels.

Réunie le lundi 22 novembre 1999, la commission mixte paritaire n'a pu se mettre d'accord sur un texte commun. Elle a échoué sur l'article 1<sup>er</sup> portant approbation du rapport annexé, celui là même dont le Conseil d'Etat a considéré qu'il était dépourvu de valeur normative.

Trente six articles restaient ainsi en navette.

L'Assemblée nationale, en nouvelle lecture, est revenue pour l'essentiel à son texte de première lecture.

Elle n'a adopté que trois articles conformes : l'article 5 ter (*réduction de cotisations sociales pour les créateurs de jeunes entreprises*), résultant d'un amendement du Gouvernement, l'article 26 bis A (*prise en compte des périodes de rééducation professionnelle au titre des pensions vieillesse*), résultant d'un amendement de nos collègues du groupe communiste, républicain et citoyen, et l'article 26 bis (*amélioration de l'indemnisation des accidents du travail successifs*).

Elle a supprimé huit articles additionnels introduits par le Sénat : les articles 1er bis (*modifications du fonctionnement de la commission des comptes de la sécurité sociale*), 1<sup>er</sup> ter (*accélération des délais de remise des comptes sociaux et harmonisation des plans comptables des organismes de sécurité sociale*), 4 ter (*taxation des mélanges de boissons alcoolisées*),

5 quater (*affectation des résultats comptables des branches du régime général*), 11 bis (*situation du Fonds national de l'assurance veuvage*), 13 ter (*validation des périodes passées sous les drapeaux en Afrique du Nord entre 1954 et 1962*), 22 ter (*régime des médicaments princeps*) et 24 bis (*durée de l'expérimentation de la tarification à la pathologie*).

L'Assemblée nationale est revenue mot pour mot à son texte adopté en première lecture sur neuf articles modifiés ou supprimés par le Sénat : les articles 8 (*report de l'âge limite d'ouverture du droit au complément familial et aux aides au logement*), 13 bis (*possibilité de rachat de cotisations d'assurance vieillesse pour les commerçants et artisans*), 14 (*transfert à l'assurance maladie du financement de centres de dépistage*), 15 (*transfert à l'assurance maladie des dépenses liées aux cures de désintoxication réalisées à l'hôpital*), 19 (*contrôle des grands consommateurs de soins médicaux*), 21 (*ajustement de la clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques*), 23 (*réforme du tarif interministériel des prestations sanitaires*), 30 (*ratification du décret portant relèvement du plafond des ressources non permanentes applicable au régime général*) et 31 (*plafonnement des ressources non permanentes*).

Elle a apporté des modifications -le plus souvent mineures- à quatorze articles : les articles 1 (*rapport annexé*), 2 (*création du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale*), 3 (*institution d'une contribution sociale sur les bénéfices des sociétés*), 4 (*extension de la taxe générale sur les activités polluantes*), 5 (*modification des règles de répartition de la CSG et des droits sur les alcools entre les régimes d'assurance maladie*), 6 (*prévisions de recettes*), 9 (*garantie de ressources pour la branche famille*), 16 (*centres de santé*), 17 (*régulation des soins de ville par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés*), 22 bis (*délivrance d'une autorisation de mise sur le marché avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle*), 24 (*étatisation de la régulation de l'hospitalisation privée*), 26 (*extension du bénéfice de l'allocation de cessation d'anticipée pour les travailleurs de l'amiante*), 27 (*objectifs de dépense par branche*) et 29 bis (*neutralité des effets de trésorerie des relations entre l'Etat et la sécurité sociale*).

Ces modifications ne relèvent guère au demeurant du jeu de la navette mais constituent des remords ou des ajustements apportés par l'Assemblée nationale à son propre texte de première lecture. Ainsi, en est-il notamment des modifications apportées aux articles 2, 3, 4 et 22 bis, qui avait été supprimés par le Sénat, ou aux articles premier, 5, 17 et 24 réécrits par la Haute assemblée. Il s'agit en outre pour deux d'entre eux de coordination des articles dits de « totalisation » (articles 6 et 27).

Enfin, elle a retenu, en le modifiant, l'article 19 bis, introduit à l'initiative de notre collègue M. François Autain, prévoyant un rapport au Parlement sur les articles 18 et 19.

Au total, le nombre d'amendements adoptés par le Sénat en première lecture et pris finalement en compte par l'Assemblée nationale peut être estimé à sept, dont un d'initiative gouvernementale.

Ainsi l'Assemblée nationale a rétabli dans leur intégralité les dispositions qui avaient fait l'objet des critiques les plus vives de notre Haute Assemblée.

Votre commission constate ainsi que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 ne répond à aucune des questions que se posent les Français quant à l'avenir de leur protection sociale mais organise en revanche une extrême confusion dans la présentation des comptes sociaux et dans l'affectation des flux financiers de la sécurité sociale.

Elle déplore que, ce faisant, le Gouvernement masque l'importance des transferts et des choix qu'il opère dans l'opacité.

Votre commission vous propose en conséquence d'adopter une motion tendant à opposer la question préalable au projet de loi tel que rétabli par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.

## **EXAMEN DES ARTICLES**

### **TITRE PREMIER**

-

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

*Article premier*

### **Approbation du rapport annexé**

En première lecture, le Sénat avait adopté un amendement de réécriture globale du rapport annexé, résumant les principales analyses et propositions de votre commission des Affaires sociales.

Votre rapporteur souhaite rappeler ce qu'il écrivait l'année dernier :

*« L'adoption de ce rapport annexé, et les possibilités de l'amender, reviennent finalement à donner un statut juridique à une sorte de déclaration de politique générale du Gouvernement en matière de protection sociale, amendée à la marge pour contenter les différentes composantes de sa majorité, mais sans que leurs amendements prêtent trop à conséquence.*

*Dans ce cas, il apparaît clair qu'aucune loi de financement de la sécurité sociale ne pourra être adoptée en mêmes termes par l'Assemblée nationale et le Sénat, en cas de désaccord entre les majorités des deux assemblées. Même si les deux chambres parvenaient à un accord sur les*

*articles du texte en discussion, le seul « blocage » viendrait du rapport annexé »<sup>1</sup>.*

Comme pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, l'échec de la commission mixte paritaire est né d'un désaccord sur le texte du rapport annexé dont pourtant selon le Conseil d'Etat, dans son arrêt « Rouquette » du 5 mars 1999, les dispositions sont dépourvues de valeur normative.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a rétabli son texte de première lecture, en adoptant un amendement de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales.

Deux sous-amendements de M. Jean-Luc Prél ont été adoptés, l'un tendant à renforcer la politique de lutte contre le tabagisme, l'autre visant à préciser le contenu de l'entretien spécialisé dont devrait bénéficier chaque femme enceinte.

*Article premier bis*  
**Réforme du fonctionnement de la  
Commission des comptes de la sécurité sociale**

Cet article additionnel, introduit par le Sénat en première lecture, tend à renforcer le rôle de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

L'Assemblée nationale l'a supprimé en nouvelle lecture, à l'initiative de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales. La nomination du secrétaire général « sur proposition conjointe des présidents des deux assemblées » a fait l'objet de l'intégralité des critiques.

Or, l'objectif de cet article va bien au-delà de la modification des conditions de nomination du secrétaire général ; il vise à doter le secrétaire général d'une équipe autonome, afin d'éviter que la commission ne soit un simple « paravent » de la Direction de la sécurité sociale.

Le mode de nomination du secrétaire général n'est que la conséquence du rôle que l'on souhaite voir jouer par la Commission des comptes.

Si l'on considère que cette commission est une simple émanation de l'administration, la nomination du secrétaire général « *sur proposition*

---

<sup>1</sup> *Rapport n° 90 (1998-99), p. 12.*



*conjointe des présidents des deux assemblées* » est alors effectivement « contraire à la séparation des pouvoirs », selon l'argument d'autorité utilisé par Mme Martine Aubry.

Il reste alors que les missions qui sont confiées à cette commission, en l'espèce le bilan de la compensation intégrale des exonérations de charges sociales (article L. 114-1 du code de la sécurité sociale), celui de la garantie de ressources de la CNAF (article 9 du présent projet de loi) ou encore, avant que le Gouvernement ne retire cette disposition, l'avis sur le mode de calcul de l'imposition des organismes de gestion de la protection sociale destinée à financer les 35 heures, seraient des commandes que l'administration se passerait à elle-même. Certes, cette méthode évite toutes les surprises, mais est-elle cohérente ?

En revanche, si le Parlement souhaite que la commission des comptes fournisse des analyses objectives et approfondies permettant une meilleure information du Parlement et des partenaires sociaux, il est alors logique que son secrétaire général soit doté d'une forte autonomie que peut lui conférer un mode de désignation quelque peu solennel et parfaitement en accord avec le nouveau contexte des lois de financement de la sécurité sociale.

Votre rapporteur regrette que cet article ait été supprimé, sans avoir fait l'objet d'une analyse complète par la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales. Il reste persuadé que l'autonomie de la Commission des comptes de la sécurité sociale est une condition nécessaire de la transparence des finances sociales.

#### *Article premier ter*

### **Accélération des délais de remise des comptes sociaux et harmonisation des plans comptables des organismes de sécurité sociale**

Cet article additionnel, introduit par le Sénat en première lecture, tend à introduire une date butoir pour la remise des comptes (31 mars) et à inscrire dans la loi le principe d'un plan comptable unique pour les organismes de sécurité sociale.

L'Assemblée nationale l'a supprimé en nouvelle lecture, à l'initiative de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, au nom d'un « principe de réalité » bien curieux.

En effet, M. Alfred Recours, rapporteur, a estimé qu'il n'est pas « réaliste de penser que tous les régimes pourront, dès le 31 mars 2001,

*arrêter leurs comptes suivant un nouveau plan comptable qui est encore en cours d'élaboration pour la mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS) ».*

Votre rapporteur rappelle que le principe de la MIRCOSS a été retenu dès mai 1998. Cette mission n'a été effectivement installée qu'en décembre de la même année, mais M. Alain Deniel s'est efforcé de rattraper ce retard, imputable entièrement au Gouvernement.

Il est important que le législateur fixe un « cap ». Il est tout à fait réaliste de préciser que ce plan comptable unique pourra être achevé avant le 31 décembre 2000.

Prévoir que les organismes de sécurité sociale devront arrêter leurs comptes de l'année 2001 avant le 31 mars 2002 n'apparaît pas ainsi insurmontable.

## **TITRE II**

-

### **DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES**

#### *Art. 2*

#### **Création du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale**

En première lecture, le Sénat avait supprimé cet article.

Cette suppression était tout d'abord cohérente avec la position exprimée par la Haute Assemblée sur les 35 heures. Souhaitant une réduction du temps de travail « négociée » et non « imposée », le Sénat n'était pas obligé de compenser le surcoût du coût salarial horaire par un allègement de charges supplémentaire.

Cette suppression s'expliquait ensuite par la conviction que le Gouvernement dénaturait « l'outil » loi de financement, en mélangeant financement de la politique de l'emploi et financement de la sécurité sociale.

Pour votre commission, un allègement de charges doit être inscrit en loi de finances, et ne peut ainsi faire l'objet d'une débudgétisation aussi massive, par l'intermédiaire d'un fonds à l'équilibre mal assuré.

L'Assemblée nationale a rétabli l'essentiel de son texte en première lecture. Elle a toutefois supprimé une disposition qui mettait à la charge du fonds les « frais d'assiette et de recouvrement » des impôts, droits, taxes et contributions qui lui sont affectés.

#### *Art. 3*

#### **Institution d'une contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés (CSB)**

En première lecture, le Sénat avait supprimé cet article, par cohérence avec la suppression de l'article 2.

L'Assemblée nationale a rétabli l'essentiel de son texte de première lecture, en ajoutant à la demande du Gouvernement, un paragraphe additionnel. En vertu de ce paragraphe, les sanctions fiscales prévues en cas de paiement tardif de la contribution seront motivées de manière systématique ; par ailleurs, les sociétés disposeront de trente jours pour formuler leurs observations, orales ou écrites.

Ces règles plus protectrices anticipent la règle générale posée par le projet de loi de finances rectificative pour 1999, adopté le mercredi 24 novembre 1999 en Conseil des ministres.

Votre rapporteur regrette que la majorité de l'Assemblée nationale ait considéré que l'article 3 constituait une « réforme des cotisations patronales », voire même une « réforme de l'assiette des cotisations patronales ». Pourtant, il ne s'agit pas de prendre en compte un élément nouveau dans le calcul des cotisations patronales, mais de confirmer de manière permanente une imposition supplémentaire des entreprises en vue de financer une politique de l'emploi.

Prétendre que l'assiette des cotisations patronales est étendue « aux bénéfiques des sociétés » ou « aux activités polluantes » comme le fait le Gouvernement dans l'exposé des motifs de l'article 4 ci-après, conduirait à prétendre -au vu du fonctionnement du fonds de financement prévu à l'article 2- que cette assiette est étendue également au tabac, à l'alcool et... aux heures supplémentaires effectuées par les salariés.

#### *Art. 4*

#### **Extension de la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP)**

En première lecture, le Sénat avait supprimé cet article, par cohérence avec la position exprimée à l'article 2.

L'Assemblée nationale a rétabli l'essentiel de son texte de première lecture, par le biais d'un amendement de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

La commission a souhaité toutefois apporter une précision rédactionnelle en ce qui concerne la définition du fait générateur de la TGAP en cas d'acquisition intra-communautaire.

Un sous-amendement de M. Jean-Jacques Filleul, adopté malgré l'avis contraire de la commission et du Gouvernement, tend à exonérer le

transport des déchets par voie fluviale ou ferroviaire de la majoration applicable « *aux déchets réceptionnés dans une installation de stockage des déchets ménagers et assimilés de provenance extérieure au périmètre du plan d'élimination des déchets* ».

Un sous-amendement de M. Alfred Recours a été également adopté permettant aux lessiviers de « *répercuter la taxe afférente dans les contrats conclus avec les personnes physiques ou morales auxquelles elles vendent les produits correspondants* ».

Un autre sous-amendement de M. Alfred Recours a été enfin adopté, prévoyant que les producteurs de produits phytosanitaires, les producteurs de granulats et les lessiviers n'acquitteront la TGAP qu'au 15 avril 2000.

Ces amendements qui atténuent la portée de cet article n'ont pas pour autant pour effet de rendre acceptable ni l'affectation de cette taxe au financement des 35 heures, ni l'extension de son assiette et le relèvement de son taux.

#### *Art. 4 ter*

### **Taxation des mélanges de boissons alcoolisées**

Cet article additionnel, introduit par le Sénat en première lecture à l'initiative de M. Philippe Arnaud, vise à rédiger d'une manière plus précise le premier alinéa de l'article 1613 bis du code général des impôts, relatif à la taxation des premix.

M. Philippe Arnaud avait fait observer qu'un mélange entre un alcool fort et un jus de fruit était davantage taxé qu'un mélange entre un alcool fort et une autre boisson alcoolisée, comme une bière.

La commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale a proposé la suppression de cet article, au motif qu'il ne s'inscrivait plus « *dans la logique des premix qui consiste à lutter contre l'alcoolisme des jeunes* ».

Votre rapporteur avait donné un avis de sagesse lors de l'examen en première lecture au Sénat, estimant que cet amendement méritait un examen sérieux par le Gouvernement. Mme Dominique Gillot, secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, s'était bornée à indiquer qu'une « *taxation particulière sur des mélanges entraînerait une complication* » et qu'un tel

dispositif nécessitait « *un approfondissement, une étude particulière, de façon à éviter des contentieux* ». <sup>1</sup>

A l'Assemblée nationale, Mme Dominique Gillot a expliqué que le Gouvernement ne souhaitant pas que la taxe sur les premix soit « *étendue à des mélanges d'alcool, qui ne se vendent pas tout préparés, car cela reviendrait à taxer les vins* » <sup>2</sup>.

L'augmentation est curieuse. Soit le problème soulevé par M. Arnaud ne se pose pas en pratique et il n'y a pas lieu de taxer les mélanges de boissons alcoolisées. Soit ce problème existe et il serait alors souhaitable que le Gouvernement en analyse de manière approfondie la pertinence.

#### *Art. 5*

### **Modification des règles de répartition de la CSG et des droits sur les alcools entre les régimes d'assurance maladie**

Le Sénat avait adopté en première lecture un amendement procédant à une réécriture de cet article. Votre commission avait proposé une répartition de la CSG maladie selon une clef de répartition fixée en pourcentage. Votre commission avait souhaité qu'une distinction soit faite entre le flux financier de la CSG et le flux financier des droits sur les alcools, pour des raisons de lisibilité.

L'Assemblée nationale a rétabli le texte qu'elle avait adopté en première lecture.

Il est curieux que le Gouvernement reproche au système adopté par le Sénat son manque de simplicité. Au contraire, le système adopté par le Sénat répartissait la CSG maladie de la manière suivante : 87 % pour la CNAMTS et 13 % pour les régimes d'assurance maladie

En revanche, la lecture de l'article 5, proposé par le Gouvernement, fait référence à des montants perçus en 1998, actualisés au 1<sup>er</sup> janvier 2000. Il est ainsi particulièrement difficile -pour ne pas dire impossible- de déterminer exactement ce qui reviendra à tel ou tel régime d'assurance maladie.

---

<sup>1</sup> JO Débat Sénat, séance du 17 novembre 1999, p. 6021.

<sup>2</sup> CRA 2<sup>ème</sup> séance 25 novembre 1999, p. 8.

*Art. 5 quater*

**Affectation des résultats comptables des branches du régime général**

Cet article additionnel introduit par le Sénat en première lecture, vise à préciser l'affectation des résultats comptables des branches du régime général.

L'Assemblée nationale l'a supprimé en nouvelle lecture, à l'initiative de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociale. M. Alfred Recours, rapporteur, a justifié cette suppression au regard de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, qui a mis fin à la possibilité, pour les branches du régime général, de placer leurs « excédents durables de trésorerie » en-dehors du tronc commun de l'ACOSS.

Cet argument montre une grande confusion, qui ne date pas d'hier, entre la *trésorerie* du régime général et le *résultat comptable* des branches. Autant il peut apparaître légitime que les branches comptables excédentaires prêtent aux branches déficitaires en cours d'exercice, autant il semble indispensable que les branches du régime général bénéficient de leurs excédents et supportent les conséquence de leurs déficits. C'est précisément cette confusion qu'entendait dissiper votre rapporteur.

*Art. 6*

**Prévisions de recettes**

En première lecture, le Sénat avait modifié l'article 6, à l'initiative de votre commission des Affaires sociales ; il convenait, en effet, de prendre en compte la suppression des articles 2, 3 et 4, en retranchant de la ligne « Impôts et taxes affectés » les droits sur les tabacs, la CSB, la TGAP et la taxe sur heures supplémentaires (- 54 milliards de francs), en retranchant de la ligne « contributions publiques », la contribution de l'Etat au fonds de financement de la réforme des cotisations patronales (4,3 milliards de francs) et en réintégrant dans la ligne « cotisations effectives », au titre des cotisations prises en charge, la ristourne Juppé (+ 39,5 milliards de francs ), ainsi que la contribution de l'Etat (+ 4,3 milliards de francs).

Enfin, la Haute Assemblée avait tenu compte de l'adoption de l'article 5 ter, diminuant de 300 millions de francs les cotisations des actifs non salariés (- 0,3 milliard de francs).

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a rétabli les montants arrêtés en première lecture, en ne prenant en considération que « *le financement de l'article 5 ter* ».

Par ailleurs, elle a adopté un certain nombre de sous-amendements présentés par le Gouvernement prenant en compte le versement des 3 milliards de francs par la Caisse des dépôts et consignations dans la ligne « Autres ressources », et le « plan de financement » de la CNRACL, adopté dans le cadre du projet de loi de finances (relèvement du taux des cotisations employeurs et diminution de la surcompensation).



### **TITRE III**

-

## **DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE**

### **Section 1**

-

### **Branche famille**

#### *Art. 8*

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

Cet article permet le relèvement de 20 à 21 ans de l'âge limite d'ouverture du droit au complément familial et aux aides au logement (allocation de logement familiale et aide personnalisée au logement).

Il procède également, dans son paragraphe III, à l'abrogation de l'article 22 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille, qui prévoyait, avant le 31 décembre 1999, le relèvement progressif jusqu'à 22 ans de l'âge limite d'ouverture du droit à l'ensemble des prestations familiales.

En première lecture, le Sénat avait, à l'initiative de votre commission, refusé d'abroger cet article 22 et avait, au contraire, choisi de prolonger la durée d'application de cet article de trois années supplémentaires, soit jusqu'au 21 décembre 2002.

Le Sénat avait ainsi entendu réaffirmer l'attachement qu'il porte à l'objectif de relèvement à 22 ans de l'âge limite d'ouverture du droit aux prestations familiales.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a rétabli le texte qu'elle avait adopté en première lecture.

*Art. 9*

**Garantie de ressources pour la branche famille**

Cet article garantit à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) un niveau minimum de ressources à l'issue d'une période de cinq ans, de 1997 à 2002.

En première lecture, le Sénat avait adopté trois amendements proposés par votre commission, visant à conférer une plus grande efficacité à la garantie de ressources ainsi instituée.

Les deux premiers amendements décalaient d'une année cette garantie de ressources afin qu'elle couvre la période 1999-2003 et non 1998-2002 et qu'elle prenne comme base de référence l'année 1998 et non l'année 1997.

Le troisième amendement précisait que l'éventuel versement compensateur à la branche famille proviendrait de l'Etat.

Enfin, le Sénat s'était interrogé sur l'utilité réelle d'une garantie de ressources si le Gouvernement multipliait parallèlement les ponctions sur la branche famille sous la forme, par exemple, de la débudgétisation de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a rétabli le texte qu'elle avait adopté en première lecture pour la délimitation de la période couverte par cette garantie de ressources, soit 1998-2002.

Elle a, en revanche, accepté la précision apportée par le Sénat prévoyant qu'il incomberait à l'Etat de verser à la branche famille l'éventuelle compensation pour perte de ressources. Il était toutefois inutile qu'à cette occasion Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteur de l'Assemblée nationale, ait cru bon de préciser : « *le Sénat peut donc améliorer un texte !* »<sup>1</sup>. Votre rapporteur se félicite de cette découverte opportune et remarque que l'amélioration des textes adoptés par l'Assemblée nationale constitue effectivement, pour le Sénat, une tâche lourde et prenante.

---

<sup>1</sup> *Compte rendu analytique officiel de l'Assemblée nationale - 2<sup>ème</sup> séance du jeudi 25 novembre 1999, p. 12.*

## Section 2

-

### Branche vieillesse

#### Art. 10

#### **Affectations au fonds de réserve pour les retraites**

Cet article prévoit l'affectation au fonds de réserve pour les retraites des excédents de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et de 49 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine.

En première lecture, le Sénat avait, à l'initiative de votre commission, supprimé cet article. Après avoir constaté que le fonds de réserve n'était aujourd'hui, pour le Gouvernement, qu'un alibi destiné à masquer son incapacité à entreprendre les réformes nécessaires à assurer la pérennité de notre système de retraite, le Sénat n'avait pas, pour autant, souhaité supprimer ce fonds qui pouvait servir de réceptacle à des recettes non fiscales exceptionnelles (fonds des caisses d'épargne voire « libéralités spontanées » provenant de la Caisse des dépôts et consignations).

En revanche, le Sénat s'était opposé à une ponction dans les réserves de la sécurité sociale, par des contributions directes ou indirectes, avant que les lignes directrices de la réforme des retraites n'aient été clairement définies et ladite réforme effectivement engagée.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a rétabli son texte de première lecture modifié sur deux points :

- elle a, d'une part, prévu que les dispositions relatives à l'affectation de 49 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine seraient applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000 ;

- elle a, d'autre part, complété cet article par un paragraphe V (nouveau) stipulant que la Caisse des dépôts et consignations verserait au fonds de réserve en 2000, sur le résultat net de son activité pour compte propre dégagé au titre de l'exercice 1999, la somme de 3 milliards de francs.

Lors de la présentation de cette disposition en commission, le 23 novembre dernier, M. Jean Le Garrec, président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale a précisé que « *cet amendement qui concerne l'utilisation des résultats des*

*participations de la Caisse dans les « noyaux durs » a été présenté en plein accord avec la Caisse des dépôts et à l'initiative du président de son conseil de surveillance, M. Jean-Pierre Balligand »<sup>1</sup>.*

Lors du débat en séance publique, M. Le Garrec a souhaité que « *si les profits de la Caisse des dépôts étaient plus importants que prévu, un supplément soit affecté audit fonds, par le biais du collectif* »<sup>2</sup>.

Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, a dit comprendre le souhait exprimé par M. Le Garrec tout en précisant « *mais ce n'est pas à moi de décider de l'affectation des fonds de la Caisse des dépôts !* ».

Il reste qu'il n'appartient pas à la Caisse des dépôts et consignations de prendre l'initiative d'une affectation de son dividende à tel ou tel emploi, fût-ce le fonds de réserve pour les retraites à la gestion duquel elle semble aspirer. Une autre solution, plus respectueuse des règles budgétaires, aurait pu contribuer à majorer d'autant -puisque le dividende de la caisse apparaît sous-évalué- les recettes non fiscales du budget général et à inscrire, le cas échéant, une contribution budgétaire au fonds de réserve.

#### *Art. 11 bis*

#### **Situation du fonds national de l'assurance veuvage**

Cet article additionnel introduit par le Sénat en première lecture, sur proposition de votre commission, prévoyait que le Gouvernement présenterait au Parlement, avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, un rapport retraçant la situation du fonds national de l'assurance veuvage et étudiant les modalités d'une revalorisation significative du montant des prestations d'assurance veuvage.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a supprimé cet article.

---

<sup>1</sup> Député (PS) de l'Aisne.

<sup>2</sup> Compte rendu analytique officiel de l'Assemblée nationale, 2<sup>ème</sup> séance du jeudi 25 novembre 1999, p. 13.

*Art. 13 bis*

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

Cet article vise à permettre aux artisans et aux commerçants de racheter des cotisations d'assurance vieillesse pour les périodes antérieures à 1973.

Le délai d'un an prévu par cet article pour présenter la demande de rachat des cotisations ayant paru un peu court à votre commission, le Sénat a porté ce délai à deux ans en première lecture.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a rétabli le texte qu'elle avait adopté en première lecture, soit un délai d'un an.

*Art. 13 ter*

**Validation des périodes passées sous les drapeaux  
en Afrique du Nord entre 1954 et 1962**

Cet article additionnel, introduit par le Sénat en première lecture, résultait d'un amendement présenté par MM. Jean-Paul Amoudry, Marcel Lesbros et les membres du groupe de l'Union centriste.

Il précisait que les périodes militaires accomplies en Afrique du Nord de 1954 à 1962 étaient validées pour le calcul de la retraite, y compris pour les personnes qui n'avaient jamais personnellement bénéficié de la qualité d'assuré social avant la date de leur incorporation.

Au cours du débat au Sénat, après avoir indiqué que cet amendement était satisfait par le droit en vigueur, votre rapporteur avait souligné que les personnes concernées semblaient éprouver des difficultés à obtenir l'application de ce droit par les caisses de retraite.

Réunie le 23 novembre dernier, la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale a examiné un amendement de suppression de cet article présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse.

M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a considéré que, si d'un point de vue strictement juridique, l'amendement de suppression de l'article était légitime, puisque la règle de droit existe déjà,

d'un point de vue concret, il serait peut-être utile de maintenir cet article jusqu'à la séance publique afin que la ministre puisse donner sa position sur la question et expliquer comment elle entend contraindre les caisses à respecter le droit.

La commission a donc rejeté l'amendement de suppression et a adopté l'article 13 *ter* sans modification.

Lors de l'examen du projet de loi en séance publique, en nouvelle lecture, M. Denis Jacquat, rapporteur, a indiqué, de manière erronée, que la commission n'avait pas adopté cet article tandis que Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, se prononçait contre cet article en expliquant qu'il n'apportait rien au droit existant<sup>1</sup>.

Cet article, introduit par le Sénat, a donc été supprimé par l'Assemblée nationale.

---

<sup>1</sup> *Compte rendu analytique officiel de l'Assemblée nationale, 2<sup>ème</sup> séance du jeudi 25 novembre 1999, p. 15.*

### Section 3

-

### Branche maladie

#### Art. 14

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

#### **Transfert à l'assurance maladie du financement des centres de dépistage anonyme et gratuit**

Au cours de la première lecture, le Sénat avait supprimé cet article. Il avait en effet refusé le transfert de compétence qu'il instituait en l'absence du transfert des moyens financiers correspondants. Il avait souligné que le Gouvernement inscrivait ce transfert dans le présent projet de loi discuté au mois de novembre après avoir élargi, dans la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, les missions des centres de dépistage anonyme et gratuit.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a rétabli l'article dans la rédaction qu'elle avait retenue en première lecture.

#### Art. 15

*(art. 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, art. L. 628-5 du code de la santé publique, art. L. 174-17 nouveau du code de la sécurité sociale)*

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

Au cours de la première lecture, le Sénat avait supprimé cet article pour les mêmes raisons que celles qui ont été exposées sous l'article 14. Au cours des débats, plusieurs sénateurs avaient souligné l'importance de la contrainte financière supplémentaire qu'allait entraîner l'application de cet article pour les hôpitaux publics.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a rétabli cet article dans la rédaction qu'elle avait retenue en première lecture.

*Art. 16*

*(art. L. 765-1 nouveau du code de la santé publique, art. L. 162-32, art. L. 162-32-1 à L. 162-32-3 nouveaux du code de la sécurité sociale)*

**Centres de santé**

Au cours de la première lecture, le Sénat a amendé cet article afin de :

- préciser le régime de l'agrément des centres de santé et de réserver aux centres de santé agréés la délivrance de soins aux assurés sociaux ;
- modifier les dispositions relatives à l'accord national entre les centres et l'assurance maladie qu'il institue. Le Sénat a prévu que cet accord, qu'il avait dénommé « convention nationale », comporterait la fixation d'un objectif de dépenses et des mesures de nature à garantir son respect.

En nouvelle lecture, le rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, M. Claude Evin, a adopté un amendement qui « *tient compte du bon travail du Sénat sur cet article et reprend donc les éléments relatifs à l'agrément des centres* ».

Votre commission apprécie à sa juste valeur cet éloge du rapporteur, et regrette de devoir constater :

- que le Sénat semble faire du « *bon travail* » lorsqu'il corrige des erreurs ou des malfaçons d'un texte, mais pas lorsqu'il propose de le modifier sur le fond : l'Assemblée nationale a maintenu le texte proposé par le Gouvernement en ce qu'il fait de la régulation conventionnelle des centres de santé la seule à ne pas s'articuler autour d'un objectif de dépenses ;
- que tout le « *bon travail* » du Sénat n'est pas pris en compte. En effet, le paragraphe III de l'article adopté par l'Assemblée nationale fait référence au « *deuxième alinéa* » de l'article L. 765-1 du code de la santé publique pour viser l'agrément, alors qu'il aurait fallu viser le troisième. En outre, il apparaît peu logique de réserver, dans le I, aux seuls centres de santé agréés l'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, puis de prévoir dans le III que, dans les centres de santé non agréés, les tarifs applicables seront les tarifs conventionnels.



*Art. 17*

*(art. L. 162-1-8, L. 162-5-2 à L. 162-5-8, L. 162-5-9, L. 162-5-11, L. 162-9, L. 162-12-2 à L. 162-12-7, L. 162-12-9 à L. 162-12-12, L. 162-14-1 à L. 162-14-4, art. L. 162-12-17 et L. 162-12-18, L. 162-14 et L. 162-15, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 nouveaux, art. L. 227-1, L. 322-5-4 et L. 322-5-5, L. 645-2 et L. 645-2-1, L. 722-4 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale)*

**Régulation des soins de ville par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés**

Au cours de la première lecture, le Sénat avait adopté une nouvelle rédaction pour cet article relatif à la maîtrise de l'évolution des dépenses de soins de ville. Il avait en effet estimé que son application mettrait fin au système conventionnel institué depuis 1971, réduirait les dispositifs de maîtrise à des mécanismes purement comptables, induirait une grande insécurité chez les professionnels de santé qui pourraient voir leur espérance de revenus professionnels modifiée plusieurs fois par an, menacerait l'existence des syndicats représentatifs de l'ensemble des médecins spécialistes et conduirait à l'obstruction de la CNAMTS.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a rétabli cet article dans la rédaction qu'elle avait adoptée en première lecture, à l'exception d'une modification formelle.

*Art. 19*

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

**Contrôle des grands consommateurs de soins médicaux**

Au cours de la première lecture, le Sénat avait supprimé cet article qu'il avait estimé inadapté pour résoudre les problèmes posés par le nomadisme médical ; il avait critiqué le rôle d'arbitre que faisait jouer ce texte au patient entre son médecin traitant et le médecin conseil de l'assurance maladie.

L'Assemblée nationale a rétabli cet article dans la rédaction qu'elle avait retenue en première lecture.

*Art. 19 bis*

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

En première lecture, le Sénat avait adopté cet article additionnel présenté par les sénateurs membres du groupe socialiste, qui demandait qu'un rapport établissant le bilan financier de l'application de l'article 18 soit rédigé par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et présenté au Parlement. L'amendement prévoyait initialement l'établissement d'un rapport sur l'application des articles 18 et 19. Par coordination avec la suppression intervenue précédemment de l'article 19, la référence à ce dernier article avait été elle-même supprimée.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a étendu à l'article 19 le bilan d'application proposé par le Sénat. Cette belle unanimité parlementaire témoigne, s'il en était besoin, du peu de conviction avec laquelle les députés de la majorité et les sénateurs de l'opposition ont adopté les dispositions de l'article 19 du projet de loi présenté par le Gouvernement.

*Art. 21*

**Fixation d'un objectif de dépenses pour le médicament**

Au cours de la première lecture, le Sénat avait supprimé cet article qu'il avait estimé contraire à la loi organique en ce qu'il instituait un objectif de dépenses propre au secteur du médicament : la loi organique dispose en effet que les lois de financement ne comportent qu'un objectif national de dépenses d'assurance maladie.

L'Assemblée nationale a rétabli cet article en nouvelle lecture, estimant qu'il ne faisait que « *modifier les règles de calcul d'une imposition affectée aux régimes d'assurance maladie* ».

Votre commission réfute cet argument. En effet, le présent article ne modifie en rien les règles de calcul d'une imposition : il donne, pour 2000, la valeur de 2 % au taux K mentionné dans l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, K représentant l'ONDAM. Le taux de 2 % ne constitue pas une « *règle de calcul* », mais le taux de progression des dépenses au delà duquel se déclenchera le mécanisme de régulation des dépenses pharmaceutiques défini sous la forme d'une taxe par l'article L. 138-10.

En pratique, l'adoption de cet article aura bien pour effet de déterminer un objectif de dépenses spécifique pour l'ensemble du secteur du médicament, et pas seulement pour les entreprises non conventionnées. En effet, les conventions individuelles, à la différence de la taxe, ne sont pas obligatoires pour les laboratoires : la taxe a pour seule fonction d'inciter les entreprises à conclure des conventions. Le taux de progression des dépenses défini par cet article est donc bien un objectif qui concerne toutes les entreprises, qui seront d'autant plus incitées à signer des conventions que le taux autorisé de progression des dépenses, défini par l'article L. 138-10, sera peu élevé.

Il est d'autant plus important que le Conseil constitutionnel tranche cette question que la ministre de l'Emploi et de la solidarité a déclaré, devant votre commission comme en séance publique, qu'elle comptait « rebaser » l'ONDAM, si nécessaire, chaque année, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (*cf. commentaires dans le rapport de votre commission adopté en première lecture, p.135 et suivantes du tome I, p.141 et suivantes du tome IV*). Des initiatives telles que celle qui est prise par le Gouvernement en présentant cet article seront donc appelées à se reproduire chaque année, la définition d'objectifs sectoriels liés à des mécanismes particuliers de régulation semblant devoir se substituer à un ONDAM normatif tel qu'il a été défini par les réformes constitutionnelle et organique instituant les lois de financement de la sécurité sociale.

*Art. 22 bis*

*(art. L. 601 du code de la santé publique)*

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

Au cours de la première lecture, le Sénat avait supprimé cet article au motif que son application risquait de multiplier les contentieux entre laboratoires pharmaceutiques et d'encourager des pratiques d'industriels peu scrupuleux qui décideraient d'anticiper la mise sur le marché de médicaments génériques, de médicaments princeps encore protégés pour s'approprier un avantage commercial immédiat et, en pratique, irréversible par rapport à leurs concurrents.

Votre commission estime également que la conformité de cet article aux dispositions organiques est douteuse : il aura sans nul doute plus d'impact sur les répartitions de parts de marché entre laboratoires que sur les finances de l'assurance maladie.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a à nouveau adopté les dispositions qu'elle avait retenues en première lecture, et qui constituent désormais le premier alinéa de l'article. Elle les a complétées par deux alinéas.

Le premier de ces alinéas prévoit que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé préviendra le titulaire des droits de propriété lorsqu'elle aura délivré une AMM dans les conditions prévues au premier alinéa. Cette disposition va dans le bon sens, mais n'est pas de nature à atténuer la portée des critiques adressées par votre commission au contenu du premier alinéa du présent article.

Le second de ces deux alinéas prévoit que les études de bio-disponibilité tendant à démontrer la bio-équivalence avec la spécialité de référence en vue de la délivrance d'une AMM dans les conditions prévues par cet article sont considérées comme « *des actes accomplis à titre expérimental* » au sens de l'article L. 613-5 du code de la propriété intellectuelle : cela signifie qu'ils ne constituent pas des actes de contrefaçon.

Votre commission estime que cette disposition introduite par voie d'amendement n'est pas recevable au regard des dispositions de la loi organique. En outre, elle la désapprouve sur le fond et rappelle que, le 17 décembre 1997, la Commission européenne a déposé une plainte contre le Canada devant l'Organe de Règlement des différends de l'OMC parce que ce pays avait adopté une disposition similaire dans sa législation nationale.

Cette plainte relève ainsi *-texte officiel en anglais-* que :

« *Under Canadian patent legislation, however, a third party may, without the consent of the patent holder, use a patented invention to :*

« *- carry out experiments and tests required (proof of safety and bio-equivalence) to obtain marketing approval of the copy of an innovative medicine before the expiration of the relevant patent in order to ensure market access immediately following the patent expiry* ».

(Sous le régime de la législation canadienne des brevets, un tiers peut, sans l'accord du titulaire du brevet, utiliser une invention protégée pour : réaliser des expérimentations et des essais requis (en vue d'établir la preuve de l'innocuité et de bio-équivalence) pour la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché d'une copie d'un médicament protégé avant l'expiration du brevet correspondant afin de permettre la mise sur le marché dès l'expiration des droits)

La Commission poursuit en estimant que :

« *In the view of the European Communities and their Member States, Canada's patent legislation is not compatible with Canada's obligations under the TRIPs Agreement, since it does not provide for the full protection of patented pharmaceutical inventions for the entire duration of the term of*

*protection as foreseen under Articles 27.1, 28 and 33 of the TRIPs Agreement. »*

(Les Communautés européennes et leurs Etats membres considèrent que la législation canadienne n'est pas compatible avec les engagements du Canada dans le cadre des accords ADPIC (Accords sur les aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce- Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights) car elle n'assure pas une protection complète aux inventions brevetées dans le domaine pharmaceutique pour l'intégralité de la durée de protection, au sens des. articles 27.1, 28 et 33 de l'accord ADPIC).

**En cas d'adoption du présent article, la position de la France serait ainsi difficilement défendable vis à vis des instances communautaires, et ne pourrait être comprise au niveau international, compte tenu des engagements de la France et des arguments avancés par les Communautés européennes dans le cadre du différend porté devant les instances de l'OMC.**

*Art. 22 ter*

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

**Régime des médicaments princeps**

Dans un souci d'équité, le Sénat avait adopté en première lecture cet article additionnel à l'initiative de notre collègue Claude Huriet. Il étendait aux médicaments princeps des dérogations prévues pour les médicaments génériques dès lors que le prix de ces médicaments princeps a été abaissé au niveau de l'un au moins de ses génériques.

Sans contester le caractère équitable de mesure, l'Assemblée nationale a supprimé cet article en nouvelle lecture, au motif que « *si les laboratoires produisant des princeps annoncent qu'ils baisseront leurs prix dès l'entrée des médicaments dans le domaine public, le risque est que les laboratoires ne soient pas incités à produire des médicaments génériques* ».

Il s'agit là d'une curieuse argumentation, qui révèle que la politique de promotion des génériques, d'abord annoncée comme devant favoriser des économies pour l'assurance maladie, est devenue une fin en soi : il semble que le Gouvernement et les députés veulent par principe promouvoir les génériques, même si leurs princeps, qui par définition sont les mêmes médicaments, sont au même prix et permettent ainsi à l'assurance maladie de réaliser des économies.

*Art. 23*

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

**Réforme du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS)**

Au cours de la première lecture, le Sénat avait complété cet article en adoptant un amendement présenté par M. Claude Huriet visant à imposer, pour certains dispositifs médicaux, des normes de sécurité et une qualification minimale des professionnels.

Sans se prononcer sur le fond, l'Assemblée nationale est revenue à son texte de première lecture en estimant que le dispositif adopté par le Sénat constituait un « *cavalier social* ».

Votre commission conteste cette argumentation, relevant que de telles restrictions à la pratique de certains actes et l'utilisation de certains procédés et techniques sont proposées dans des plans d'économies pour l'assurance maladie : leur adoption aurait, sans nul doute, un impact important sur les finances sociales.

*Art. 24*

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

**Etatisation de la régulation de l'hospitalisation privée**

Au cours de la première lecture, le Sénat avait adopté de nombreux amendements à cet article afin de rétablir le champ contractuel de régulation des dépenses de l'hospitalisation privée, que le projet de loi tendait à rétrécir, ainsi qu'à restaurer la place de l'assurance maladie dans la régulation de ce secteur, que le projet de loi supprimait pour en confier la charge exclusive à l'Etat.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a rétabli cet article dans la rédaction qu'elle avait retenue en première lecture, à l'exception du paragraphe II où elle a prévu que la possibilité de modulation des tarifs des prestations pouvait concerner une activité ciblée, sans pour autant rendre nécessaire la définition d'évolutions moyennes différenciées pour les activités

médicales, et du paragraphe VI, où elle a modifié la numérotation d'un article du code de la sécurité sociale.

*Art. 24 bis*

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

**Durée de l'expérimentation de la tarification à la pathologie**

Au cours de la première lecture, le Sénat a adopté un article additionnel tendant à raccourcir de cinq à deux ans la durée de l'expérimentation de la tarification à la pathologie instituée par l'article 55 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Convaincu de « *la nécessité d'une expérimentation d'une durée conséquente* », le rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, M. Claude Evin, a convaincu ses collègues de supprimer cet article.

## Section 4

-

### Branche accidents du travail

#### Art. 26

(art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

#### **Extension du bénéfice de l'allocation de cessation d'activité pour les travailleurs de l'amiante**

L'Assemblée nationale a supprimé l'amendement introduit au III de cet article à l'initiative de votre rapporteur, tendant à permettre que soient compensées les périodes d'activité réduite pour les victimes de l'amiante titulaires d'une pension de première, voire de deuxième catégorie, qui ont occupé pendant plusieurs années un emploi à temps partiel ou aménagé et plus faiblement rémunéré qu'un emploi normal.

Il ressort de la réponse faite par Mme Martine Aubry devant le Sénat que le ministère entendait remonter aussi loin que nécessaire dans le temps pour neutraliser les périodes de rémunération réduite et se référer à un salaire à temps complet assorti de coefficients d'actualisation. Cette interprétation, qui ne ressortait pas explicitement de la rédaction de cet article, semble de nature à garantir un traitement équitable pour les intéressés.

Par ailleurs, l'Assemblée nationale a supprimé la modification visant à garantir le respect du principe de parité entre l'Etat et la branche « accidents du travail » pour le financement du fonds pour les victimes de l'amiante, principe qui avait pourtant été affirmé par Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité lors de la création du fonds en novembre 1998.

L'Assemblée nationale a même confirmé, au niveau de la loi, le recours accru à un financement de la branche assurance maladie en adoptant un amendement afin de renvoyer expressément à l'article 29 du projet de loi de finances pour 2000, lequel dispose qu'une fraction des droits sur les tabacs, égale à 0,43 %, sera affectée « *dans la limite de 200 millions de francs* » au financement du fonds.

Non seulement l'Etat abandonne le principe de parité, mais, qui plus est, il plafonne, au niveau de la loi, le montant de sa participation annuelle, faisant ainsi de la branche accidents du travail la « variable d'ajustement » des dépenses réelles du fonds de solidarité « amiante ». Cette attitude est particulièrement inacceptable.



## Section 5

-

### Objectifs de dépenses par branche

#### Art. 27

### Objectifs de dépenses par branche

En première lecture, le Sénat avait réduit l'objectif de dépenses de la branche famille, estimant qu'il était artificiellement gonflé de 2,5 milliards de francs en raison de la prise en charge partielle de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire.

Le Gouvernement avait, par ailleurs, présenté un amendement, adopté par le Sénat, tendant à relever l'objectif de dépenses « vieillesse veuvage » de 1 milliard de francs, en raison de la nouvelle mesure de revalorisation des retraites agricoles, décidée par le Gouvernement.

L'Assemblée nationale est revenu à l'objectif de dépenses « famille » initial. Elle a, par ailleurs, majoré de 200 millions de francs supplémentaires l'objectif « vieillesse veuvage », par coordination avec le dispositif adopté en loi de finances.

En effet, le coût brut de la mesure de revalorisation des retraites agricoles les plus faibles sera finalement de 1,2 milliard de francs. Mais le coût net, serait d'un milliard de francs : il faut tenir compte des économies sur les dépenses du minimum vieillesse prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse, dépenses retracées à l'objectif « vieillesse-veuvage ».

Le Gouvernement n'a pas jugé nécessaire de prendre en compte cette économie sur les dépenses du minimum vieillesse.

#### Objectifs de dépenses par branche Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000

	PLFSS initial	PLFSS modifié par AN	PLFSS Sénat	PLFSS AN nouvelle lecture
Madadie maternité invalidité décès	733,3	- 2,3 731,0	731,0	731,0
Vieillesse veuvage	803,3	- 1,8 + 0,2 801,7	+ 1,0 802,7	+ 0,2 802,5
Accidents du travail	54,7	- 0,4 + 0,4 54,7	54,7	54,7
Famille	265,0	- 1,0 264,0	- 2,5 261,5	+ 2,5 264,0
<b>Total</b>	<b>1.856,3</b>	<b>1.851,4</b>	<b>1.849,9</b>	<b>1.852,6</b>

## **Section 7**

-

### **Mesures relatives à la trésorerie**

#### *Art. 29 bis*

#### **Neutralité des effets de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale et ces régimes**

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture, vise à affirmer un principe général de neutralité des effets de trésorerie entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale et ces régimes, établi par l'intermédiaire de conventions.

En première lecture, le Sénat avait substitué à la dénomination de « régimes de protection sociale » celle de « régimes obligatoires de base », conforme à la rédaction retenue par le législateur organique.

Il avait également modifié la référence de l'article du code de la sécurité sociale, en retenant l'article L. 139-32 au lieu de l'article L. 139-2, en coordination du vote de l'article 5.

L'Assemblée nationale a rétabli le texte initial de l'article 5. En conséquence, elle n'a retenu que le premier amendement adopté par le Sénat.

#### *Art. 30*

#### **Ratification du décret portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale**

En première lecture, le Sénat avait supprimé cet article, estimant que le Gouvernement abusait de l'urgence en recourant systématiquement à un décret pour relever ce plafond des avances de trésorerie, alors qu'il avait la possibilité de déposer un projet de loi de financement rectificatif.

L'Assemblée nationale a rétabli le texte de l'article 30 adopté en première lecture.

*Art. 31*

**Plafonnement des ressources non permanentes**

En première lecture, le Sénat avait supprimé la possibilité pour la CNRACL de recourir à l'emprunt, avait réduit le plafond d'avances de trésorerie du régime des exploitants agricoles, dont l'évolution est sans rapport avec celle de son solde comptable, et le plafond d'avances de trésorerie du régime général, en raison de la suppression du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de l'article 2.

L'Assemblée nationale a rétabli son texte de première lecture.

Votre rapporteur constate que la création du « fonds de financement de la réforme des cotisations patronales » a bien pour conséquence une dégradation de la trésorerie du régime général, au-delà des principes généraux de « neutralité » énoncés à l'article 2 et à l'article 29 bis.

## MOTION

*présentée par*

**M. Charles Descours**

**au nom de la commission des Affaires sociales**

### **TENDANT À OPPOSER LA QUESTION PRÉALABLE<sup>1</sup>**

En application de l'article 44, alinéa 3, du Règlement, le Sénat,

Considérant que la raison d'être des lois de financement de la sécurité sociale est de permettre à la représentation nationale de débattre dans la transparence des enjeux financiers de la protection sociale ;

Considérant que la compréhension par chacun, assuré ou contribuable, du fondement et de la destination des prélèvements sociaux, c'est-à-dire l'intelligibilité des comptes sociaux, est une condition essentielle de leur redressement durable ;

Considérant que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 ne répond à aucune question que se posent les Français quant à l'avenir de la protection sociale ;

Considérant qu'il organise en revanche une extrême confusion dans la présentation des comptes sociaux et dans l'affectation des flux financiers de la sécurité sociale ;

---

<sup>1</sup> En application de l'article 44, alinéa 3, du Règlement, cette motion est soumise au Sénat avant la discussion des articles.

Considérant que, ce faisant, le Gouvernement masque l'importance des transferts et des choix qu'il opère dans l'opacité ;

Considérant que les trois premières lois de financement de la sécurité sociale s'étaient efforcées avec plus ou moins de bonheur de redresser les comptes sociaux ;

Considérant, en revanche, que le projet de loi de financement pour 2000 s'attache à les dégrader, essentiellement par le transfert à la charge de la sécurité sociale de dépenses précédemment inscrites au budget de l'Etat ;

Considérant, de surcroît, que ce transfert n'apparaît pas dans le texte débattu par le Parlement dès lors que la commission des comptes de la sécurité sociale les a « spontanément » intégrés dans l'évolution « tendancielle » des comptes ;

Considérant, à dire vrai, que de tels transferts constituent une fâcheuse tendance du Gouvernement qui compromet ainsi le redressement durable des comptes sociaux ;

Considérant que ce redressement reste fragile car obtenu par l'alourdissement spectaculaire des prélèvements sociaux et non une véritable maîtrise des dépenses ;

Considérant qu'en se satisfaisant d'un excédent symbolique du régime général en période de forte croissance et de recettes abondantes, le Gouvernement laisse le régime général à la merci de tout ralentissement conjoncturel ;

Considérant que la multiplication de fonds spéciaux dans les lois de financement accroît la confusion et, de surcroît, mêle à tort le financement de la protection sociale et la politique de l'emploi ;

Considérant ainsi que l'introduction, dans le projet de loi, du fonds de financement des trente-cinq heures conduit à substituer au budget qui doit assurer, en vertu de la loi du 25 juillet 1994, la compensation intégrale des exonérations de charges sociales décidées par l'Etat, le produit d'un assortiment hétéroclite d'impôts nouveaux et de recettes de poche ;

Considérant de surcroît qu'il est totalement abusif d'évoquer, comme le fait le Gouvernement, une « réforme d'ampleur de l'assiette des cotisations patronales de sécurité sociale » dès lors que les exonérations de charges, désormais conditionnées par des accords de réduction de la durée du travail, sont financées par les droits sur les tabacs et sur les alcools, une contribution sur les bénéfices de certaines sociétés, la taxe générale sur les activités polluantes et une taxe sur les heures supplémentaires ;

Considérant en outre, qu'ayant dû renoncer à un dispositif de taxation directe des organismes de gestion de la protection sociale, au demeurant contraire à la Constitution, le Gouvernement persiste à mettre la sécurité sociale à contribution en la privant cette fois d'une partie de ses recettes ;

Considérant que cette contribution adopte désormais un cheminement particulièrement oblique mettant en jeu non seulement le fonds de financement des trente-cinq heures mais également le fonds de solidarité vieillesse, le fonds de réserve pour les retraites et les trois branches du régime général, les droits sur les alcools et le prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine et des placements ; qu'elle met en outre en difficulté le financement de la couverture maladie universelle par la CNAMTS ;

Considérant que le bouclage financier des trente-cinq heures n'est pas assuré pour autant puisqu'à terme il manque 15 à 20 milliards de francs, soit le tiers du surcoût du projet de loi relatif à la réduction du temps de travail ;

Considérant qu'il est impossible dans ces conditions d'évaluer l'effet d'un dispositif d'exonération des charges sociales dont restent indéterminés la clef de financement et donc les transferts de charges qu'il entraînera ;

Considérant que le fonds de réserve pour les retraites s'inscrit dans un contexte particulièrement flou dès lors que le Gouvernement n'a toujours pas précisé, ne serait-ce que « *ses orientations générales* » sur la réforme des retraites et que les missions du fonds de réserve restent aussi indéterminées que la politique du Gouvernement dans le domaine des retraites ;

Considérant que, sans attendre ces « *orientations générales* », ni *a fortiori* l'engagement effectif d'une réforme nécessaire, le Gouvernement s'attache à détourner les excédents de la branche vieillesse du régime général et à priver d'une partie de leurs recettes les trois branches de ce régime, y compris la branche maladie pourtant en déficit ;

Considérant, en outre, que l'on cherche vainement la logique qui préside à l'affectation à ce fonds de réserve d'une partie des prélèvements sur les revenus de l'épargne, sauf à considérer qu'il importe de taxer l'épargne individuelle au profit d'une forme d'épargne collective obligatoire ;

Considérant que la politique familiale est traitée désormais comme la variable d'ajustement des déficits publics ;

Considérant, ainsi, que la branche famille est non seulement ponctionnée pour le financement du fonds de réserve pour les retraites, en réalité indirectement pour le financement des trente-cinq heures, mais encore devra prendre progressivement à sa charge la majoration de l'allocation de rentrée scolaire, soit plus de 7 milliards de francs à terme, sans que cette

opération comptable n'apporte une quelconque amélioration à la situation des familles ;

Considérant que, dans le domaine de l'assurance maladie, le Gouvernement entend désormais agir seul et se passer à la fois du Parlement, des partenaires sociaux et des professions de santé ;

Considérant que les dépassements très importants de l'ONDAM en 1998 et 1999 auraient dû conduire le Gouvernement à proposer au Parlement un projet de loi de financement rectificatif de la sécurité sociale plutôt qu'à procéder à un « *rebasage* » du calcul de l'ONDAM qui affaiblit très substantiellement la portée du vote du Parlement ;

Considérant que l'application des dispositions du projet de loi de financement sera de nature à mettre fin à la régulation conventionnelle des relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie instituée depuis 1971, à créer une grande incertitude économique pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral et responsables des cliniques privées, qui pourront se voir appliquer jusqu'à quatre tarifs différents au cours d'une même année civile, à mettre en péril les mécanismes de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de ville en instituant une obligation légale pour l'assurance maladie de faire « flotter » les tarifs au gré de fluctuations conjoncturelles de dépenses et, enfin, à paralyser la CNAMTS qui se verra par ailleurs exclue de la régulation de l'hospitalisation privée ;

Considérant que le projet de loi propose au Parlement, contrairement aux dispositions de la loi organique, d'adopter un objectif sectoriel de dépenses de l'assurance maladie pour le médicament ;

Considérant, en outre, qu'une disposition du projet de loi, pourtant irrecevable au regard de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, a été adoptée par les députés concernant les médicaments génériques ; que cette disposition est en contradiction directe avec la position exprimée par les Communautés européennes et leurs Etats membres dans un différend avec le Canada porté devant l'Organisation Mondiale du Commerce le 19 décembre 1997 au sujet de la protection conférée par un brevet pour les produits pharmaceutiques ;

Considérant que le Sénat, en première lecture, a profondément modifié le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture ;

Considérant qu'il s'est opposé, ce faisant, aux prélèvements opérés sur la sécurité sociale, aux bouleversements des flux financiers de la protection sociale, qu'il s'est montré soucieux *a contrario* d'une transparence des comptes dans le respect de l'autonomie des branches et des responsabilités des

partenaires sociaux, qu'il a enfin affirmé sa volonté que soient préservées les relations conventionnelles avec les professions de santé ;

Considérant qu'en nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a supprimé l'essentiel des apports du Sénat ;

Considérant que, le 16 novembre 1999, soit avant même de connaître le dispositif adopté par le Sénat en première lecture, la Conférence des présidents de l'Assemblée nationale a inscrit dès le jeudi 2 décembre au soir sa lecture définitive du présent projet de loi ;

Considérant que la majorité de l'Assemblée nationale a montré, par avance, qu'elle n'entendait tenir aucun compte des délibérations du Sénat ;

Considérant que l'Assemblée nationale, en nouvelle lecture, a ainsi déjà dit son « dernier mot » qui relève, au demeurant, d'une forme de bégaiement par rapport à sa première lecture ;

**Décide qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.**



## 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 Ier	TITRE Ier	TITRE Ier	<i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i>
<b>ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE</b>	<b>ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE</b>	<b>ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE</b>	
Article 1 <sup>er</sup> .	Article 1 <sup>er</sup> .	Article 1 <sup>er</sup> .	
Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2000.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	
	Article 1 <sup>er</sup> bis (nouveau).	Article 1 <sup>er</sup> bis.	
	<p>Le quatrième alinéa de l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>Elle est assistée par un secrétariat général permanent, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.</p> <p>« Le secrétariat général de la commission des comptes de la sécurité sociale est placé sous l'autorité d'un secrétaire général, nommé pour trois ans renouvelables une fois, par le ministre chargé de la sécurité sociale,</p>	<b>Supprimé</b>	

**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**

sur proposition conjointe des  
présidents des deux  
assemblées. »

Article 1<sup>er</sup> ter (*nouveau*).

I. - Après l'article  
L. 114-1 du même code, il est  
inséré un article L. 114-2  
ainsi rédigé :

« Art. L. 114-2. - Les  
régimes obligatoires de  
sécurité sociale  
communiquent leurs comptes  
au secrétaire général de la  
commission des comptes  
avant le 31 mars de l'année  
suivant l'exercice considéré.

« Un décret en  
Conseil d'Etat précise les  
conditions d'application du  
présent article. »

II. - Après l'article  
L. 114-1 du même code, il est  
inséré un article L. 114-3  
ainsi rédigé :

« Art. L. 114-3. - Les  
organismes de sécurité  
sociale décrivent leurs  
opérations à l'aide d'un plan  
comptable unique.

« Le suivi  
d'application de ce plan  
comptable est assuré par le  
secrétariat de la commission  
des comptes de la sécurité  
sociale.

« Un décret détermine  
les modalités d'application  
du présent article. »

III. - Les dispositions  
du présent article  
s'appliquent pour la première  
fois aux comptes de l'année  
2001.

Article 1<sup>er</sup> ter.

*Supprimé*

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p style="text-align: center;">TITRE II</p> <p style="text-align: center;"><b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</b></p>	<p style="text-align: center;">TITRE II</p> <p style="text-align: center;"><b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</b></p>	<p style="text-align: center;">TITRE II</p> <p style="text-align: center;"><b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</b></p>	
<p style="text-align: center;">Art. 2.</p> <p>I.- Il est inséré, au titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, un chapitre Ier <i>quater</i> ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 40px;">« <i>CHAPITRE I<sup>er</sup> quater</i> « <i>Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale</i></p> <p>« Art. L. 131-8. – Il est créé un fonds dont la mission est de compenser le coût, pour la sécurité sociale, des exonérations de cotisations patronales aux régimes de base de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 131-8-1 et d'améliorer le financement de la sécurité sociale par la réforme des cotisations patronales.</p> <p>« Ce fonds, dénommé « Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale », est un établissement public national à caractère administratif. Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement et des</p>	<p style="text-align: center;">Art. 2.</p> <p style="text-align: center;"><i>Supprimé</i></p>	<p style="text-align: center;">Art. 2.</p> <p>I.- Il est inséré, au titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, un chapitre Ier <i>quater</i> ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 40px;">« <i>CHAPITRE I<sup>er</sup> quater</i> « <i>Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale</i></p> <p>« Art. L. 131-8. – Il est créé un fonds dont la mission est de compenser le coût, pour la sécurité sociale, des exonérations de cotisations patronales aux régimes de base de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 131-9 et d'améliorer le financement de la sécurité sociale par la réforme des cotisations patronales.</p> <p>« Ce fonds, dénommé « Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale », est un établissement public national à caractère administratif. Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement et des</p>	<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;"><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>représentants des organisations syndicales de salariés et des organisations d'employeurs les plus représentatives au plan national. Ce décret en Conseil d'Etat fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.</p> <p>« Art. L. 131-8-1. – Les dépenses du fonds sont constituées :</p> <p>« 1° Par le versement, aux régimes de sécurité sociale concernés, des montants correspondant :</p> <p>« a) A la prise en charge de l'allègement visé aux articles L. 241-13-1 et L. 711-13-1 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes;</p> <p>« b) A la prise en charge de l'aide visée à l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail;</p> <p>« c) A la prise en charge de la réduction visée aux articles L. 241-13 et L. 711-13 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes ainsi qu'au IV de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative à des mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale.</p> <p>« 2° Par les frais de gestion administrative du fonds.</p> <p>« Les versements mentionnés aux a, b et c du</p>		<p>représentants des organisations syndicales de salariés et des organisations d'employeurs les plus représentatives au plan national. Ce décret en Conseil d'Etat fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.</p> <p>« Art. L. 131-9. – Les dépenses du fonds sont constituées :</p> <p>« 1° Par le versement, aux régimes de sécurité sociale concernés, des montants correspondant :</p> <p>« a) A la prise en charge de l'allègement visé aux articles L. 241-13-1 et L. 711-13-1 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes;</p> <p>« b) A la prise en charge de l'aide visée à l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail;</p> <p>« c) A la prise en charge de la réduction visée aux articles L. 241-13 et L. 711-13 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes ainsi qu'au IV de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative à des mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale.</p> <p>« 2° Par les frais de gestion administrative du fonds.</p> <p>« Les versements mentionnés aux a, b et c du</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>1° ci-dessus se substituent à la compensation par le budget de l'Etat prévue à l'article L. 131-7 sous réserve que cette compensation soit intégrale. Dans le cas contraire, les dispositions prévues à l'article L. 131-7 s'appliquent.</p> <p>« Art. L. 131-8-2. – Les recettes du fonds sont constituées par :</p> <p>« 1° Une fraction du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de finances pour 2000;</p> <p>« 2° La contribution sociale sur les bénéfices des sociétés visée aux articles 235 <i>ter</i> ZC et 1668 D du code général des impôts;</p> <p>« 3° La taxe générale sur les activités polluantes prévue à l'article 266 <i>sexies</i> du code des douanes;</p> <p>« 4° Une fraction fixée à 47 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 <i>bis</i> du même code;</p> <p>« 5° La contribution visée aux articles L. 212-5 du code du travail et 992-2 du code rural;</p> <p>« 6° Les produits non</p>		<p>1° ci-dessus se substituent à la compensation par le budget de l'Etat prévue à l'article L. 131-7 du présent code sous réserve que cette compensation soit intégrale. Dans le cas contraire, les dispositions prévues à l'article L. 131-7 s'appliquent.</p> <p>« Art. L. 131-10. – Les recettes du fonds sont constituées par :</p> <p>« 1° Une fraction du produit du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par l'article 29 de la loi de finances pour 2000 (n° du );</p> <p>« 2° La contribution sociale sur les bénéfices des sociétés visée aux articles 235 <i>ter</i> ZC et 1668 D du code général des impôts</p> <p>« 3° La taxe générale sur les activités polluantes visée à l'article 266 <i>sexies</i> à 266 <i>terdecies</i> du code des douanes;</p> <p>« 4° Une fraction fixée à 47 % du produit du droit de consommation visé à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 <i>bis</i> du même code;</p> <p>« 5° La contribution visée aux articles L. 212-5 du code du travail et 992-2 du code rural ;</p> <p>« 6° Les produits non</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>consommés de l'exercice précédent;</p> <p>« 7° Une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances.</p> <p>« Les recettes et les dépenses du fonds doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale. Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul.</p> <p>« Art. L. 131-8-3 et L. 131-8-4. – <b>Supprimés.....</b></p> <p>« Art. L. 131-8-5.– Les frais d'assiette et de recouvrement des impôts, droits, taxes et contributions mentionnés à l'article L. 131-8-2 sont à la charge du fonds, en proportion du produit qui lui est affecté; leur montant est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.</p> <p>« Art. L. 131-8-6. – Les relations financières entre le fonds et les organismes de protection sociale, d'une part, le fonds et l'Etat, d'autre part, font l'objet de conventions destinées notamment à garantir la neutralité en trésorerie des flux financiers pour les organismes de sécurité sociale. »</p> <p>I <i>bis</i> (nouveau). – Dans le 2° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 55 % » est remplacé par le taux : « 8 % ».</p> <p>II. – Les dispositions du présent article entrent en</p>		<p>consommés de l'exercice précédent ;</p> <p>« 7° Une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances.</p> <p>« Les recettes et les dépenses du fonds doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale. Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul.</p> <p><b>Suppression maintenue</b></p> <p><b>Alinéa supprimé</b></p> <p>« Art. L. 131-8-11. – Les relations financières entre le fonds et les organismes de protection sociale, d'une part, le fonds et l'Etat, d'autre part, font l'objet de conventions destinées notamment à garantir la neutralité en trésorerie des flux financiers pour les organismes de sécurité sociale. »</p> <p>II. – Dans le 2° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 55 % » est remplacé par le taux : « 8 % ».</p> <p>III. – Les dispositions du présent article entrent en</p>	<p><b>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</b></p>

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

vigueur au 1er janvier 2000. Les dispositions du 4° de l'article L. 131-8-2 du code de la sécurité sociale et du I *bis* du présent article sont applicables aux versements effectués au profit respectivement du fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code à compter du 1er janvier 2000.

A titre transitoire et jusqu'à la date de création du fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, les produits mentionnés à l'article L. 131-8-2, à l'exception de ceux mentionnés au 5°, sont versés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, et les produits mentionnés au 5° de l'article L. 131-8-2 sont centralisés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale suit lesdits produits dans des comptes spécifiques ouverts à cet effet.

**Art. 3.**

Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° Il est inséré un article 235 *ter* ZC ainsi rédigé :

« Art. 235<sup>ter</sup>ZC. – I. – Les redevables de l'impôt sur les sociétés sont assujettis à une contribution sociale égale à une fraction de cet impôt calculé sur leurs résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 et diminué d'un

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

**Art. 3.**

***Supprimé***

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

vigueur au 1er janvier 2000. Les dispositions du 4° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale et du II du présent article sont applicables aux versements effectués au profit respectivement du fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code à compter du 1er janvier 2000.

A titre transitoire et jusqu'à la date de création du fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, les produits mentionnés à l'article L. 131-10, à l'exception de ceux mentionnés au 5°, sont versés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, et les produits mentionnés au 5° de l'article L. 131-10 sont centralisés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale suit lesdits produits dans des comptes spécifiques ouverts à cet effet.

**Art. 3.**

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

1° Il est inséré un article 235 *ter* ZC ainsi rédigé :

« Art. 235<sup>ter</sup>ZC. – I. – Les redevables de l'impôt sur les sociétés sont assujettis à une contribution sociale égale à une fraction de cet impôt calculé sur leurs résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 et diminué d'un

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

abattement qui ne peut excéder 5 000 000 F par période de douze mois. Lorsqu'un exercice ou une période d'imposition est inférieur ou supérieur à douze mois, l'abattement est ajusté à due proportion.

« La fraction mentionnée au premier alinéa est égale à 3,3% pour les exercices clos à compter du 1er janvier 2000.

« Sont exonérés les redevables ayant réalisé un chiffre d'affaires de moins de 50 millions de francs. Le chiffre d'affaires à prendre en compte s'entend du chiffre d'affaires réalisé par le redevable au cours de l'exercice ou période d'imposition, ramené à douze mois le cas échéant et, pour la société mère d'un groupe mentionné à l'article 223 A, de la somme des chiffres d'affaires de chacune des sociétés membres de ce groupe. Le capital des sociétés, entièrement libéré, doit être détenu de manière continue, pour 75% au moins, par des personnes physiques ou par une société répondant aux mêmes conditions dont le capital est détenu, pour 75% au moins, par des personnes physiques. Pour la détermination de ce pourcentage, les participations des sociétés de capital-risque, des fonds communs de placement à risques, des sociétés de développement régional et des sociétés financières d'innovation ne sont pas prises en compte à la condition qu'il n'existe pas

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

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

**Propositions de  
la commission**

abattement qui ne peut excéder 5 000 000 F par période de douze mois. Lorsqu'un exercice ou une période d'imposition est inférieur ou supérieur à douze mois, l'abattement est ajusté à due proportion.

« La fraction mentionnée au premier alinéa est égale à 3,3% pour les exercices clos à compter du 1er janvier 2000.

« Sont exonérés les redevables ayant réalisé un chiffre d'affaires de moins de 50 millions de francs. Le chiffre d'affaires à prendre en compte s'entend du chiffre d'affaires réalisé par le redevable au cours de l'exercice ou période d'imposition, ramené à douze mois le cas échéant et, pour la société mère d'un groupe mentionné à l'article 223 A, de la somme des chiffres d'affaires de chacune des sociétés membres de ce groupe. Le capital des sociétés, entièrement libéré, doit être détenu de manière continue, pour 75% au moins, par des personnes physiques ou par une société répondant aux mêmes conditions dont le capital est détenu, pour 75% au moins, par des personnes physiques. Pour la détermination de ce pourcentage, les participations des sociétés de capital-risque, des fonds communs de placement à risques, des sociétés de développement régional et des sociétés financières d'innovation ne sont pas prises en compte à la condition qu'il n'existe pas

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*



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

de lien de dépendance au sens du 1 *bis* de l'article 39 *terdecies* entre la société en cause et ces dernières sociétés ou ces fonds.

« II. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 223 A, la contribution est due par la société mère. Elle est assise sur l'impôt sur les sociétés afférent au résultat d'ensemble et à la plus-value nette d'ensemble définis aux articles 223 B et 223 D.

« III. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 209 *quinquies*, la contribution est calculée d'après le montant de l'impôt sur les sociétés, déterminé selon les modalités prévues au I, qui aurait été dû en l'absence d'application de ce régime. Elle n'est ni imputable ni remboursable.

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

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

« VI. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »;

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

« Art. 1668 D. – I. – La contribution sociale mentionnée à l'article

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

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

de lien de dépendance au sens du 1 *bis* de l'article 39 *terdecies* entre la société en cause et ces dernières sociétés ou ces fonds.

« II. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 223 A, la contribution est due par la société mère. Elle est assise sur l'impôt sur les sociétés afférent au résultat d'ensemble et à la plus-value nette d'ensemble définis aux articles 223 B et 223 D.

« III. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 209 *quinquies*, la contribution est calculée d'après le montant de l'impôt sur les sociétés, déterminé selon les modalités prévues au I, qui aurait été dû en l'absence d'application de ce régime. Elle n'est ni imputable ni remboursable.

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

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

« VI. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »;

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

« Art. 1668 D. – I. – La contribution sociale mentionnée à l'article

**Propositions de  
la commission**

***La commission  
propose  
l'adoption d'une  
motion tendant à  
opposer la  
question  
préalable***

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

235 *ter* ZC est recouvrée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties et sanctions.

« Elle est payée spontanément au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts directs, au plus tard à la date prévue au 2 de l'article 1668 pour le versement du solde de liquidation de l'impôt sur les sociétés.

« Elle donne lieu au préalable à quatre versements anticipés aux dates prévues pour le paiement des acomptes d'impôt sur les sociétés de l'exercice ou de la période d'imposition. Le montant des versements anticipés est fixé à 3,3% du montant de l'impôt sur les sociétés calculé sur les résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 de l'exercice ou de la période d'imposition qui précède et diminué d'un montant qui ne peut excéder celui de l'abattement défini au premier alinéa du I de l'article 235 *ter* ZC.

« Lorsque le montant des versements anticipés déjà payés au titre d'un exercice ou d'une période d'imposition en application du deuxième alinéa est égal ou supérieur à la contribution dont l'entreprise prévoit qu'elle sera finalement redevable au titre de ce même exercice ou de cette même période, l'entreprise peut se dispenser du paiement de nouveaux versements en remettant au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts

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

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

235 *ter* ZC est recouvrée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties et sanctions.

« Elle est payée spontanément au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts directs, au plus tard à la date prévue au 2 de l'article 1668 pour le versement du solde de liquidation de l'impôt sur les sociétés.

« Elle donne lieu au préalable à quatre versements anticipés aux dates prévues pour le paiement des acomptes d'impôt sur les sociétés de l'exercice ou de la période d'imposition. Le montant des versements anticipés est fixé à 3,3% du montant de l'impôt sur les sociétés calculé sur les résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 de l'exercice ou de la période d'imposition qui précède et diminué d'un montant qui ne peut excéder celui de l'abattement défini au premier alinéa du I de l'article 235 *ter* ZC.

« Lorsque le montant des versements anticipés déjà payés au titre d'un exercice ou d'une période d'imposition en application du deuxième alinéa est égal ou supérieur à la contribution dont l'entreprise prévoit qu'elle sera finalement redevable au titre de ce même exercice ou de cette même période, l'entreprise peut se dispenser du paiement de nouveaux versements en remettant au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts

**Propositions de  
la commission**

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>directs, avant la date d'exigibilité du prochain versement anticipé, une déclaration datée et signée.</p> <p>« Si la déclaration mentionnée à l'alinéa précédent est reconnue inexacte à la suite de la liquidation de la contribution, la majoration prévue au 1 de l'article 1762 est appliquée aux sommes non réglées.</p> <p>« II. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. » ;</p> <p>3° Au premier alinéa de l'article 213, après les mots : « la contribution temporaire mentionnée à l'article 235 <i>ter</i> ZB », sont insérés les mots : « , la contribution sociale mentionnée à l'article 235 <i>ter</i> ZC ».</p>		<p>directs, avant la date d'exigibilité du prochain versement anticipé, une déclaration datée et signée.</p> <p>« Si la déclaration mentionnée à l'alinéa précédent est reconnue inexacte à la suite de la liquidation de la contribution, la majoration prévue au 1 de l'article 1762 est appliquée aux sommes non réglées.</p> <p>« II. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. » ;</p> <p>3° Au premier alinéa de l'article 213, après les mots : « la contribution temporaire mentionnée à l'article 235 <i>ter</i> ZB », sont insérés les mots : « , la contribution sociale mentionnée à l'article 235 <i>ter</i> ZC ».</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p>Art. 4.</p>	<p>Art. 4.</p>	<p>Art. 4.</p>	
<p>I. – Le code des douanes est ainsi modifié :</p>	<p><b>Supprimé</b></p>	<p>I.– Le code des douanes est ainsi modifié :</p>	
<p>A. – L'article 266</p>		<p>A. – L'article 266</p>	

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

*sexies* est ainsi modifié :

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

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

« 5. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intra-communautaire ou qui met à la consommation des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge relevant respectivement des rubriques 34022090, 34029090 et 38091010 à 38099100 du tarif douanier;

« 6. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intra-communautaire ou qui met à la consommation des grains minéraux naturels d'un diamètre maximal de 125 millimètres relevant des rubriques 2505 et 25171010 du tarif douanier;

« 7. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intra-communautaire ou qui met à la consommation des produits antiparasitaires à

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

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

**Propositions de  
la commission**

*sexies* est ainsi modifié :

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

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

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

« 6. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur après achat, importation ou fabrication dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou qui met à la consommation des grains minéraux naturels d'un diamètre maximal de 125 millimètres relevant des rubriques 2505 et 25171010 du tarif douanier;

« 7. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur après achat, importation ou fabrication dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou qui met à la

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*

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

usage agricole ou des produits assimilés relevant de la rubrique 3808 du tarif douanier dont la mise sur le marché est autorisée en application de la loi n° 525 du 2 novembre 1943 relative à l'organisation du contrôle des produits antiparasitaires à usage agricole et dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses selon les critères définis par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail;

« 8.a. Tout exploitant d'un établissement industriel ou commercial ou d'un établissement public à caractère industriel et commercial dont certaines installations sont soumises à autorisation au titre de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée;

« b. Tout exploitant d'un établissement mentionné au a dont les activités, figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat après avis du Conseil supérieur des installations classées, font courir, par leur nature ou leur volume, des risques particuliers à l'environnement. » ;

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

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

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

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

consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés relevant de la rubrique 3808 du tarif douanier dont la mise sur le marché est autorisée en application de la loi n° 525 du 2 novembre 1943 relative à l'organisation du contrôle des produits antiparasitaires à usage agricole et dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses selon les critères définis par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail;

« 8.a. Tout exploitant d'un établissement industriel ou commercial ou d'un établissement public à caractère industriel et commercial dont certaines installations sont soumises à autorisation au titre de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée;

« b. Tout exploitant d'un établissement mentionné au a dont les activités, figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat après avis du Conseil supérieur des installations classées, font courir, par leur nature ou leur volume, des risques particuliers à l'environnement. » ;

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

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

**Propositions de  
la commission**

*La commission  
propose  
l'adoption d'une  
motion tendant à  
opposer la question  
préalable*

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

« 4. Aux préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, aux produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, aux grains minéraux naturels, aux produits antiparasitaires à usage agricole et aux produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I du présent article lorsque la première livraison après fabrication nationale consiste en une expédition directe à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou en une exportation;

« 5. A l'exploitation d'installations classées par les entreprises inscrites au répertoire des métiers. »

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

« 5. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d'acquisition intra-communautaire ou la mise à la consommation des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l'article 266 *sexies*;

« 6. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d'acquisition intra-

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

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

« 4. Aux préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, aux produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, aux grains minéraux naturels, aux produits antiparasitaires à usage agricole et aux produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I du présent article lorsque la première livraison après fabrication nationale consiste en une expédition directe à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou en une exportation;

« 5. A l'exploitation d'installations classées par les entreprises inscrites au répertoire des métiers. »

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

« 5. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur après achat, importation ou fabrication dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou la mise à la consommation des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l'article 266 *sexies*;

« 6. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur après achat, importation ou fabrication

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>communautaire ou la mise à la consommation des grains minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l'article 266 <i>sexies</i>;</p>		<p>dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou la mise à la consommation des grains minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l'article 266 <i>sexies</i>;</p>	
<p>« 7. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d'acquisition intra-communautaire ou la mise à la consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses mentionnés au 7 du I de l'article 266 <i>sexies</i>;</p>		<p>« 7. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur après achat, importation ou fabrication dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou la mise à la consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses mentionnés au 7 du I de l'article 266 <i>sexies</i>;</p>	
<p>« 8.a. La délivrance de l'autorisation prévue par l'article 3 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée;</p>		<p>« 8.a. La délivrance de l'autorisation prévue par l'article 3 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée;</p>	
<p>« b. L'exploitation au cours d'une année civile d'un établissement mentionné au b du 8 du I de l'article 266 <i>sexies</i>. »</p>		<p>« b. L'exploitation au cours d'une année civile d'un établissement mentionné au b du 8 du I de l'article 266 <i>sexies</i>. »</p>	
<p>C. – L'article 266 <i>octies</i> est complété par un 5, un 6 et un 7 ainsi rédigés :</p>		<p>C. – L'article 266 <i>octies</i> est complété par un 5, un 6 et un 7 ainsi rédigés :</p>	
<p>« 5. Le poids des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l'article 266 <i>sexies</i>;</p>		<p>« 5. Le poids des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l'article 266 <i>sexies</i>;</p>	
<p>« 6. Le poids des grains minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l'article 266 <i>sexies</i>;</p>		<p>« 6. Le poids des grains minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l'article 266 <i>sexies</i>;</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p>« 7. Le poids des</p>		<p>« 7. Le poids des</p>	

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

substances classées  
dangereuses selon les critères  
définis par les arrêtés pris  
pour l'application de l'article  
R. 231-51 du code du travail  
qui entrent dans la  
composition des produits  
antiparasitaires à usage  
agricole ou des produits  
assimilés mentionnés au 7 du  
I de l'article 266 *sexies*. »

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

1° Le tableau figurant  
au 1 est ainsi rédigé :

(voir page *bis*  
*suivante*)

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

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

**Propositions de  
la commission**

substances classées  
dangereuses selon les critères  
définis par les arrêtés pris  
pour l'application de l'article  
R. 231-51 du code du travail  
qui entrent dans la  
composition des produits  
antiparasitaires à usage  
agricole ou des produits  
assimilés mentionnés au 7 du  
I de l'article 266 *sexies*. »

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

1° Le tableau figurant  
au 1 est ainsi rédigé :

(tableau sans modification)

1° *bis* (nouveau)  
Après le 3, il est inséré un  
alinéa ainsi rédigé :

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

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*



<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>2° L'article est complété par un 7 et un 8 ainsi rédigés :</p> <p>« 7. Les substances classées dangereuses qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole et des produits assimilés mentionnés au 7 du I de l'article 266 <i>sexies</i> sont réparties en sept catégories affectées d'un taux unitaire spécifique en fonction de leurs caractéristiques écotoxicologiques et toxicologiques définies par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail :</p> <p><i>(voir page bis suivante)</i></p> <p>« 8. Le décret en Conseil d'Etat prévu au <i>b</i> du 8 du I de l'article 266 <i>sexies</i> fixe un coefficient multiplicateur compris entre un et dix pour chacune des activités exercées dans les installations classées, en fonction de sa nature et de son volume. Le montant de la taxe effectivement perçue chaque année par établissement au titre de chacune de ces activités est égal au produit du tarif de base fixé dans le tableau figurant au 1 ci-dessus et du coefficient multiplicateur. »</p> <p>E. – L'article 266 <i>decies</i> est complété par un 3</p>		<p>est chargée d'accorder l'exonération de cette majoration au vu des documents fournis par le transporteur. » ;</p> <p>2° L'article est complété par un 7 et un 8 ainsi rédigés :</p> <p>« 7. Les substances classées dangereuses qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole et des produits assimilés mentionnés au 7 du I de l'article 266 <i>sexies</i> sont réparties en sept catégories affectées d'un taux unitaire spécifique en fonction de leurs caractéristiques écotoxicologiques et toxicologiques définies par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail :</p> <p><i>(tableau sans modification)</i></p> <p>« 8. Le décret en Conseil d'Etat prévu au <i>b</i> du 8 du I de l'article 266 <i>sexies</i> fixe un coefficient multiplicateur compris entre un et dix pour chacune des activités exercées dans les installations classées, en fonction de sa nature et de son volume. Le montant de la taxe effectivement perçue chaque année par établissement au titre de chacune de ces activités est égal au produit du tarif de base fixé dans le tableau figurant au 1 ci-dessus et du coefficient multiplicateur. »</p> <p>E. – L'article 266 <i>decies</i> est complété par un 3,</p>	

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

ainsi rédigé :

« 3. Les préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, les produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, les grains minéraux naturels, les produits antiparasitaires à usage agricole et les produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I de l'article 266 *sexies* donnent lieu, sur demande, à remboursement de la taxe afférente lorsqu'ils sont expédiés à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou exportés. »

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

« Art. 266 *terdecies*. – Par dérogation aux dispositions des articles 266 *undecies* et 266 *duodecies*, les services chargés de l'inspection des installations classées contrôlent, liquident et recouvrent la part de la taxe générale sur les activités

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

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

un 4 et un 5 ainsi rédigés :

« 3. Les préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, les produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, les grains minéraux naturels, les produits antiparasitaires à usage agricole et les produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I de l'article 266 *sexies* donnent lieu, sur demande, à remboursement de la taxe afférente lorsqu'ils sont expédiés à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou exportés.

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

« 5 (*nouveau*). Les personnes mentionnées au 1 du I de l'article 266 *sexies* peuvent répercuter la taxe afférente dans les contrats conclus avec les personnes physiques ou morales auxquelles elles vendent les produits correspondants. ».

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

« Art. 266 *terdecies*. – Par dérogation aux dispositions des articles 266 *undecies* et 266 *duodecies*, les services chargés de l'inspection des installations classées contrôlent, liquident et recouvrent la part de la taxe générale sur les activités

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

polluantes assise sur la délivrance de l'autorisation prévue par l'article 3 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée et sur l'exploitation au cours d'une année civile d'un établissement mentionné au *b* du 8 du I de l'article 266 *sexies* selon les modalités suivantes :

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

« Ils notifient à l'assujetti le montant de la taxe et, le cas échéant, des pénalités à acquitter par un avis qui indique les dates de mise en recouvrement, d'exigibilité et d'application de l'intérêt de retard en cas de non-paiement.

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

« Le montant de la taxe non acquittée le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible est majoré d'un intérêt de retard dont le taux mensuel est fixé à 0,75% du montant des sommes restant dues.

« L'encaissement de la taxe ainsi que, le cas échéant, des pénalités, est effectué par l'intermédiaire d'une régie de recettes fonctionnant dans les conditions prévues par la réglementation applicable

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

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

polluantes assise sur la délivrance de l'autorisation prévue par l'article 3 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée et sur l'exploitation au cours d'une année civile d'un établissement mentionné au *b* du 8 du I de l'article 266 *sexies* selon les modalités suivantes :

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

« Ils notifient à l'assujetti le montant de la taxe et, le cas échéant, des pénalités à acquitter par un avis qui indique les dates de mise en recouvrement, d'exigibilité et d'application de l'intérêt de retard en cas de non-paiement.

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

« Le montant de la taxe non acquittée le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible est majoré d'un intérêt de retard dont le taux mensuel est fixé à 0,75% du montant des sommes restant dues.

« L'encaissement de la taxe ainsi que, le cas échéant, des pénalités, est effectué par l'intermédiaire d'une régie de recettes fonctionnant dans les conditions prévues par la réglementation applicable

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

aux régies de recettes et aux régies d'avance des organismes publics.

« A défaut de paiement et au plus tard deux mois après le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible, le recouvrement des sommes impayées est assuré dans les conditions prévues par la réglementation générale sur la comptabilité publique au vu des ordres de recettes émis par l'ordonnateur dont relève la régie de recettes mentionnée à l'alinéa précédent.

« II. – La taxe générale sur les activités polluantes assise sur l'exploitation d'un établissement mentionné au *b* du 8 du I de l'article 266 *sexies* est due au 1er janvier de chaque année, ou ultérieurement à la date de mise en fonctionnement de l'établissement ou éventuellement de l'exercice d'une nouvelle activité. La taxe est due dans tous les cas pour l'année entière. Son paiement incombe à la personne physique ou morale qui exploite l'établissement à cette date.

« En cas de cessation d'activité ou de changement survenu dans un établissement de nature à modifier sa situation au regard de cette taxe, l'exploitant fait parvenir une déclaration au préfet dans un délai d'un mois à compter de cet événement.

« Lorsque cette déclaration est inexacte ou n'est pas déposée dans ce

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

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

aux régies de recettes et aux régies d'avance des organismes publics.

« A défaut de paiement et au plus tard deux mois après le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible, le recouvrement des sommes impayées est assuré dans les conditions prévues par la réglementation générale sur la comptabilité publique au vu des ordres de recettes émis par l'ordonnateur dont relève la régie de recettes mentionnée à l'alinéa précédent.

« II. – La taxe générale sur les activités polluantes assise sur l'exploitation d'un établissement mentionné au *b* du 8 du I de l'article 266 *sexies* est due au 1er janvier de chaque année, ou ultérieurement à la date de mise en fonctionnement de l'établissement ou éventuellement de l'exercice d'une nouvelle activité. La taxe est due dans tous les cas pour l'année entière. Son paiement incombe à la personne physique ou morale qui exploite l'établissement à cette date.

« En cas de cessation d'activité ou de changement survenu dans un établissement de nature à modifier sa situation au regard de cette taxe, l'exploitant fait parvenir une déclaration au préfet dans un délai d'un mois à compter de cet événement.

« Lorsque cette déclaration est inexacte ou n'est pas déposée dans ce

**Propositions de  
la commission**

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*

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

délai, les services chargés de l'inspection des installations classées notifient aux assujettis, trente jours au moins avant l'émission du titre exécutoire, les éléments servant au calcul de la taxe.

« En cas de défaut de déclaration dans le délai prescrit, les services mentionnés ci-dessus procèdent à la taxation d'office et l'assortissent de l'intérêt de retard et de la majoration prévus à l'article 1728 du code général des impôts.

« En cas d'inexactitude de la déclaration, les rappels de taxe sont assortis de l'intérêt de retard et, le cas échéant, de la majoration prévus à l'article 1729 du code général des impôts.

« Les majorations mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas du présent II sont notifiées, avec leur motivation, aux assujettis qui disposent d'un délai de trente jours pour présenter leurs observations. Les services mentionnés ci-dessus ne peuvent émettre le titre exécutoire qu'à l'expiration de ce délai. »

II. – L'article 17 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement est abrogé.

III. – Les dispositions des I et II sont applicables à compter du 1er janvier 2000.

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

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

délai, les services chargés de l'inspection des installations classées notifient aux assujettis, trente jours au moins avant l'émission du titre exécutoire, les éléments servant au calcul de la taxe.

« En cas de défaut de déclaration dans le délai prescrit, les services mentionnés ci-dessus procèdent à la taxation d'office et l'assortissent de l'intérêt de retard et de la majoration prévus à l'article 1728 du code général des impôts.

« En cas d'inexactitude de la déclaration, les rappels de taxe sont assortis de l'intérêt de retard et, le cas échéant, de la majoration prévus à l'article 1729 du code général des impôts.

« Les majorations mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas du présent II sont notifiées, avec leur motivation, aux assujettis qui disposent d'un délai de trente jours pour présenter leurs observations. Les services mentionnés ci-dessus ne peuvent émettre le titre exécutoire qu'à l'expiration de ce délai. »

II. – L'article 17 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement est abrogé.

III. – Les dispositions des I et II sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000. Pour l'année 2000, la taxe générale sur les activités

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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>polluantes dont sont redevables les personnes mentionnées aux 5, 6 et 7 du I de l'article 266 <i>sexies</i> du code des douanes, due au titre des mois de janvier et février, est déclarée et acquittée le 15 avril 2000. »</p> <p>IV (<i>nouveau</i>). - La perte de recettes résultant du 1° <i>bis</i> du D du I est compensée par une augmentation à due concurrence du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts.</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
	<p>Art. 4 <i>ter</i> (<i>nouveau</i>).</p> <p>Le premier alinéa de l'article 1613 bis du code général des impôts est ainsi rédigé :</p> <p>« Les boissons constituées par un mélange préalable de boissons passibles d'un droit mentionné aux articles 402 bis, 403, 438, 520 A (a du I) du code général des impôts ou de boissons ayant un titre alcoométrique n'excédant pas 1,2 % vol. et de boissons alcooliques passibles d'un droit mentionné aux articles 402 bis, 403, 438, 520 A (a du I) du code général des impôts, lorsqu'elles sont conditionnées pour la vente au détail en récipients de moins de 60 centilitres, font l'objet d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dès lors que le mélange ainsi obtenu</p>	<p>Art. 4 <i>ter</i>.</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
<p>Art. 5.</p> <p>I. – L'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 139-1. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV de l'article L. 136-8 et la répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.</p>	<p>titre plus de 1,2 % vol. »</p> <p>Art. 5.</p> <p>I. - L'article L. 139-2 du ...</p> <p>... rédigé :</p> <p>« Art. L. 139-2. - L'Agence ...</p> <p>... part des contributions ...</p> <p>...répartit selon la clef suivante :</p> <p>« - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés</p> <p>87,000</p> <p>%</p> <p>« - Régime des salariés agricoles</p> <p>2,290 %</p> <p>« - Caisse nationale militaire de sécurité sociale</p> <p>1,540</p> <p>%</p> <p>« - Régime des exploitants agricole</p> <p>1,818</p> <p>%</p> <p>« - Caisse autonome d'assurance maladie des professions indépendantes</p> <p>5,370</p> <p>%</p> <p>« - Autres régimes d'assurance maladie</p> <p>1,982</p> <p>%</p> <p>« Les montants des</p>	<p>Art. 5.</p> <p>I. – L'article L. 139-1 du ...</p> <p>...rédigé :</p> <p>« Art. L. 139-1. – L'Agence ...</p> <p>...part du produit des contributions ...</p> <p>... répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>« Chaque régime d'assurance maladie, à l'exception de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, reçoit un montant égal à celui perçu en 1998 au titre de la répartition tant de ces contributions que des droits de consommation sur les alcools corrigé de l'impact sur douze mois de la revalorisation du taux de la contribution sociale généralisée intervenue au 1er janvier 1998. Ce montant est réactualisé au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution de l'assiette de la contribution visée à l'article L. 136-1 entre les deux derniers exercices clos.</p>	<p>contributions attribuées aux régimes d'assurance maladie sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale.</p> <p>« La commission de répartition dresse chaque année un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle transmet à la commission des comptes de la sécurité sociale. »</p> <p>II. - Les dispositions du présent article sont applicables à compter de la répartition effectuée au titre de l'année 2000.</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>  <p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>



<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>« Ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>obligatoires d'assurance maladie entre les deux derniers exercices connus.</p> <p>« Ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p>« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reçoit le solde de la contribution sociale généralisée après la répartition prévue au deuxième alinéa du présent article.</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reçoit le solde de la contribution sociale généralisée après la répartition prévue au deuxième alinéa du présent article.</p>	
<p>« La commission de répartition dresse, au terme d'un délai de cinq ans, un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle présente au Parlement et propose, le cas échéant, une modification des modalités de calcul des montants versés à chaque régime. »</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>« La commission de répartition dresse, au terme d'un délai de cinq ans, un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle présente au Parlement et propose, le cas échéant, une modification des modalités de calcul des montants versés à chaque régime. »</p>	
<p>II. – A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 5% » est remplacé par le taux : « 45% ».</p>	<p>II. - <i>Supprimé</i></p>	<p>II. – A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 5% » est remplacé par le taux : « 45% ».</p>	
<p>III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 139-2 est abrogé;</p> <p>2° A l'article L. 241-</p>	<p>III. - <i>Supprimé</i></p>	<p>III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 139-2 est abrogé;</p> <p>2° A l'article L. 241-</p>	

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>1, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés;</p> <p>3° Au dernier alinéa de l'article L. 612-1, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés;</p> <p>4° Au dernier alinéa de l'article L. 711-2, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés.</p> <p>IV. – Le code rural est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa de l'article 1031, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 du même code » sont supprimés;</p> <p>2° A l'article L. 1106-6-3, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 de ce code » sont supprimés.</p>	<p>IV. - <i>Supprimé</i></p>	<p>1, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés;</p> <p>3° Au dernier alinéa de l'article L. 612-1, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés;</p> <p>4° Au dernier alinéa de l'article L. 711-2, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés.</p> <p>IV. – Le code rural est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa de l'article 1031, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 du même code » sont supprimés;</p> <p>2° A l'article L. 1106-6-3, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 de ce code » sont supprimés.</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</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>V. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter de la répartition effectuée au titre de l'année 2000.</p> <p>Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, le montant des contributions dues au titre de l'exercice 2000 est déterminé par la double application aux montants fixés pour 1998 du taux d'évolution de l'assiette annuelle de la contribution entre 1998 et 1997.</p>	<p>V. - <i>Supprimé</i></p>	<p>V. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter de la répartition effectuée au titre de l'année 2000.</p> <p>Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, le montant des contributions dues au titre de l'exercice 2000 est déterminé par la double application aux montants fixés pour 1998 du taux d'évolution de l'assiette annuelle de la contribution entre 1998 et 1997.</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p>.....</p> <p>..</p>	<p>.....</p> <p>..</p>	<p>.....</p> <p>..</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>.....</p> <p>.</p>	<p>.....</p> <p>Art. 5 ter.</p> <p>.....</p> <p>Conf</p> <p>Art. 5 quater (nouveau).</p> <p>Après l'article L. 225-6, il est inséré, dans le titre II du livre II du code de la sécurité sociale, un chapitre V bis ainsi rédigé :</p> <p>« <b>CHAPITRE V BIS</b></p> <p>« <b>Affectation des résultats comptables des branches du régime général</b></p> <p>« Art. L. 225-7. - Chaque branche du régime général dispose d'une section comptable distincte de celle de ses opérations courantes.</p> <p>« Après la clôture de l'exercice, le résultat comptable de la branche est imputé sur cette section comptable.</p> <p>« Le placement des</p>	<p>.....</p> <p>orme. ....</p> <p>.....</p> <p>Art. 5 quater.</p> <p><b>Supprimé</b></p>	<p>.....</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																																																
<p>Art. 6.</p> <p>Pour 2000, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :</p> <p>(En milliards de francs.)</p> <table border="0"> <tr> <td>Cotisations effectives</td> <td>1043,0</td> </tr> <tr> <td>Cotisations fictives</td> <td>201,5</td> </tr> <tr> <td>Contributions publiques</td> <td>67,1</td> </tr> <tr> <td>Impôts et taxes affectés</td> <td>515,6</td> </tr> <tr> <td>Transferts reçus</td> <td>4,7</td> </tr> <tr> <td>Revenus des capitaux</td> <td>1,7</td> </tr> <tr> <td>Autres ressources</td> <td>34,1</td> </tr> <tr> <td>Total des recettes</td> <td>1867,7</td> </tr> </table>	Cotisations effectives	1043,0	Cotisations fictives	201,5	Contributions publiques	67,1	Impôts et taxes affectés	515,6	Transferts reçus	4,7	Revenus des capitaux	1,7	Autres ressources	34,1	Total des recettes	1867,7	<p>sommes inscrites à cette section comptable est effectué par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans le respect de la séparation des branches.</p> <p>« Un décret détermine les modalités d'application du présent article. »</p> <p>Art. 6.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>(En milliards de francs.)</p> <table border="0"> <tr> <td>Cotisations effectives</td> <td>1 086,5</td> </tr> <tr> <td>Alinéa sans modification</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contributions publiques</td> <td>62,8</td> </tr> <tr> <td>Impôts et taxes affectés</td> <td>461,6</td> </tr> <tr> <td>Alinéa sans modification</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alinéa sans modification</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alinéa sans modification</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total des recettes</td> <td>1 852,9</td> </tr> </table>	Cotisations effectives	1 086,5	Alinéa sans modification		Contributions publiques	62,8	Impôts et taxes affectés	461,6	Alinéa sans modification		Alinéa sans modification		Alinéa sans modification		Total des recettes	1 852,9	<p>Art. 6.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>(En milliards de francs.)</p> <table border="0"> <tr> <td>Cotisations effectives</td> <td>1 043,7</td> </tr> <tr> <td>Cotisations fictives</td> <td>200,7</td> </tr> <tr> <td>Contributions publiques</td> <td>68,8</td> </tr> <tr> <td>Impôts et taxes affectés</td> <td>516,8</td> </tr> <tr> <td>Alinéa sans modification</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alinéa sans modification</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autres ressources</td> <td>37,1</td> </tr> <tr> <td>Total des recettes</td> <td>1 873,5</td> </tr> </table>	Cotisations effectives	1 043,7	Cotisations fictives	200,7	Contributions publiques	68,8	Impôts et taxes affectés	516,8	Alinéa sans modification		Alinéa sans modification		Autres ressources	37,1	Total des recettes	1 873,5	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
Cotisations effectives	1043,0																																																		
Cotisations fictives	201,5																																																		
Contributions publiques	67,1																																																		
Impôts et taxes affectés	515,6																																																		
Transferts reçus	4,7																																																		
Revenus des capitaux	1,7																																																		
Autres ressources	34,1																																																		
Total des recettes	1867,7																																																		
Cotisations effectives	1 086,5																																																		
Alinéa sans modification																																																			
Contributions publiques	62,8																																																		
Impôts et taxes affectés	461,6																																																		
Alinéa sans modification																																																			
Alinéa sans modification																																																			
Alinéa sans modification																																																			
Total des recettes	1 852,9																																																		
Cotisations effectives	1 043,7																																																		
Cotisations fictives	200,7																																																		
Contributions publiques	68,8																																																		
Impôts et taxes affectés	516,8																																																		
Alinéa sans modification																																																			
Alinéa sans modification																																																			
Autres ressources	37,1																																																		
Total des recettes	1 873,5																																																		
<p>TITRE III</p> <p><b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET A LA TRÉSORERIE</b></p> <p>Section 1</p> <p><b>Branche famille</b></p>	<p>TITRE III</p> <p><b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET A LA TRÉSORERIE</b></p> <p>Section 1</p> <p><b>Branche famille</b></p>	<p>TITRE III</p> <p><b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET A LA TRÉSORERIE</b></p> <p>Section 1</p> <p><b>Branche famille</b></p>																																																	
<p>Art. 8.</p> <p>I. – L'article L. 512-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Art. 8.</p> <p>I. - Non modifié</p>	<p>Art. 8.</p> <p>I. - Non modifié</p>																																																	

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>1° Le 3° est abrogé; 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « Toutefois, pour l'attribution du complément familial et de l'allocation de logement mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 511-1 et à l'article L. 755-21, l'âge limite peut être différent de celui mentionné au 2° du présent article. »</p> <p>II. – Les dispositions du 2° du I sont applicables, à compter du 1er janvier 2000, au titre des enfants nés à compter du 1er janvier 1980.</p> <p>III. – L'article 22 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille est abrogé au 31 décembre 1999.</p> <p>IV. – A l'article L. 755-21 du code de la sécurité sociale, il est inséré, après le premier alinéa, un alinéa ainsi rédigé : « Un décret fixe l'âge limite pour l'ouverture du droit à cette allocation pour tout enfant dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3 à condition qu'il poursuive des études, ou qu'il soit placé en apprentissage ou en stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du</p>	<p>II. - Non modifié</p> <p>III. - L'article ... ... famille est ainsi modifié : 1° Dans le premier alinéa du I et à la fin du II, la date : « 31 décembre 1999 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2002 ». 2° A la fin de la première phrase du II, la date : « 31 décembre 1998 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2001 ».</p> <p>IV.– Non modifié</p>	<p>II. - Non modifié</p> <p>III. – L'article ... ... famille est abrogé au 31 décembre 1999. <i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>IV.– Non modifié</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b></p>	<p align="center"><b>Propositions de la commission</b></p>
<p>travail, ou qu'il se trouve, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle. »</p> <p align="center">Art. 9.</p> <p>La Caisse nationale des allocations familiales bénéficie d'une garantie de ressources pour la période courant du 1<sup>er</sup> janvier 1998 au 31 décembre 2002.</p> <p>Les ressources de la Caisse nationale des allocations familiales perçues au titre de l'année 2002 ne seront pas inférieures aux ressources de cette caisse pour l'année 1997 revalorisées, déduction faite de la subvention versée par l'Etat au titre de la majoration d'allocation de rentrée scolaire et d'un montant équivalent aux ressources transférées en 2000 à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en vertu de l'article 10 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.</p> <p>Dans le cas contraire, constaté à l'issue de la période mentionnée au premier alinéa par la Commission des comptes de la sécurité sociale, un versement à la Caisse nationale des allocations familiales permet, dans les conditions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale, de combler la</p>	<p align="center">Art. 9.</p> <p>La Caisse nationale ...</p> <p>... du 1<sup>er</sup> janvier 1999 au 31 décembre 2003.</p> <p>Les ressources ...</p> <p>... l'année 2003 ne seront pas ...</p> <p>... pour l'année 1998 revalorisées, ...</p> <p>... universelle.</p> <p align="center">Dans le cas ...</p> <p>... un versement de l'Etat à la Caisse nationale ...</p> <p>... par les lois de finances et de financement ...</p>	<p align="center">Art. 9.</p> <p>La Caisse nationale ...</p> <p>... du 1<sup>er</sup> janvier 1998 au 31 décembre 2002.</p> <p>Les ressources ...</p> <p>... l'année 2002 ne seront pas ...</p> <p>... pour l'année 1997 revalorisées, ...</p> <p>... universelle.</p> <p align="center">Alinéa</p> <p>modification</p> <p align="right">sans</p>	<p align="center"><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la</i></p> <p align="center"><i>question préalable</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>différence observée.</p> <p>La revalorisation mentionnée au deuxième alinéa est égale à l'évolution du produit intérieur brut en valeur aux prix courants sur l'ensemble de la période visée au premier alinéa, mentionnée dans le rapport sur les comptes de la Nation.</p>	<p>... observée.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Section 2</p>	<p>Section 2</p>	<p>Section 2</p>	
<p><b>Branche vieillesse</b></p>	<p><b>Branche vieillesse</b></p>	<p><b>Branche vieillesse</b></p>	
<p>Art. 10.</p>	<p>Art. 10.</p>	<p>Art. 10.</p>	
<p>I. – A la section 2 du chapitre Ier du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 251-6-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 251-6-1. – La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés affecte au fonds de réserve pour les retraites mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 :</p> <p>« 1° Le résultat excédentaire de l'exercice clos de chacun des fonds dont elle a la gestion, à l'exception de celui du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe chaque année la date de ce versement;</p> <p>« 2° Le cas échéant, en cours d'exercice, un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre</p>	<p><i>Supprimé</i></p>	<p>I. – A la section 2 du chapitre Ier du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 251-6-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 251-6-1. – La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés affecte au fonds de réserve pour les retraites mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 :</p> <p>« 1° Le résultat excédentaire de l'exercice clos de chacun des fonds dont elle a la gestion, à l'exception de celui du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe chaque année la date de ce versement;</p> <p>« 2° Le cas échéant, en cours d'exercice, un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

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

de ce même exercice ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement. »

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

1° Le 3° devient le 4°;

2° Il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Les montants résultant de l'application de l'article L. 251-6-1; »

3° (*nouveau*) Il est inséré un 3° *bis* ainsi rédigé :

« 3° *bis* Une fraction égale à 49 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16; ».

III. – Les dispositions du présent article s'appliquent à compter de l'exercice comptable 1999.

IV (*nouveau*). – Le II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

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

« – 49 % au fonds mentionné à l'article L. 135-6;

« – 8 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés;

« – 30 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés;

« – 13 % à la Caisse nationale des allocations familiales. »

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

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

**Propositions de  
la commission**

de ce même exercice ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement. »

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

1° Le 3° devient le 4°;

2° Il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Les montants résultant de l'application de l'article L. 251-6-1; »

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

« 3° *bis* Une fraction égale à 49 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16; ».

**Alinéa supprimé**

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

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

« – 49 % au fonds mentionné à l'article L. 135-6;

« – 8 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés;

« – 30 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés;

« – 13 % à la Caisse nationale des allocations familiales. »

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*



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 – Les dispositions du I s'appliquent à compter de l'exercice comptable 1999 ; les dispositions du 3° du II et du III sont applicables aux versements effectués au profit des organismes visés au II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000.</p> <p>V.- La Caisse des dépôts et consignations verse en 2000, sur le résultat net de son activité pour compte propre dégagé au titre de l'exercice 1999, la somme de trois milliards de francs au fonds de réserve pour les retraites mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale. »</p>	
	<p>..</p> <p>Art. 11 <i>bis</i> (nouveau).</p> <p>Le Gouvernement présentera au Parlement, avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, un rapport retraçant la situation du Fonds national de l'assurance veuvage depuis sa création. Ce rapport étudiera également les modalités d'une revalorisation significative du montant des prestations d'assurance veuvage.</p>	<p>..</p> <p>Art. 11 <i>bis</i>.</p> <p><b>Supprimé</b></p>	<p>.....</p>
<p>Art. 13 <i>bis</i> (nouveau).</p>	<p>..</p> <p>Art. 13 <i>bis</i>.</p>	<p>..</p> <p>Art. 13 <i>bis</i>.</p>	<p>.....</p> <p><b>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la</b></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>Pour les périodes d'activité antérieures au 1er janvier 1973 accomplies dans les régimes d'assurance vieillesse de base des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales, les intéressés peuvent effectuer un versement de cotisations arriérées, dès lors qu'il sont à jour, à la date dudit versement, du paiement des cotisations échues depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1973 dans les régimes obligatoires d'assurance vieillesse et invalidité-décès de ces professions.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>question préalable</i></p>
<p>Le montant au 1<sup>er</sup> avril 1972 des cotisations faisant l'objet de cette régularisation de cotisations est revalorisé par application des coefficients dont ont été affectées les valeurs des points de retraite entre cette date et la date à laquelle est effectué le versement.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>La demande de régularisation doit porter sur l'intégralité des cotisations dues; elle doit être présentée dans l'année suivant l'entrée en vigueur du décret en Conseil d'Etat qui fixera les conditions d'application du présent article.</p>	<p>La demande ...  ...dans les deux années suivant ...  ... présent article.</p>	<p>La demande ...  ...dans l'année suivant ...  ... présent article.</p>	
	<p>Art. 13 <i>ter</i> (nouveau).  I.- Le cinquième alinéa (4<sup>o</sup>) de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour les assurés ayant servi de 1954 à 1962 en Afrique du Nord, ces dispositions s'appliquent y</p>	<p>Art. 13 <i>ter</i>.  <b>Supprimé</b></p>	
			<p><i>La commission propose l'adoption</i></p>

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p style="text-align: center;">Section 3</p> <p style="text-align: center;"><b>Branche maladie</b></p> <p style="text-align: center;">Art. 14.</p> <p>I.– Le troisième alinéa de l'article L. 355-23 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Les dépenses afférentes aux missions énoncées dans le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.</p> <p>« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »</p>	<p>compris lorsqu'ils n'avaient jamais personnellement bénéficié de la qualité d'assuré social avant la date de leur incorporation. »</p> <p>II.- L'augmentation des charges résultant du I pour les organismes de sécurité sociale concernés est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575A du code général des impôts.</p> <p style="text-align: center;">Section 3</p> <p style="text-align: center;"><b>Branche maladie</b></p> <p style="text-align: center;">Art. 14.</p> <p style="text-align: center;"><i>Supprimé</i></p>	<p style="text-align: center;">Section 3</p> <p style="text-align: center;"><b>Branche maladie</b></p> <p style="text-align: center;">Art. 14.</p> <p>I.– Le troisième alinéa de l'article L. 355-23 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Les dépenses afférentes aux missions énoncées dans le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.</p> <p>« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »</p>	<p style="text-align: center;"><i>d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

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

II.– Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 9 intitulée : « Dépenses relatives aux prestations dispensées dans des consultations à vocation préventive » qui comprend l'article L. 174-16 ainsi rédigé :

« Art. L. 174-16.– I.– Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé soumis au régime de financement institué à l'article L. 174-1 sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l'article L. 174-1.

« La répartition des sommes versées aux établissements au titre de l'alinéa précédent est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2.

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

« II.– Les dépenses des consultations de dépistage prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et effectuées dans des structures autres que celles mentionnées au I sont

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

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

II.– Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 9 intitulée : « Dépenses relatives aux prestations dispensées dans des consultations à vocation préventive » qui comprend l'article L. 174-16 ainsi rédigé :

« Art. L. 174-16.– I.– Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé soumis au régime de financement institué à l'article L. 174-1 sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l'article L. 174-1.

« La répartition des sommes versées aux établissements au titre de l'alinéa précédent est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2.

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

« II.– Les dépenses des consultations de dépistage prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et effectuées dans des structures autres que celles mentionnées au I sont

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

prises en charge par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.

« Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret. »

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

« *Art. 6 bis.* – Sans préjudice des dispositions du titre II du livre III du code de la santé publique, les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent de manière anonyme le dépistage et le traitement de ces maladies. Ils interviennent à titre gratuit en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime. Dans ces cas, les dépenses relatives au dépistage et au traitement sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de

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

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

prises en charge par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.

« Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret. »

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

« *Art. 6 bis.* – Sans préjudice des dispositions du titre II du livre III du code de la santé publique, les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent de manière anonyme le dépistage et le traitement de ces maladies. Ils interviennent à titre gratuit en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime. Dans ces cas, les dépenses relatives au dépistage et au traitement sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

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

IV.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.

Art. 15.

I.- L'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses est ainsi rédigé :

« Art. 3.- Les dépenses de prévention résultant du titre VI du livre III du code de la santé publique, ainsi que les dépenses de soins des personnes mentionnées à l'article L. 355-21 de ce code, sont à la charge de l'Etat.

« Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de

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

Art. 15.

*Supprimé*

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

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

IV.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.

Art. 15.

I.- L'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses est ainsi rédigé :

« Art. 3.- Les dépenses de prévention résultant du titre VI du livre III du code de la santé publique, ainsi que les dépenses de soins des personnes mentionnées à l'article L. 355-21 de ce code, sont à la charge de l'Etat.

« Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. »

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

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

« Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de

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

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

santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. »

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

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

« Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de

**Propositions de  
la commission**

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*

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

base au remboursement ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application des dispositions des deux alinéas précédents. »

III.- Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est créé une section 10 ainsi rédigée :

« *Section 10*

« **Dépenses afférentes aux cures de désintoxication**

« Art. L. 174-17.- Dans les établissements de santé régis par l'article L. 174-1, les dépenses liées à une cure de désintoxication réalisées avec hébergement et prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses et de l'article L. 628-5 du code de la santé publique sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l'article L. 174-1.

« La répartition des sommes versées aux établissements au titre du précédent alinéa est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de

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

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

base au remboursement ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application des dispositions des deux alinéas précédents. »

III.- Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est créé une section 10 ainsi rédigée :

« *Section 10*

« **Dépenses afférentes aux cures de désintoxication**

« Art. L. 174-17.- Dans les établissements de santé régis par l'article L. 174-1, les dépenses liées à une cure de désintoxication réalisées avec hébergement et prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses et de l'article L. 628-5 du code de la santé publique sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l'article L. 174-1.

« La répartition des sommes versées aux établissements au titre du précédent alinéa est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*



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'application de l'article L. 174-2.</p> <p>« Les dépenses mentionnées au premier alinéa sont incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements prévu à l'article L. 174-1-1. »</p>		<p>l'application de l'article L. 174-2.</p> <p>« Les dépenses mentionnées au premier alinéa sont incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements prévu à l'article L. 174-1-1. »</p>	
<p>IV.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.</p>		<p>IV.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.</p>	
<p>Art. 16.</p>	<p>Art. 16.</p>	<p>Art. 16.</p>	
<p>I.- Le livre VII du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° L'intitulé du livre VII est ainsi rédigé : « Etablissements de santé, thermo-climatisme, laboratoires et centres de santé » ;</p> <p>2° Il est ajouté un titre IV ainsi rédigé :</p>	<p>I.- Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>I.- Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	
<p>« TITRE IV « CENTRES DE SANTÉ « Art. L. 765-I.- Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.</p>	<p>Division et intitulé sans modification « Art. L. 765-I.- Alinéa sans modification</p>	<p>Division et intitulé sans modification « Art. L. 765-I.- Alinéa sans modification</p>	
<p>« Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé mentionnés au titre Ier du présent livre, soit par des collectivités territoriales. Ils sont soumis à l'agrément de l'autorité administrative, dans des conditions prévues à</p>	<p>« Ils ...</p> <p>... soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité</p>	<p>« Ils ...</p> <p>... territoriales. « Ils sont soumis dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b></p>	<p align="center"><b>Propositions de la commission</b></p>
<p>l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale. »</p> <p align="center">II. – La section 7 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :</p> <p align="center">« <i>Section 7</i> « <i>Centres de santé</i> « <i>Art. L. 162-32.</i> – L'agrément des centres de santé prévu à l'article L. 765-1 du code de la santé publique est délivré par l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité.</p> <p>« Les caisses primaires d'assurance maladie versent aux centres de santé une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres en application de l'article L. 241-1 pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux relevant des sections 1 et 2 du présent chapitre.</p> <p>« Lorsque le personnel des centres de soins</p>	<p>administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionnent dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. Seuls les centres de santé agréés peuvent dispenser des soins aux assurés sociaux. »</p> <p align="center">II. - Alinéa sans modification</p> <p align="center">Division et intitulé sans modification <i>Alinéa supprimé</i></p> <p align="center">« « <i>Art. L. 162-32.</i> - Les caisses ... ... centres de santé qui ont adhéré à la convention nationale dans les conditions prévues à l'article L. 162-32-2 une subvention égale ...</p> <p>... chapitre.</p> <p align="center">Alinéa sans modification</p>	<p>l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale. »</p> <p align="center">II. - Alinéa sans modification</p> <p align="center">Division et intitulé sans modification <i>Suppression maintenue de l'alinéa</i></p> <p align="center">« <i>Art. L. 162-32.</i> - « Les caisses ... ... centres de santé une subvention égale ...</p> <p>... chapitre.</p> <p align="center">Alinéa sans modification</p>	<p align="center"><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b></p>	<p align="center"><b>Propositions de la commission</b></p>
<p>infirmiers est affilié aux assurances sociales agricoles, la partie des cotisations d'assurance maladie versées en application de l'article 1031 du code rural est prise en charge par la caisse de mutualité sociale agricole compétente et imputée sur les dépenses d'assurance maladie.</p>			
<p>« Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie.</p>	<p align="center">Alinéa sans modification</p>	<p align="center">Alinéa sans modification</p>	
<p>« Les conditions d'application du présent article, notamment celles relatives à l'agrément, aux prescriptions techniques ainsi qu'au versement de la subvention par les caisses primaires d'assurance maladie et à la dispense d'avance de frais, sont fixées par décret.</p>	<p align="center">« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.</p>	<p align="center">Alinéa sans modification</p>	<p align="center"><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p>« Art. L. 162-32-1.- Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.</p>	<p align="center">« Art. L. 162-32-1.- Les rapports ...  ... définis par une convention nationale conclue pour une durée ...</p>	<p align="center">« Art. L. 162-32-1.- Les rapports ...  ... définis par un accord national conclu pour une durée ...</p>	
<p>... centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.</p>	<p>... centres de santé créés et gérés par des collectivités territoriales et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de santé privés.</p>	<p>... centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.</p>	
<p>« Cet accord détermine notamment :</p>	<p align="center">« Cette convention détermine notamment :</p>	<p align="center">« Cet accord détermine notamment :</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
« 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé;	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	
« 2° Les conditions générales d'application des conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé; ces conditions ne peuvent pas modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces conventions;	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	
« 3° Les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé;	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	
« 4° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins;	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	<i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i>
« 5° <i>Alinéa supprimé</i>	« 5° <i>Suppression de l'alinéa maintenue</i>	« 5° <i>Suppression de l'alinéa maintenue</i>	
« 6° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé.	Alinéa sans modification	« 5° Les ...  ... santé.	
« Art. L. 162-32-2.- L'accord national, ses	« Chaque année, une annexe à la convention fixe l'objectif de dépenses des centres de santé et détermine les mesures permettant de favoriser le respect de cet objectif. « Art. L. 162-32-2. - La convention nationale, ses	<i>Alinéa supprimé</i>  « Art. L. 162-32-2.- L'accord national, ses	

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>annexes et avenants sont approuvés dans les conditions prévues à l'article L. 162-15.</p> <p>« Il est applicable aux centres de santé qui font connaître à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils sont situés, dans un délai fixé par cet accord, qu'ils souhaitent y adhérer.</p> <p>« A défaut d'accord national, les tarifs applicables aux centres de santé sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. Ces dispositions sont également applicables aux centres de santé qui n'ont pas adhéré à l'accord national.</p> <p>« Art. L. 162-32-3.- La caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un centre de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par l'accord national; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par cet accord et permettre au centre de présenter ses observations; elle ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du livre Ier.</p> <p>« Lorsqu'un centre de santé est placé hors de la convention par la caisse primaire d'assurance maladie, les tarifs qui lui sont applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conventions prévues</p>	<p>annexes ...</p> <p>...l'article L. 162-15.</p> <p>« Elle est applicable ...</p> <p>... fixé par cette convention, qu'ils souhaitent y adhérer.</p> <p>A défaut de convention nationale, les tarifs ...</p> <p>... pas adhéré à la convention nationale.</p> <p>« Art. L. 162-32-3.- La caisse primaire ...</p> <p>... prévus par ladite convention ; cette décision ...</p> <p>... prévues par cette convention et permettre ...</p> <p>... du livre Ier.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>annexes ...</p> <p>...l'article L. 162-15.</p> <p>« Il est applicable ...</p> <p>... fixé par cet accord, qu'ils souhaitent y adhérer.</p> <p>A défaut d'accord national, les tarifs ...</p> <p>... pas adhéré à l'accord national.</p> <p>« Art. L. 162-32-3.- La caisse primaire ...</p> <p>... prévus par l'accord national; cette décision ...</p> <p>... prévues par cet accord et permettre ...</p> <p>... du livre Ier.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. »</p> <p>III.- L'ensemble des centres de santé agréés dans le cadre des dispositions applicables avant l'entrée en vigueur de la présente loi conservent le bénéfice de l'agrément qui leur a été antérieurement accordé. Pour ceux des centres qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 162-32, les tarifs applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.</p>	<p>III.- L'ensemble ...</p> <p>... accordé.</p>	<p>III.- L'ensemble ...</p> <p>... accordé par l'autorité administrative tant qu'ils répondent aux caractéristiques de cet agrément.</p> <p>Pour ceux des centres qui ne remplissent pas les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 765-1 du code de la santé publique, les tarifs applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du chapitre II du titre VI du Livre 1<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale.</p>	
<p>Art. 17.</p> <p>I. – L'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Les deux derniers membres de phrase du 2° deviennent le dernier alinéa de l'article;</p> <p>2° Le 2° est supprimé;</p>	<p>Art. 17.</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><b>2° Alinéa supprimé</b></p>	<p>Art. 17.</p> <p>I. – L'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Les deux derniers membres de phrase du 2° deviennent le dernier alinéa de l'article;</p> <p>2° Le 2° est abrogé ;</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>3° Les 3°, 4° et 5° deviennent respectivement les 2°, 3° et 4°;</p> <p>4° Après le 4°, sont insérés un 5° et un 6° ainsi rédigés :</p> <p>« 5° Le cas échéant :</p> <p>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;</p> <p>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux;</p> <p>« c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus;</p> <p>« 6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1°. » ;</p> <p>5° Dans le huitième alinéa, les mots : « du 4° » sont remplacés par les mots : « du 3° » ;</p> <p>6° Les neuvième à douzième alinéas sont supprimés;</p> <p>7° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Pour la mise en</p>	<p>3° <i>Alinéa supprimé</i></p> <p>4° <i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i> <i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>3° Les 3°, 4° et 5° deviennent respectivement les 2°, 3° et 4°;</p> <p>4° Après le 4°, sont insérés un 5° et un 6° ainsi rédigés :</p> <p>« 5° Le cas échéant :</p> <p>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;</p> <p>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux;</p> <p>« c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus;</p> <p>« 6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1°. » ;</p> <p>5° Dans le huitième alinéa, les mots : « du 4° » sont remplacés par les mots : « du 3° » ;</p> <p>6° Les neuvième à douzième alinéas sont supprimés;</p> <p>7° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Pour la mise en</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>œuvre des 5° et 6°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</p> <p>II.- Après le 5° de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« 6° Le cas échéant :</p> <p>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;</p> <p>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des infirmiers participant à ces réseaux;</p> <p>« c) Les droits et obligations respectifs des infirmiers, des patients et des</p>	<p>II.- L'article L. 162-5-3 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-5-3. -I. - Lorsque, à l'occasion de l'analyse annuelle des résultats de l'exercice, les parties conventionnelles constatent un dépassement de l'objectif prévisionnel, elles recensent les postes de dépenses concernés et arrêtent, dans l'annexe annuelle mentionnée à l'article L. 162-5-2, la liste des contrats régionaux d'objectifs et de moyens applicables à ces postes pour l'année suivante.</p> <p>« Avant le 1<sup>er</sup> mars de l'exercice suivant, les contrats régionaux d'objectifs et de moyens conclus dans chaque région par les représentants des organisations signataires de la convention et les unions régionales de caisses d'assurance maladie fixent des objectifs pour chacun de ces postes en fonction :</p> <p>« 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</p>	<p>œuvre des 5° et 6°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</p> <p>II.- Après le 5° de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« 6° Le cas échéant :</p> <p>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;</p> <p>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des infirmiers participant à ces réseaux;</p> <p>« c) Les droits et obligations respectifs des infirmiers, des patients et des</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>



<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux <i>a</i> et <i>b</i> ci-dessus;</p> <p>« 7° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des infirmiers.</p> <p>« Pour la mise en œuvre des 6° et 7°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</p>	<p>des médecins, notamment en ce qui concerne leurs 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 du code de la santé publique;</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 huit jours, des éléments établis dans le contrat régional d'objectifs et de moyens.</p> <p>« Un bilan d'application des contrats régionaux est effectué en fin d'exercice. Les partenaires conventionnels en tirent les conséquences dans le contenu de l'annexe annuelle prévue à l'article L. 162-5-2.</p> <p>« II.- Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles, en l'absence de dispositions conventionnelles prévues par le I ou en cas de carences des parties à la convention, les organismes du régime général de l'assurance maladie mettent en œuvre les</p>	<p>caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux <i>a</i> et <i>b</i> ci-dessus;</p> <p>« 7° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des infirmiers.</p> <p>« Pour la mise en œuvre des 6° et 7°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</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>III.- L'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Après le 6°, il est inséré un 7° et un 8° ainsi rédigés :</p> <p>« 7° Le cas échéant :</p> <p>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;</p> <p>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des masseurs-kinésithérapeutes participant à ces réseaux;</p> <p>« c) Les droits et obligations respectifs des masseurs-kinésithérapeutes, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus;</p> <p>« 8° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités autres que curatives des masseurs-kinésithérapeutes.»;</p> <p>2° Après le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Pour la mise en œuvre des 7° et 8°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</p>	<p>dispositions prévues par le présent article. »</p> <p>III.- <i>Supprimé</i></p>	<p>III.- L'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Après le 6°, il est inséré un 7° et un 8° ainsi rédigés :</p> <p>« 7° Le cas échéant :</p> <p>« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;</p> <p>« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des masseurs-kinésithérapeutes participant à ces réseaux;</p> <p>« c) Les droits et obligations respectifs des masseurs-kinésithérapeutes, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus;</p> <p>« 8° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités autres que curatives des masseurs-kinésithérapeutes.»;</p> <p>2° Après le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Pour la mise en œuvre des 7° et 8°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion</i></p> <p><i>tendant à opposer la question préalable</i></p>

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

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

1° Au premier alinéa, les mots : « une ou plusieurs organisations syndicales membres du Comité professionnel national de la biologie mentionné à l'article L. 162-14-1 » sont remplacés par les mots : « une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale » ;

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

« 5° Le cas échéant :

« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;

« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale participant à ces réseaux;

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

« 6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des analyses de

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

IV.- *Supprimé*

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

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

1° Au premier alinéa, les mots : « une ou plusieurs organisations syndicales membres du Comité professionnel national de la biologie mentionné à l'article L. 162-14-1 » sont remplacés par les mots : « une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale » ;

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

« 5° Le cas échéant :

« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;

« b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale participant à ces réseaux;

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

« 6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des analyses de

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

biologie médicale ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale. » ;

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

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

V. – Au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 3.1 intitulée : « Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 », comprenant une sous-section 1 intitulée : « Conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants », comprenant l'article L. 162-15 ainsi rétabli :

« *Art. L. 162-15.* – Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, leurs annexes et avenants sont transmis, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes est consulté par la Caisse nationale de l'assurance maladie des

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

*V.- Supprimé*

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

biologie médicale ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale. » ;

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

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

V. – Au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 3.1 intitulée : « Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 », comprenant une sous-section 1 intitulée : « Conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants », comprenant l'article L. 162-15 ainsi rétabli :

« *Art. L. 162-15.* – Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, leurs annexes et avenants sont transmis, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes est consulté par la Caisse nationale de l'assurance maladie des

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

travailleurs salariés sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à la caisse et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les conventions, annexes et avenants sont approuvés par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées, dans le délai de quarante-cinq jours à compter de la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.

« Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de la convention, de l'avenant ou de l'annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions divisibles, les ministres compétents peuvent, dans le délai prévu ci-dessus, disjointre cette ou ces seules dispositions de l'approbation. Ils notifient cette disjonction à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs

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

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

travailleurs salariés sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à la caisse et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les conventions, annexes et avenants sont approuvés par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées, dans le délai de quarante-cinq jours à compter de la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.

« Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de la convention, de l'avenant ou de l'annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions divisibles, les ministres compétents peuvent, dans le délai prévu ci-dessus, disjointre cette ou ces seules dispositions de l'approbation. Ils notifient cette disjonction à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs

**Propositions de  
la commission**

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*

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

salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. Ils peuvent également, dans les mêmes conditions, lorsqu'une convention ou un avenant a pour objet de rendre opposables les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15, exclure certaines références de l'approbation dans l'intérêt de la santé publique. Il est fait mention de ces exclusions lors de la publication.

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

« La convention nationale est applicable aux professionnels concernés qui déclarent à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai fixé par cette convention, y adhérer. »

VI. – Les articles L. 322-5-4 et L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 322-5-4.* – La convention mentionnée à l'article L. 322-5-2, ses annexes et avenants sont approuvés et s'appliquent aux entreprises de transport sanitaire concernées dans les conditions prévues aux articles L. 162-15, L. 162-15-1 et L. 162-15-2.

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

***VI.- Supprimé***

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

salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. Ils peuvent également, dans les mêmes conditions, lorsqu'une convention ou un avenant a pour objet de rendre opposables les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15, exclure certaines références de l'approbation dans l'intérêt de la santé publique. Il est fait mention de ces exclusions lors de la publication.

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

« La convention nationale est applicable aux professionnels concernés qui déclarent à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai fixé par cette convention, y adhérer. »

VI. – Les articles L. 322-5-4 et L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 322-5-4.* – La convention mentionnée à l'article L. 322-5-2, ses annexes et avenants sont approuvés et s'appliquent aux entreprises de transport sanitaire concernées dans les conditions prévues aux articles L. 162-15, L. 162-15-1, L. 162-15-2 et L. 162-15-3.

« Pour les entreprises non régies par la convention nationale, les tarifs servant de base au remboursement sont fixés par arrêté

**Propositions de  
la commission**

***La commission  
propose l'adoption***

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

« Art. L. 322-5-5. – L'annexe annuelle mentionnée à l'article L. 322-5-3, ainsi que les annexes modificatives, sont conclues et approuvées dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-2. »

VII.– Le premier alinéa du I de l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase est ainsi rédigée :

«Ce règlement fixe les dispositions et sanctions visées aux articles L. 162-5 et au II de l'article L. 162-5-13. » ;

2° La troisième phrase est supprimée.

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

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

2° D'un II ainsi rédigé :

« II. – La ou les conventions médicales prévues à l'article L. 162-5 peuvent prévoir, lorsqu'elles autorisent la pratique des honoraires différents des tarifs qu'elles fixent, soit un

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

*VII.- Supprimé*

*VIII.- Supprimé*

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

interministériel.

« Art. L. 322-5-5. – L'annexe annuelle mentionnée à l'article L. 322-5-3, ainsi que les annexes modificatives, sont conclues et approuvées dans les conditions prévues aux articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3. »

VII.– Le premier alinéa du I de l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase est ainsi rédigée :

«Ce règlement fixe les dispositions et sanctions visées aux articles L. 162-5 et au II de l'article L. 162-5-13. » ;

2° La troisième phrase est supprimée.

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

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

2° D'un II ainsi rédigé :

« II. – La ou les conventions médicales prévues à l'article L. 162-5 peuvent prévoir, lorsqu'elles autorisent la pratique des honoraires différents des tarifs qu'elles fixent, soit un

**Propositions de  
la commission**

*d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*

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

plafond de dépassement par acte soit un plafond annuel pour les dépassements perçus par un praticien pour l'ensemble de son activité, ce plafond pouvant être déterminé en fonction du montant total des dépassements constatés l'année précédente. Elles peuvent fixer des plafonds différents pour les médecins ayant souscrit le contrat prévu à l'article L. 162-12-18. »

IX. – L'article L. 162-5-7 du code de la sécurité sociale devient l'article L. 162-15-1 et est inséré à la fin de la sous-section 1 de la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier; dans ce même article, les mots : « un médecin » sont remplacés par les mots : « un professionnel de santé ».

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

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Un avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et, en son sein, l'objectif de dépenses déléguées et précise les conditions et modalités de mise en œuvre de ces objectifs. » ;

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

IX.- *Supprimé*

X.- *Supprimé*

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

plafond de dépassement par acte soit un plafond annuel pour les dépassements perçus par un praticien pour l'ensemble de son activité, ce plafond pouvant être déterminé en fonction du montant total des dépassements constatés l'année précédente. Elles peuvent fixer des plafonds différents pour les médecins ayant adhéré au contrat prévu à l'article L. 162-12-18. »

IX. – L'article L. 162-5-7 du code de la sécurité sociale devient l'article L. 162-15-1 et est inséré à la fin de la sous-section 1 de la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier; dans ce même article, les mots : « un médecin » sont remplacés par les mots : « un professionnel de santé ».

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

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Un avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et, en son sein, l'objectif de dépenses déléguées et précise les conditions et modalités de mise en œuvre de ces objectifs. » ;

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*



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

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les dépenses déléguées comprennent les dépenses mentionnées au 1° ci-dessus ainsi que les frais de transport mentionnés à l'article L. 322-5. »

XI. – A la fin de l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville » sont remplacés par les mots : « l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et l'objectif de dépenses déléguées ».

XII – Dans la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, est insérée une sous-section 2 intitulée : « Dispositions relatives à la fixation et au suivi des objectifs de dépenses », comprenant les articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3 ainsi rédigés :

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

« 1° L'objectif des dépenses de la profession, incluant les dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires, un objectif étant fixé pour les

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

*XI.- Supprimé*

*XII.- Supprimé*

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

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les dépenses déléguées comprennent les dépenses mentionnées au 1° ci-dessus ainsi que les frais de transport mentionnés à l'article L. 322-5. »

XI.– A la fin de l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville » sont remplacés par les mots : « l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et l'objectif de dépenses déléguées ».

XII.– Dans la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, est insérée une sous-section 2 intitulée : « Dispositions relatives à la fixation et au suivi des objectifs de dépenses », comprenant les articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3 ainsi rédigés :

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

« 1° L'objectif des dépenses de la profession, incluant les dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires, un objectif étant fixé pour les

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

médecins généralistes, d'une part, et pour les médecins spécialistes, d'autre part; cet objectif s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile concernée et porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail;

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

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

« a) Toute action visant à réduire le volume des actes non justifiés au plan médical et notamment les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ;

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

« A défaut de convention pour l'une des professions visées au présent I, et après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée, ou à défaut d'annexe pour l'une

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

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

médecins généralistes, d'une part, et pour les médecins spécialistes, d'autre part; cet objectif s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile concernée et porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail;

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

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

« a) Toute action visant à réduire le volume des actes non justifiés au plan médical et notamment les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ;

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

« A défaut de convention pour l'une des professions visées au présent I, et après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée, ou à défaut d'annexe pour l'une

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

des conventions, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale déterminent, pour la profession concernée, les éléments de l'annexe visés aux 1°, 2° et 3° du présent I.

« II. – Les parties à chacune des conventions assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I, au moins deux fois dans l'année; une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année.

« A défaut de convention, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie assurent ce suivi et consultent les syndicats représentatifs de la profession concernée.

« Lorsqu'elles constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application du I, les parties à chacune des conventions déterminent, par une annexe modificative, les mesures de toute nature propres à garantir son respect et notamment celles prévues au 3° du I ainsi que, le cas échéant, les ajustements des tarifs prévus au 2°.

« A défaut d'accord entre les parties conventionnelles ou en l'absence de convention,

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

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

des conventions, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale déterminent, pour la profession concernée, les éléments de l'annexe visés aux 1°, 2° et 3° du présent I.

« II. – Les parties à chacune des conventions assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins deux fois dans l'année : une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année.

« A défaut de convention, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie assurent ce suivi et consultent les syndicats représentatifs de la profession concernée.

« Lorsqu'elles constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application du I, les parties à chacune des conventions déterminent, par une annexe modificative, les mesures de toute nature propres à garantir son respect et notamment celles prévues au 3° du I ainsi que, le cas échéant, les ajustements des tarifs prévus au 2°.

« A défaut d'accord entre les parties conventionnelles ou en l'absence de convention,

**Propositions de  
la commission**

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*

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

après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée et lorsque le montant des dépenses réalisées n'est manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif fixé, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale signataire de la convention concernée déterminent les mesures prévues à l'alinéa précédent.

« En cas de carence des caisses nationales ou lorsqu'il apparaît que les mesures proposées au titre des quatre alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses, un arrêté interministériel fixe les tarifs et mesures mentionnés aux 2° et 3° (b) du I.

« Art. L. 162-15-3.-  
I.- Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget dans un délai de cinquante jours à compter de la publication de la loi de financement de la

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

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

après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée et lorsque le montant des dépenses réalisées n'est manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif fixé, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale signataire de la convention concernée déterminent les mesures prévues à l'alinéa précédent.

« En cas de carence des caisses nationales ou lorsqu'il apparaît que les mesures proposées au titre des quatre alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses, un arrêté interministériel fixe les tarifs et mesures mentionnés aux 2° et 3° (b) du I.

« Art. L. 162-15-3.-  
I.- Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget dans un délai de cinquante jours à compter de la publication de la loi de financement de la

**Propositions de  
la commission**

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*

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

sécurité sociale, accompagné des annexes mentionnées à l'article L. 162-15-2 et, le cas échéant, des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie en application du dernier alinéa du I de cet article.

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

« Le rapport indique également les moyens mis en œuvre par l'assurance maladie pour maîtriser l'évolution des dépenses de prescription des médecins, sages-femmes et dentistes. Il détaille à ce titre les actions, notamment de contrôle, prévues par le service médical, les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que celles menées au titre des accords médicalisés visés à l'article L. 162-12-17. Le rapport précise l'effet projeté de chaque action sur les dépenses de prescription, par catégorie.

« Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale,

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

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

sécurité sociale, accompagné des annexes mentionnées à l'article L. 162-15-2 et, le cas échéant, des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie en application du dernier alinéa du I de cet article.

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

« Le rapport indique également les moyens mis en œuvre par l'assurance maladie pour maîtriser l'évolution des dépenses de prescription des médecins, sages-femmes et dentistes. Il détaille à ce titre les actions, notamment de contrôle, prévues par le service médical, les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que celles menées au titre des accords médicalisés visés à l'article L. 162-12-17. Le rapport précise l'effet projeté de chaque action sur les dépenses de prescription, par catégorie.

« Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale,

**Propositions de  
la commission**

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*

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

de la santé, de l'agriculture,  
de l'économie et du budget.

« II.– Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget au plus tard respectivement les 15 juillet et 15 novembre, accompagné, le cas échéant, des annexes modificatives mentionnées à l'article L. 162-15-2 et des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie en application de l'avant-dernier alinéa du II de cet article.

« III.– Les annexes et, le cas échéant, les mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance

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

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

de la santé, de l'agriculture,  
de l'économie et du budget.

« II.– Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget au plus tard respectivement les 15 juillet et 15 novembre, accompagné, le cas échéant, des annexes modificatives mentionnées à l'article L. 162-15-2 et des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie en application de l'avant-dernier alinéa du II de cet article.

« Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

« III.– Les annexes et, le cas échéant, les mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

maladie au titre de l'article L. 162-15-2 font l'objet d'une approbation unique des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

« Ces annexes sont réputées approuvées si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dans le délai de quinze jours à compter de leur réception, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou en raison des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.

« En cas d'opposition, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose d'un délai de dix jours pour revoir le contenu des annexes et les présenter à nouveau, dans les conditions fixées au premier alinéa du I et au II ci-dessus, aux ministres compétents.

« IV.— En cas d'opposition du ministre aux nouvelles propositions de la caisse, un arrêté interministériel fixe :

« 1° Au plus tard le soixante-quinzième jour suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, les éléments des annexes annuelles ;

« 2° Au plus tard les

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

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

maladie au titre de l'article L. 162-15-2 font l'objet d'une approbation unique des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

« Ces annexes sont réputées approuvées si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dans le délai de quinze jours à compter de leur réception, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou en raison des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.

« En cas d'opposition, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose d'un délai de dix jours pour revoir le contenu des annexes et les présenter à nouveau, dans les conditions fixées au premier alinéa du I et au II ci-dessus, aux ministres compétents.

« IV.— En cas d'opposition du ministre aux nouvelles propositions de la caisse, un arrêté interministériel fixe :

« 1° Au plus tard le soixante-quinzième jour suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, les éléments des annexes annuelles ;

« 2° Au plus tard les

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

31 juillet et 30 novembre, les tarifs liés aux ajustements prévus au II de l'article L. 162-15-2.

« V.- Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels de santé, en vigueur le 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur de l'annexe ou d'un arrêté pris en application du présent article. »

*XII bis (nouveau).*— Dans la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, est insérée une sous-section 3 intitulée : « Dispositions diverses », comprenant un article L. 162-15-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-15-4.*— I.- A défaut de convention pour les médecins spécialistes ou à défaut d'annexe pour cette convention, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux éléments de l'annexe mentionnée au I de l'article L. 162-15-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.

« II.- A défaut

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

*XII bis. – Supprimé*

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

31 juillet et 30 novembre, les tarifs liés aux ajustements prévus au II de l'article L. 162-15-2.

« V.- Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels de santé, en vigueur le 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur de l'annexe ou d'un arrêté pris en application du présent article. »

*XII bis.*— Dans la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, est insérée une sous-section 3 intitulée : « Dispositions diverses », comprenant un article L. 162-15-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-15-4.*— I.- A défaut de convention pour les médecins spécialistes ou à défaut d'annexe pour cette convention, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux éléments de l'annexe mentionnée au I de l'article L. 162-15-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.

« II.- A défaut

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*



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

d'accord entre les parties à la convention des médecins spécialistes ou en l'absence de convention pour les médecins spécialistes, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux mesures mentionnées au troisième alinéa du II de l'article L. 162-5-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes. »

XIII.- Au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 2.2 intitulée : « Accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins », comprenant les articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 ainsi rédigés :

« Art. L. 162-12-17.- Un ou des accords de « bon usage des soins » peuvent être conclus, à l'échelon national, par les parties à la ou les conventions mentionnées à l'article L. 162-5 et, à l'échelon régional, entre les unions régionales de caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Ces accords sont

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

XIII.- *Supprimé*

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

d'accord entre les parties à la convention des médecins spécialistes ou en l'absence de convention pour les médecins spécialistes, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux mesures mentionnées au troisième alinéa du II de l'article L. 162-15-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes. »

XIII.- Au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 2.2 intitulée : « Accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins », comprenant les articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 ainsi rédigés :

« Art. L. 162-12-17.- Un ou des accords de « bon usage des soins » peuvent être conclus, à l'échelon national, par les parties à la ou les conventions mentionnées à l'article L. 162-5 et, à l'échelon régional, entre les unions régionales de caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Ces accords sont

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

transmis par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou par l'union régionale de caisses d'assurance maladie aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.

« En l'absence de convention, ces accords peuvent être conclus, à l'échelon national, entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et au moins un syndicat représentatif des médecins généralistes ou des médecins spécialistes et, à l'échelon régional, entre l'union régionale de caisses de sécurité sociale et les représentants, dans la région, des syndicats représentatifs au niveau national des médecins généralistes ou des médecins spécialistes.

« Les accords nationaux et régionaux prévoient des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre. Ils peuvent fixer des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les modalités selon lesquelles les médecins conventionnés peuvent percevoir une partie du montant des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord.

« Cette partie est versée aux professionnels concernés par l'action engagée, dans la limite, le

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

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

transmis par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou par l'union régionale de caisses d'assurance maladie aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.

« En l'absence de convention, ces accords peuvent être conclus, à l'échelon national, entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et au moins un syndicat représentatif des médecins généralistes ou des médecins spécialistes et, à l'échelon régional, entre l'union régionale de caisses d'assurance maladie et les représentants, dans la région, des syndicats représentatifs au niveau national des médecins généralistes ou des médecins spécialistes.

« Les accords nationaux et régionaux prévoient des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre. Ils peuvent fixer des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les modalités selon lesquelles les médecins conventionnés peuvent percevoir une partie du montant des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord.

« Cette partie est versée aux professionnels concernés par l'action engagée, dans la limite, le

**Propositions de  
la commission**

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*

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

cas échéant, d'un plafond, en fonction de critères définis par l'accord.

« Les dispositions du précédent alinéa ne peuvent être mises en œuvre que lorsque les résultats de ces actions ont été évalués dans les conditions prévues par l'accord et qu'ils établissent que les objectifs fixés ont été atteints.

« Les accords nationaux et régionaux sont approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans des conditions identiques à celles prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 162-15. Seuls les accords régionaux ayant recueilli l'avis favorable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale peuvent être soumis à l'approbation des ministres.

« Art. L. 162-12-18.— La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 déterminent les conditions dans lesquelles les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui ouvre droit à la majoration de la participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.

« Ce contrat, défini par la convention, précise les objectifs d'évolution de la pratique des professionnels concernés et fixe les engagements pris par ces

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

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

**Propositions de  
la commission**

cas échéant, d'un plafond, en fonction de critères définis par l'accord.

« Les dispositions du précédent alinéa ne peuvent être mises en œuvre que lorsque les résultats de ces actions ont été évalués dans les conditions prévues par l'accord et qu'ils établissent que les objectifs fixés ont été atteints.

« Les accords nationaux et régionaux sont approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans des conditions identiques à celles prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 162-15. Seuls les accords régionaux ayant recueilli l'avis favorable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale peuvent être soumis à l'approbation des ministres.

« Art. L. 162-12-18.— La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 déterminent les conditions dans lesquelles les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui ouvre droit à la majoration de la participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.

« Ce contrat, défini par la convention, précise les objectifs d'évolution de la pratique des professionnels concernés et fixe les engagements pris par ces

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>derniers.</p> <p>« Le contrat comporte nécessairement des engagements relatifs :</p> <p>« – à l'évaluation de la pratique du professionnel ;</p> <p>« – aux actions de formation continue ;</p> <p>« – aux modalités de suivi avec le service du contrôle médical de son activité et, le cas échéant, de ses pratiques de prescription ;</p> <p>« – à la prescription de médicaments génériques, s'agissant des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ;</p> <p>« – à l'application des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15.</p> <p>« Le contrat peut en outre comporter d'autres engagements, portant notamment sur :</p> <p>« – le mode d'exercice du praticien afin de favoriser, le cas échéant par une participation à des réseaux de soins, une meilleure coordination des soins ou permettre des regroupements professionnels ;</p> <p>« – le niveau de son activité ;</p> <p>« – sa participation aux programmes d'information destinés aux assurés et mis en place par les caisses d'assurance maladie ;</p> <p>« – le cas échéant, sa collaboration aux différents services mis en place par les caisses d'assurance maladie à destination des assurés.</p> <p>« Le contrat peut, dans les conditions fixées par</p>		<p>derniers.</p> <p>« Le contrat comporte nécessairement des engagements relatifs :</p> <p>« – à l'évaluation de la pratique du professionnel ;</p> <p>« – aux actions de formation continue ;</p> <p>« – aux modalités de suivi avec le service du contrôle médical de son activité et, le cas échéant, de ses pratiques de prescription ;</p> <p>« – à la prescription de médicaments génériques, s'agissant des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ;</p> <p>« – à l'application des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15.</p> <p>« Le contrat peut en outre comporter d'autres engagements, portant notamment sur :</p> <p>« – le mode d'exercice du praticien afin de favoriser, le cas échéant par une participation à des réseaux de soins, une meilleure coordination des soins ou permettre des regroupements professionnels ;</p> <p>« – le niveau de son activité ;</p> <p>« – sa participation aux programmes d'information destinés aux assurés et mis en place par les caisses d'assurance maladie ;</p> <p>« – le cas échéant, sa collaboration aux différents services mis en place par les caisses d'assurance maladie à destination des assurés.</p> <p>« Le contrat peut, dans les conditions fixées par</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

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

les conventions, être complété par des dispositions définies par un accord conclu à l'échelon régional entre l'union régionale des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions nationales.

« Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l'adhésion du professionnel, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations. »

XIV. – Les articles L. 162-5-11, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 722-4 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« Art. L. 162-5-11. – Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, en application de l'article L. 242-11, par les médecins exerçant leur activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions prévues à l'article L. 162-5.

« Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime

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

XIV.- *Supprimé*

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

les conventions, être complété par des dispositions définies par un accord conclu à l'échelon régional entre l'union régionale des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions nationales.

« Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l'adhésion du professionnel, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations. »

XIV. – Les articles L. 162-5-11, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 722-4 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« Art. L. 162-5-11. – Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, en application de l'article L. 242-11, par les médecins exerçant leur activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions prévues à l'article L. 162-5.

« Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les conventions mentionnées à l'article L. 162-5 pour les médecins qui ont adhéré au contrat de bonne pratique prévu à l'article L. 162-12-18.

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

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

« La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les médecins ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent.

« A défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation, cette partie étant inférieure à celle résultant de la dernière convention.

« Toutefois, si l'application du règlement

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

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

d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les conventions mentionnées à l'article L. 162-5 pour les médecins qui ont adhéré au contrat de bonne pratique prévu à l'article L. 162-12-18.

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

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

« La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les médecins ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent.

« A défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation, cette partie étant inférieure à celle résultant de la dernière convention.

« Toutefois, si l'application du règlement

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable. »

« *Art. L. 645-2.* – Le financement des avantages vieillesse prévu au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires déterminée, dans des conditions fixées par décret, sur des bases forfaitaires tenant compte, le cas échéant, de l'importance du revenu que les bénéficiaires tirent de leur activité professionnelle de praticien ou d'auxiliaire médical, pour chacune des catégories professionnelles intéressées par référence aux tarifs plafonds fixés par les conventions prévues pour ces professions aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14.

« Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due. Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation

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

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

conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable. »

« *Art. L. 645-2* – Le financement des avantages vieillesse prévu au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires déterminée, dans des conditions fixées par décret, sur des bases forfaitaires tenant compte, le cas échéant, de l'importance du revenu que les bénéficiaires tirent de leur activité professionnelle de praticien ou d'auxiliaire médical, pour chacune des catégories professionnelles intéressées par référence aux tarifs plafonds fixés par les conventions prévues pour ces professions aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14.

« Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due. Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation

**Propositions de  
la commission**

*La commission*

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

peut être majoré par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 pour les professionnels de santé qui ont adhéré au contrat prévu à l'article L. 162-12-18.

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

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

« La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les clauses qu'elles déterminent.

« *Art. L. 645-2-1.* – En ce qui concerne les médecins, à défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, cette partie étant d'un montant inférieur à celui de la participation prévue à l'article L. 645-2.

« Toutefois, si l'application du règlement

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

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

**Propositions de  
la commission**

peut être majoré par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 pour les professionnels de santé qui ont adhéré au contrat prévu à l'article L. 162-12-18.

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

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

« La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les clauses qu'elles déterminent.

« *Art. L. 645-2-1.* – En ce qui concerne les médecins, à défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, cette partie étant d'un montant inférieur à celui de la participation prévue à l'article L. 645-2.

« Toutefois, si l'application du règlement

*propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*



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

conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable. »

« Art. L. 722-4.- Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent des activités professionnelles mentionnées à l'article L. 722-1 et sur leurs avantages de retraite.

« Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due. Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 pour les professionnels de santé qui ont adhéré au contrat prévu à l'article L. 162-12-18.

« La participation prévue à l'alinéa précédent n'est toutefois pas due aux médecins autorisés par la convention nationale à

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

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

conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable. »

« Art. L. 722-4.- Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent des activités professionnelles mentionnées à l'article L. 722-1 et sur leurs avantages de retraite.

« Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due. Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 pour les professionnels de santé qui ont adhéré au contrat prévu à l'article L. 162-12-18.

« La participation prévue à l'alinéa précédent n'est toutefois pas due aux médecins autorisés par la convention nationale à

**Propositions de  
la commission**

*La commission  
propose l'adoption  
d'une motion  
tendant à opposer la  
question préalable*

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

pratiquer des honoraires différents des tarifs qu'elle fixe.

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

« La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les clauses qu'elles déterminent.

« Les cotisations dues sur les avantages de retraite sont précomptées lors de chaque versement par l'organisme qui paie ces avantages. Un décret détermine les modalités de calcul et de recouvrement des cotisations dues par les bénéficiaires, ainsi que les exonérations accordées aux titulaires d'avantages de retraite dont les ressources sont insuffisantes.

« Art. L. 722-4-I.- A défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, cette partie étant d'un montant inférieur à celui de la participation prévue à l'article L. 645-2.

« Toutefois, si

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

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

pratiquer des honoraires différents des tarifs qu'elle fixe.

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

« La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les clauses qu'elles déterminent.

« Les cotisations dues sur les avantages de retraite sont précomptées lors de chaque versement par l'organisme qui paie ces avantages. Un décret détermine les modalités de calcul et de recouvrement des cotisations dues par les bénéficiaires, ainsi que les exonérations accordées aux titulaires d'avantages de retraite dont les ressources sont insuffisantes.

« Art. L. 722-4-I.- A défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, cette partie étant d'un montant inférieur à celui de la participation prévue à l'article L. 645-2.

« Toutefois, si

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable. »

XV. – Les articles L. 162-5-2, L. 162-5-3, L. 162-5-4, les dispositions des sous-sections 2 et 3 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, ainsi que les articles L. 162-12-3, L. 162-12-4, L. 162-12-5, L. 162-12-10, L. 162-12-11, L. 162-12-12, L. 162-14-1, L. 162-14-2, L. 162-14-3 et L. 162-14-4 de ce code sont abrogés.

XVI.– L'article L. 162-5-5 du même code devient l'article L. 162-5-2. Les articles L. 162-12-6 et L. 162-12-7 deviennent respectivement les articles L. 162-12-3 et L. 162-12-4. Les articles L. 162-12-13 et L. 162-12-14 deviennent respectivement les articles L. 162-12-10 et L. 162-12-11.

XVII.– Les sous-sections 4 et 5 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale deviennent respectivement les sous-sections 2 et 3 de cette même section.

.....  
..

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

XV.- *Supprimé*

XVI.- *Supprimé*

XVII.- *Supprimé*

.....  
..

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

l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable. »

XV. – Les articles L. 162-5-2, L. 162-5-3, L. 162-5-4, les dispositions des sous-sections 2 et 3 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, ainsi que les articles L. 162-12-3, L. 162-12-4, L. 162-12-5, L. 162-12-10, L. 162-12-11, L. 162-12-12, L. 162-14-1, L. 162-14-2, L. 162-14-3 et L. 162-14-4 de ce code sont abrogés.

XVI.– L'article L. 162-5-5 du même code devient l'article L. 162-5-2. Les articles L. 162-12-6 et L. 162-12-7 deviennent respectivement les articles L. 162-12-3 et L. 162-12-4. Les articles L. 162-12-13 et L. 162-12-14 deviennent respectivement les articles L. 162-12-10 et L. 162-12-11.

XVII.– Les sous-sections 4 et 5 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale deviennent respectivement les sous-sections 2 et 3 de cette même section.

.....  
..

**Propositions de  
la commission**

.....  
*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

.....  
.....

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 data-bbox="384 456 472 488">Art. 19.</p> <p data-bbox="256 521 592 678">I.- Après l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 315-2-1 ainsi rédigé :</p> <p data-bbox="256 680 592 1570">« Art. L. 315-2-1. – Si, au vu des dépenses présentées au remboursement, le service du contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un assuré dans les cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, il peut convoquer l'intéressé. Le service du contrôle médical peut établir, le cas échéant conjointement avec un médecin choisi par l'assuré, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés. Ces recommandations sont transmises à l'assuré par le médecin choisi par celui-ci, lorsque ces recommandations sont établies conjointement, ou à défaut, par le service du contrôle médical.</p> <p data-bbox="256 1572 592 1700">« Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p data-bbox="256 1733 592 1951">II.- Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les mots : « , L. 315-2 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « , L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 ».</p> <p data-bbox="339 1984 592 2016">III.- Au début du IV</p>	<p data-bbox="724 456 813 488">Art. 19.</p> <p data-bbox="715 521 823 555"><i>Supprimé</i></p>	<p data-bbox="1066 456 1155 488">Art. 19.</p> <p data-bbox="946 521 1281 678">I.- Après l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 315-2-1 ainsi rédigé :</p> <p data-bbox="946 680 1281 1570">« Art. L. 315-2-1. – Si, au vu des dépenses présentées au remboursement, le service du contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un assuré dans les cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, il peut convoquer l'intéressé. Le service du contrôle médical peut établir, le cas échéant conjointement avec un médecin choisi par l'assuré, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés. Ces recommandations sont transmises à l'assuré par le médecin choisi par celui-ci, lorsque ces recommandations sont établies conjointement, ou à défaut, par le service du contrôle médical.</p> <p data-bbox="946 1572 1281 1700">« Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p data-bbox="946 1733 1281 1951">II.- Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les mots : « , L. 315-2 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « , L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 ».</p> <p data-bbox="1023 1984 1281 2016">III.- Au début du IV</p>	<p data-bbox="1302 938 1484 1093"><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b></p>	<p align="center"><b>Propositions de la commission</b></p>
<p>de l'article 1106-2 du code rural, les mots : « , L. 315-2 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « , L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 ».</p>	<p align="center"><i>Art. 19 bis (nouveau).</i></p> <p>La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés présente annuellement au Parlement un bilan d'application de l'article 18 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2000.</p>	<p>de l'article 1106-2 du code rural, les mots : « , L. 315-2 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « , L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 ».</p> <p align="center"><i>Art. 19 bis.</i></p> <p>La ...</p> <p>... d'application des articles 18 et 19 de la loi ...</p> <p>... 2000.</p>	
<p align="center">..... ..</p> <p align="center">Art. 21.</p> <p>Pour la contribution due au titre de l'année 2000, est substitué le taux de 2% au taux K mentionné dans le tableau figurant à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale.</p> <p align="center">..... ..</p>	<p align="center">..... ..</p> <p align="center">Art. 21.</p> <p align="center"><b><i>Supprimé</i></b></p>	<p align="center">..... ..</p> <p align="center">Art. 21.</p> <p>Pour la contribution due au titre de l'année 2000, est substitué le taux de 2% au taux K mentionné dans le tableau figurant à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale.</p> <p align="center">..... ..</p>	<p align="center">..... .....</p> <p align="center"><b><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></b></p> <p align="center">..... .....</p>
<p align="center">..... ..</p> <p align="center">Art. 22 bis (nouveau).</p> <p>L'article L. 601 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Pour une spécialité générique visée au premier alinéa de l'article L. 601-6, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut</p>	<p align="center">..... ..</p> <p align="center">Art. 22 bis.</p> <p align="center"><b><i>Supprimé</i></b></p>	<p align="center">..... ..</p> <p align="center">Art. 22 bis.</p> <p>L'article L. 601 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Pour une spécialité générique visée au premier alinéa de l'article L. 601-6, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut</p>	

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>intervenir qu'après l'expiration de ces droits. »</p>	<p>Art. 22 <i>ter</i> (nouveau).</p> <p>I.- La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est complété par le membre de phrase : « , et au titre des spécialités de référence définies au premier alinéa dudit article L. 601-6 dont le prix au 1<sup>er</sup> janvier du dernier exercice clos n'est pas supérieur à celui d'une au moins de leurs spécialités génériques ».</p> <p>II.- Au premier alinéa de l'article L. 245-6-1 du même code, après les mots : « à l'article L. 601-6 du code de la santé publique », est inséré le membre de phrase : « et des spécialités de</p>	<p>intervenir qu'après l'expiration de ces droits. « Lorsqu'elle a délivré une autorisation de mise sur le marché dans les conditions prévues au précédent alinéa, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. « Les études de biodisponibilité tendant à démontrer la bioéquivalence avec une spécialité de référence en vue de la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché dans les conditions prévues à l'antépénultième alinéa sont considérées comme des actes accomplis à titre expérimental au sens de l'article L. 613-5 du code de la propriété intellectuelle.</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p style="text-align: center;">Art. 23</p> <p>I.- A l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « tout acte, prestation ou fourniture, à l'exception des médicaments, lesquels relèvent de l'article L. 162-17 ou de l'article L. 618 du code de la santé publique, » sont remplacés par les mots : « tout acte ou prestation ».</p> <p>II.- Au 3° de l'article L. 791-2 du code de la santé publique, les mots : « actes, prestations et fournitures qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception des médicaments » sont remplacés par les mots : « actes ou prestations qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance</p>	<p>référence définies au premier alinéa dudit article L. 601-6 dont le prix au premier jour du dernier trimestre civil n'est pas supérieur à celui d'une au moins de leurs spécialités génériques ».</p> <p>III.- La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 138-9 du même code est complété par le membre de phrase : « et pour les spécialités de référence définies au premier alinéa dudit article L. 601-6 dont le prix au 1<sup>ER</sup> janvier de l'année n'est pas supérieur à celui d'une au moins de leurs spécialités génériques ».</p>	<p style="text-align: center;">Art. 23</p> <p>I.- Non modifié</p> <p>II.- Non modifié</p>	<p style="text-align: center;"><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>maladie ».</p> <p>III.- Le chapitre V du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 165-1 devient l'article L. 165-6;</p> <p>2° Sont insérés les articles L. 165-1 à L. 165-5 ainsi rédigés :</p> <p>« <i>Art. L. 165-1.</i> - Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission dont le secrétariat est assurée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.</p> <p>« Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p>III.- Non modifié</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>



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

composition et le fonctionnement de la commission, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.

« *Art. L. 165-2.*– Les tarifs de responsabilité des produits mentionnés à l'article L. 165-1 sont établis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.

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

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

« Il peut, dans ce but, conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le

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

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

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

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

cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le montant des remises est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon la clé de répartition prise pour l'application de l'article L. 162-37.

« Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.

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

« Art. L. 165-5.- Les fabricants et les distributeurs

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

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

**Propositions de  
la commission**

*La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable*

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>des produits mentionnés à l'article L. 165-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes afférent aux ventes réalisées en France est supérieur à 5 millions de francs doivent déclarer chaque année à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé les volumes vendus et le chiffre d'affaires réalisé en France des produits susmentionnés pris en charge par l'assurance maladie. »</p> <p>IV.- La première phrase du I de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :</p> <p>« Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique des produits de santé. »</p> <p>Aux articles L. 138-10, L. 162-16-4, L. 162-17-3 et L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « Comité économique du médicament » sont remplacés par les mots : « Comité économique des produits de santé ».</p>	<p>IV.- Non modifié</p>	<p>IV.- Non modifié</p>	
<p>V. – Les dispositions applicables à la date d'entrée en vigueur de la présente loi prévoyant, pour certaines catégories de produits visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, que le prix de vente ne peut excéder le tarif de responsabilité demeurent applicables jusqu'à ce que des dispositions ultérieures interviennent en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale, par arrêté des ministres chargés</p>	<p>V.- Non modifié</p>	<p>V.- Non modifié</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie.			
VI.- L'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale est abrogé à compter de la publication du décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 165-1 du même code.	VI.- Non modifié	VI.- Non modifié	
VII.- Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est supprimé.	VII.- Non modifié	VII.- Non modifié	
VIII. – Au chapitre I <sup>er</sup> du livre V <i>bis</i> du code de la santé publique, il est inséré un article L. 665-7-1 ainsi rédigé : « Art. L. 665-7-1.- Dans l'intérêt de la santé publique, des arrêtés du ministre chargé de la santé fixent, en tant que de besoin, les conditions particulières relatives à la délivrance des dispositifs mentionnés à l'article L. 665-3. »	VIII.- Alinéa sans modification  « Art. L. 665-7-1.- Alinéa sans modification	VIII.- Alinéa sans modification  « Art. L. 665-7-1.- 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>« La pratique de certains actes, procédés techniques et méthodes ainsi que la prescription de certains dispositifs médicaux peuvent être soumise à des règles de formation ou de qualification des professionnels et à des règles concernant les lieux d'utilisation de ces dispositifs ou la réalisation d'évaluations périodiques. La liste de ces actes, procédés, techniques, méthodes et prescriptions et les règles qui leur sont applicables sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'inscription sur la liste est faite pour une durée de cinq ans renouvelable. »</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</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>Art. 24.</p>	<p>Art. 24.</p>	<p>Art. 24.</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p>I.- Les articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 162-22-1.- Pour les établissements de santé mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine :</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-22-1.- Pour... ...publique, un contrat tripartite conclu pour cinq ans entre l'Etat, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie ainsi qu'une au moins des organisations ...</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Art. L. 162-22-1.- Pour... ... publique, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations ...</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 catégories de prestations d'hospitalisation, sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale;</p>	<p>... détermine : Alinéa sans modification</p>	<p>... détermine : Alinéa sans modification</p>	
<p>« 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>« 2° bis (nouveau) Les modalités de détermination par l'agence régionale de l'hospitalisation des tarifs des prestations des établissements nouvellement créés ou issus d'un regroupement entre établissements;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>« 3° Les méthodes permettant de calculer le montant des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p>« 4° Les modalités de versement des sommes correspondantes;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>« 5° Sans préjudice des dispositions prévues par le code de la santé publique, les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 de ce code, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements;</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
<p>« 6° Les modalités de transmission par les établissements à l'Etat, aux agences régionales de l'hospitalisation et aux organismes d'assurance maladie, des informations relatives d'une part aux frais d'hospitalisation, d'autre part aux honoraires des professionnels de santé y exerçant leur activité. Sur la base de ces informations, l'agence régionale de l'hospitalisation procède à un suivi régulier du coût total pour l'assurance maladie de chaque établissement.</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>« 7°(nouveau) Les données utilisées pour la détermination de l'objectif quantifié national et les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de l'objectif. Le contrat tient compte à cet effet notamment de l'évolution constatée des dépenses et des changements de régime juridique et financier de certains établissements.</p> <p>« En l'absence de contrat, les dispositions visées aux 1° à 7° sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>« Art. L. 162-22-2.- I. – Chaque année, est défini un objectif quantifié national des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, constitué par le montant annuel des frais d'hospitalisation dans ces</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>« Art. L. 162-22-2.- Alinéa sans modification</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</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>établissements pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le contenu est fixé par décret. Toutefois, n'entrent pas dans ce montant les versements de l'assurance maladie afférents aux activités d'alternatives à la dialyse en centre ainsi que d'hospitalisation à domicile.</p>			
<p>« Le montant de l'objectif quantifié national est arrêté par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et du budget en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services et des activités de ces établissements se trouvent placés, pour tout ou partie :</p>		<p>Alinéa modification</p> <p>sans</p>	
<p>« a) Sous le régime de financement prévu à l'article L. 174-1 du présent code alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique;</p>		<p>Alinéa modification</p> <p>sans</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p>« b) Sous le régime de financement prévu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 174-1 du présent code.</p>		<p>Alinéa modification</p> <p>sans</p>	
<p>« II. – Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les</p>		<p>« II. – Un ...</p> <p>... détermine les modalités selon lesquelles,</p>	



<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b></p>	<p align="center"><b>Propositions de la commission</b></p>
<p>données utilisées pour la détermination de l'objectif quantifié national et les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il tient compte à cet effet notamment de l'évolution constatée des dépenses au titre de l'année antérieure, et des changements de régime juridique et financier de certains établissements. »</p>		<p>chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il tient compte à cet effet notamment de l'évolution constatée des dépenses au titre de l'année antérieure, et des changements de régime juridique et financier de certains établissements. »</p>	
<p>II. – Il est inséré, à la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, les articles L. 162-22-3 à L. 162-22-7 ainsi rédigés :</p>	<p>II.- Alinéa sans modification</p>	<p>II.- Alinéa sans modification</p>	
<p>« Art. L. 162-22-3. – I. – Chaque année, au plus tard le 25 février, un accord entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au moins une des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique détermine :</p>	<p>« Art. L. 162-22-3. – I. – Chaque année,... ... un accord conclu entre l'Etat, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ainsi qu'une au moins des organisations...</p> <p>...détermine :</p>	<p>Art. L. 162-22-3. – I. – Chaque année, ... ... un accord entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au moins une des organisations ...</p> <p>...détermine :</p>	
<p>« 1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré, selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2; cette évolution peut être différenciée selon les activités médicales;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>« 1° L'évolution ...</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p>« 2° Les variations maximale et minimale des</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>... L. 162-22-2; ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales;</p> <p>Alinéa sans modification</p>	

<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b></p>	<p align="center"><b>Propositions de la commission</b></p>
<p>taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués aux établissements par les agences régionales de l'hospitalisation selon les modalités définies par l'accord régional mentionné à l'article L. 162-22-4.</p> <p>« A défaut d'accord dans le délai précité et au plus tard le 15 mars de l'année, un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les éléments mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus.</p> <p>« II. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et la ou les organisations nationales les plus représentatives des établissements signataires de l'accord mentionné au I observent l'évolution des dépenses entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, au moins deux fois dans l'année : une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu des résultats des huit premiers mois de l'année.</p> <p>« Chaque année, au plus tard le 30 janvier, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat et aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant total des versements afférents aux frais d'hospitalisation définis</p>	<p align="center">Alinéa sans modification</p> <p align="center"><i>Alinéa supprimé</i></p> <p align="center"><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p align="center">Alinéa sans modification</p> <p>« II. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et la ou les organisations nationales les plus représentatives des établissements signataires de l'accord mentionné au I observent l'évolution des dépenses entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, au moins deux fois dans l'année : une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu des résultats des huit premiers mois de l'année.</p> <p>« Chaque année, au plus tard le 30 janvier, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat et aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant total des versements afférents aux frais d'hospitalisation définis</p>	<p align="center"><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>au I de l'article L. 162-22-2 au titre de l'année précédente et sa répartition par région, établissement et nature d'activité.</p> <p>« En vue de permettre un suivi de l'objectif quantifié national en cours d'année, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant des frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région :</p> <p>« 1° Le 15 juin au plus tard, pour les quatre premiers mois;</p> <p>« 2° Le 15 octobre au plus tard, pour les huit premiers mois.</p> <p>« Lorsqu'il apparaît que l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec l'objectif fixé en application de l'article L. 162-22-2, les parties à l'accord déterminent les mesures de toute nature propres à garantir son respect.</p> <p>« A défaut, et après consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements concernés, un arrêté conjoint des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale fixe les mesures nécessaires dans les conditions prévues au I du présent article.</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>au I de l'article L. 162-22-2 au titre de l'année précédente et sa répartition par région, établissement et nature d'activité.</p> <p>« En vue de permettre un suivi de l'objectif quantifié national en cours d'année, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant des frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région :</p> <p>« 1° Le 15 juin au plus tard, pour les quatre premiers mois ;</p> <p>« Le 15 octobre au plus tard, pour les huit premiers mois.</p> <p>« Lorsqu'il apparaît que l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec l'objectif fixé en application de l'article L. 162-22-2, les parties à l'accord déterminent les mesures de toute nature propres à garantir son respect.</p> <p>« A défaut, et après consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements concernés, un arrêté conjoint des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale fixe les mesures nécessaires dans les conditions prévues au I du présent article.</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</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>« III. – Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des dépenses d'hospitalisation en cours d'année, y compris en cas de défaut de transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés des données mentionnées aux alinéas précédents, dans les délais prévus aux mêmes alinéas.</p> <p>« Art. L. 162-22-4. – Chaque année, au plus tard le 31 mars, un accord conclu entre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et les représentants, dans la région, d'une au moins des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés signataires de l'accord mentionné à l'article L. 162-22-3 fixe, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-2 et L. 162-22-3 ainsi que des orientations arrêtées par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, définies au 2° de l'article L. 710-20 du code de la santé publique, les règles générales de modulation des tarifs des prestations des établissements de la région, en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique.</p> <p>« Cet accord détermine, en outre, compte</p>	<p>III.- <i>Alinéa supprimé</i></p> <p>« Art. L. 162-22-4. – Chaque ...</p> <p>... entre l'agence ...</p> <p>... L. 162-22-3, les règles ...</p> <p>... publique.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>« III. – Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des dépenses, y compris en cas de défaut de transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés des données mentionnées aux alinéas précédents, dans les délais prévus aux mêmes alinéas. »</p> <p>« Art. L. 162-22-4. – Chaque ...</p> <p>... entre le directeur de l'agence ...</p> <p>...L. 162-22-3 ainsi que des orientations arrêtées par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, définies au 2° de l'article L. 710-20 du code de la santé publique, les règles ...</p> <p>... publique.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>tenu des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et des orientations de la conférence régionale de santé, les critères susceptibles d'être pris en compte pour accorder à certains établissements, notamment en vue de l'amélioration de la qualité des soins, des évolutions de tarifs différentes du taux moyen d'évolution arrêté dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 162-22-3.</p> <p>« A défaut d'accord, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation fixe ces dispositions.</p> <p>« Art. L. 162-22-5. – I. – Les tarifs des prestations de chaque établissement de santé privé mentionné à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens mentionné au même article.</p> <p>« Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1er mai de l'année en cours.</p> <p>« II. – Les tarifs de responsabilité applicables aux établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 710-16-2 sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>« Art. L. 162-22-6. – Les établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ainsi que ceux mentionnés au II de l'article L. 162-22-5 sont passibles,</p>	<p>« A défaut d'accord, l'agence régionale de l'hospitalisation fixe ces dispositions.</p> <p>« Art. L. 162-22-5. – I. – Alinéa sans modification</p> <p>« Ils prennent effet au 1er mai de l'année en cours.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-22-6. – Alinéa sans modification</p>	<p>« A défaut d'accord, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation fixe ces dispositions.</p> <p>« Art. L. 162-22-5. – I. – Alinéa sans modification</p> <p>« Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1er mai de l'année en cours.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-22-6. – Alinéa sans modification</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</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>après qu'ils ont été mis en mesure de présenter leurs observations, d'une sanction financière, dans le cas de :</p> <p>« 1° Fausse cotation de prestations définies au 1° de l'article L. 162-22-1;</p> <p>« 2° Absence de réalisation des prestations facturées;</p> <p>« 3° Dépassement des capacités autorisées définies à l'article L. 712-2 du code de la santé publique.</p> <p>« Dans tous les cas, la sanction ne peut excéder 5% du chiffre d'affaires de l'établissement et est au minimum égale au coût indûment supporté par l'assurance maladie. Dans le premier cas, elle ne peut excéder trois fois ce coût, dans le second cas cinq fois ce coût, dans le dernier cas, deux fois.</p> <p>« La mesure de sanction financière est prise par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation qui la notifie à l'établissement.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>« <i>Art. L. 162-22-7 (nouveau)</i>. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, détermine chaque année, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 3° Dépassement des capacités autorisées évaluées en termes annuels définies à l'article L. 712-8 du code de la santé publique.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 162-22-7.- Supprimé</i></p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 3° Dépassement des capacités autorisées définies à l'article L. 712-8 du code de la santé publique.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 162-22-7–</i> Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, détermine chaque année, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la</i></p>

<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b></p>	<p align="center"><b>Propositions de la commission</b></p>
<p>maladie, les taux d'évolution moyens des tarifs des prestations afférentes aux activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. Cet arrêté détermine également les variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués à ces établissements par les agences régionales de l'hospitalisation, selon des critères définis par l'accord prévu à l'article L 162-22-4. »</p>		<p>maladie, les taux d'évolution moyens des tarifs des prestations afférentes aux activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. Cet arrêté détermine également les variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués à ces établissements par les agences régionales de l'hospitalisation, selon des critères définis par l'accord prévu à l'article L. 162-22-4. »</p>	<p align="center"><i>question préalable</i></p>
<p align="center">III.- L'article L. 710-16-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « , dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale et conformément à un contrat type fixé par décret » ;</p>	<p align="center">III.- Alinéa sans modification</p> <p align="center">1° La ...</p> <p align="center">... par le membre de phrase : « , dans ...</p> <p align="center">... type annexé au contrat tripartite national visé à l'article L. 162-21-1 du même code » ;</p>	<p align="center">III.- Alinéa sans modification</p> <p align="center">1° La première ...</p> <p align="center">...par les mots : « , dans ...</p> <p align="center">... type fixé par décret » ;</p>	
<p>2° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;</p>	<p align="center">Alinéa sans modification</p>	<p align="center">Alinéa sans modification</p>	
<p>3° Au deuxième alinéa, après les mots : « Ces contrats définissent », sont insérés les mots : « les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et, notamment, » ;</p>	<p align="center">Alinéa sans modification</p>	<p align="center">Alinéa sans modification</p>	
<p>4° Le quatrième alinéa est supprimé ;</p>	<p align="center">Alinéa sans modification</p>	<p align="center">Alinéa sans modification</p>	

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>5° Au sixième alinéa, les mots: « du contrat tripartite national mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ».</p>	<p>5° <i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>5° Au sixième alinéa, les mots: « du contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ».</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p>IV.- Les deux derniers alinéas de l'article L. 710-20 du code de la santé publique sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>IV.- Non modifié</p>	<p>IV.- Le 3° de l'article L. 710-20 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p>	
<p>« 3° L'accord prévu à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale, ou à défaut, son contenu ainsi que les contrats pluriannuels mentionnés aux articles L. 710-16, L. 710-16-1 et L. 710-16-2. »</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>V.- Il est créé, au chapitre V du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, un article L. 165-7 ainsi rédigé :</p>	<p>V.- <i>Supprimé</i></p>	<p>V. – Il est créé, au chapitre V du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, un article L. 165-7 ainsi rédigé :</p>	
<p>« Art. L. 165-7. – Les frais d'acquisition et de renouvellement des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont remboursés aux établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2 du présent code, sur présentation des factures. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à</p>		<p>« Art. L. 165-7.– Les frais d'acquisition et de renouvellement des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont remboursés aux établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2 du présent code, sur présentation des factures. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à</p>	



<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b></p>	<p align="center"><b>Propositions de la commission</b></p>
<p>l'établissement s'effectue sur la base d'une partie de la somme de ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>»</p> <p>VI.- Le chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale est complété par une section 9 ainsi rédigée :</p> <p align="center">« <i>Section 9</i></p> <p align="center">« <i>Frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique</i></p> <p>« <i>Art. L. 174-16.</i> - Les frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont versés, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.</p> <p>« Les sommes versées aux établissements pour le compte des différents régimes en application de l'alinéa précédent sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une</p>	<p>VI.- Non modifié</p>	<p>l'établissement s'effectue sur la base d'une partie de la somme de ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »</p> <p>VI - Le ...</p> <p align="right">... une section</p> <p>11</p> <p>ainsi rédigée :</p> <p align="center">« <i>Section 11</i></p> <p align="center">Alinéa sans</p> <p>modification</p> <p align="right">« <i>Art. L. 174-18.</i> -</p> <p>Les...</p> <p>...régime.</p> <p align="right">Alinéa sans</p> <p>modification</p>	<p align="center"><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b></p>	<p align="center"><b>Propositions de la commission</b></p>
<p>organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté interministériel fixe cette répartition.</p> <p>« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article. »</p>		<p align="center">Alinéa sans modification</p>	
<p>VII.- Les dispositions du contrat national tripartite de l'hospitalisation privée du 15 avril 1997 demeurent applicables jusqu'à ce que le contenu des 1° à 6° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ait été fixé par décret.</p>	<p align="center">VII.- <i>Supprimé</i></p>	<p>VII.- Les dispositions du contrat national tripartite de l'hospitalisation privée du 15 avril 1997 demeurent applicables jusqu'à ce que le contenu des 1° à 6° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ait été fixé par décret.</p>	<p align="center"><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p>VIII.- A.- Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1er janvier 2000, un fonds destiné à financer des opérations concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers, au niveau régional, dans le respect du schéma régional d'organisation sanitaire, réalisées par les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.</p>	<p>VIII.- A.- Non modifié</p>	<p>VIII.- A.- Non modifié</p>	
<p>Ce fonds, dénommé « Fonds pour la modernisation des cliniques privées », est géré par la Caisse des dépôts et consignations.</p> <p>B. - Les établissements de santé concernés reçoivent des subventions versées par la Caisse des dépôts et consignations à la demande de l'agence régionale de l'hospitalisation et dans les</p>	<p>B.- Non modifié</p>	<p>B.- Non modifié</p>	

<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b></p>	<p align="center"><b>Propositions de la commission</b></p>
<p>conditions prévues au D ci-dessous.</p>			
<p>C. – Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et pour 2000, à 100 millions de francs.</p>	<p>C.- Non modifié</p>	<p>C.- Non modifié</p>	<p align="center"><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p>La répartition entre les différents régimes est effectuée au prorata des dépenses d'assurance maladie supportées par chacun d'entre eux pour les établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique au titre de l'exercice précédent.</p>			
<p>D.– L'attribution des subventions est confiée, dans la limite des crédits alloués, aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées aux articles L. 710-19 et L. 710-20 du code de la santé publique.</p>	<p>D.- Non modifié</p>	<p>D.- L'attribution...  ...mentionnées à l'article L. 710-7 du code de la santé publique.</p>	
<p>E. – Les modalités d'utilisation de la subvention par l'établissement bénéficiaire font l'objet d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.</p>	<p>E.- Alinéa sans modification</p>	<p>E.- Alinéa sans modification</p>	
<p>Les modalités d'application du présent VIII, notamment les opérations éligibles à un financement par le fonds, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Les modalités ...</p>	<p>Les modalités ...</p>	
<p>F (nouveau).– Le dernier alinéa de l'article L. 715-10 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p>	<p>... d'Etat publié dans un délai raisonnable. F.- Non modifié</p>	<p>... d'Etat. F.- Non modifié</p>	

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>« Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions pour leurs équipements, à l'exception des subventions du Fonds pour la modernisation des cliniques privées. »</p> <p>IX. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les actes pris en application de l'arrêté du 28 avril 1999 pris en application des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et fixant l'objectif des dépenses d'assurance maladie des établissements relevant de l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique pour l'année 1999 sont validés, en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'illégalité de cet arrêté.</p> <p>X. – Pour l'application en 2000 des dispositions du II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale, l'évolution constatée des dépenses, mentionnée audit II, s'apprécie par rapport à un objectif, pour 1999, égal à 42,936 milliards de francs.</p> <p>XI (<i>nouveau</i>). – Le II de l'article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée est ainsi modifié :</p> <p>1° Les premier, deuxième, avant-dernier et dernier alinéas sont supprimés ;</p> <p>2° Dans le troisième alinéa, les mots : « au 4° de l'article L. 162-22-2 » sont remplacés par les mots : « au</p>	<p>IX.- <i>Supprimé</i></p> <p>X.- <i>Supprimé</i></p> <p>XI.- Non modifié</p>	<p>IX. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les actes pris en application de l'arrêté du 28 avril 1999 pris en application des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et fixant l'objectif des dépenses d'assurance maladie des établissements relevant de l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique pour l'année 1999 sont validés en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'illégalité de cet arrêté.</p> <p>X. – Pour l'application en 2000 des dispositions du II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale, l'évolution constatée des dépenses, mentionnée audit II, s'apprécie par rapport à un objectif, pour 1999, égal à 42,936 milliards de francs.</p> <p>XI.- Non modifié</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>

<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b></p>	<p align="center"><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b></p>	<p align="center"><b>Propositions de la commission</b></p>
<p>I de l'article L. 162-22-3 ».</p>	<p align="center">Art. 24 <i>bis</i> (nouveau).</p> <p>A la fin du premier alinéa de l'article L. 716-2 du code de la santé publique, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « deux ans ».</p>	<p align="center">Art. 24 <i>bis</i>.</p> <p align="center"><b>Supprimé</b></p>	<p align="center"><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p align="center">SECTION 4</p> <p align="center"><b>Branche accidents du travail</b></p>	<p align="center">SECTION 4</p> <p align="center"><b>Branche accidents du travail</b></p>	<p align="center">SECTION 4</p> <p align="center"><b>Branche accidents du travail</b></p>	
<p align="center">Art. 26.</p> <p>L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi modifié :</p> <p>I.- Dans le premier alinéa du I, après les mots : « des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, », sont insérés les mots : « des établissements de flocage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales, ».</p> <p><i>I bis</i> (nouveau).-Dans le deuxième alinéa du I, après les mots : « où y étaient fabriqués », sont insérés les mots : « ou traités l'amiante</p>	<p align="center">Art. 26.</p> <p align="center">Alinéa sans modification</p> <p align="center">I.- Non modifié</p> <p align="center"><i>I bis</i>.- Non modifié</p>	<p align="center">Art. 26.</p> <p align="center">Alinéa sans modification</p> <p align="center">I.- Non modifié</p> <p align="center"><i>I bis</i>.- Non modifié</p>	

<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</b>	<b>Texte adopté par le Sénat en première lecture</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>ou ».</p> <p>II.– Après le troisième alinéa du I, il est inséré quatre alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« 3° S'agissant des salariés de la construction et de la réparation navales, avoir exercé un métier figurant sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget.</p> <p>« Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité est ouvert aux ouvriers dockers professionnels sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :</p> <p>« 1° Travailler ou avoir travaillé, au cours d'une période déterminée, dans un port au cours d'une période pendant laquelle étaient manipulés des sacs d'amiante; la liste de ces ports et, pour chaque port, de la période considérée est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale, des transports et du budget ;</p> <p>« 2° Avoir atteint un âge déterminé qui pourra varier en fonction de la durée du travail dans le port sans pouvoir être inférieur à cinquante ans. »</p> <p>III.– Le dernier alinéa du I est complété par les mots : « ni avec une allocation de préretraite ou de cessation anticipée d'activité ».</p>	<p>II.- Non modifié</p> <p>III.- Non modifié</p>	<p>II.- Non modifié</p> <p>III.- Non modifié</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</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>IV. - La première phrase du premier alinéa du II est ainsi rédigé :</p> <p>« Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des douze derniers mois d'activité salariée du bénéficiaire pour lesquels ne sont pas prises en compte, dans des conditions prévues par décret, certaines périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite. »</p>	<p>IV. - Alinéa sans modification</p> <p>« Le montant ...</p> <p>... compte ou sont compensées, dans des ...</p> <p>... réduite. »</p> <p>V (<i>nouveau</i>).- Dans la troisième phrase du premier alinéa du III, après les mots : « sont constituées », sont insérés les mots : « à parité ».</p>	<p>IV. - Alinéa sans modification</p> <p>« Le montant ...</p> <p>... compte, dans des ...</p> <p>... réduite. »</p> <p>V.- Dans la troisième phrase du premier alinéa du III, les mots : « contribution de l'Etat » sont remplacés par les mots : « fraction du produit du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par l'article 29 de la loi de finances pour 2000 (n° du ) ; dans la dernière phrase du premier alinéa du III, les mots : « les montants de ces contributions » sont remplacés par les mots : « le montant de cette contribution ».</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i></p>
<p>VI (<i>nouveau</i>).- Le V ci-dessus est applicable à compter de l'exercice 2000.</p>	<p>VI (<i>nouveau</i>).- Le V ci-dessus est applicable à compter de l'exercice 2000.</p>	<p>VI.- Non modifié</p>	
<p>Art. 26 bis A</p>	<p>Art. 26 bis A</p>	<p>et Art. 26 bis.</p>	
<p>Conf</p>	<p>Conf</p>	<p>ormes</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
Section 5	Section 5	Section 5	
<b>Objectifs de dépenses par branche</b>	<b>Objectifs de dépenses par branche</b>	<b>Objectifs de dépenses par branche</b>	
Art. 27.	Art. 27.	Art. 27.	
Pour 2000, 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 :	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	
<i>(En milliards de francs.)</i>	<i>(En milliards de francs.)</i>	<i>(En milliards de francs.)</i>	
Maladie-maternité-invalidité -décès 731,0	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	
Vieillesse-veuvage 801,7	Vieillesse-veuvage 802,7	Vieillesse-veuvage.....802,9	
Accidents du travail 54,7	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification	
Famille	Famille	Famille	
264,0	261,5	264,0	
Total des dépenses 1851,4	Total des dépenses 1849,9	Total des dépenses 1852,6	
Section 6	Section 6	Section 6	<i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i>
<b>Objectif national de dépenses d'assurance maladie</b>	<b>Objectif national de dépenses d'assurance maladie</b>	<b>Objectif national de dépenses d'assurance maladie</b>	
..... ..	..... ..	..... ..	..... .....
Section 7	Section 7	Section 7	
<b>Mesures relatives à la trésorerie</b>	<b>Mesures relatives à la trésorerie</b>	<b>Mesures relatives à la trésorerie</b>	
..... ..	..... ..	..... ..	..... .....
Art. 29 bis (nouveau).	Art. 29 bis.	Art. 29 bis.	
Il est inséré, au titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, un chapitre	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>IX <i>bis</i> ainsi rédigé :</p> <p>« CHAPITRE IX BIS</p> <p>« <i>Neutralisation des effets de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale et ces régimes</i></p> <p>« Art. L. 139-2.– Les relations financières entre l'Etat et les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale, d'une part, l'Etat et ces régimes, d'autre part, les organismes concourant à leur financement et les régimes de protection sociale, enfin, sont régies par des conventions qui garantissent en particulier la neutralité des flux financiers pour la trésorerie des régimes de protection sociale. »</p> <p>Art. 30.</p> <p>Est ratifié le décret n° 99-860 du 7 octobre 1999 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale.</p> <p>Art. 31.</p> <p>Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources</p>	<p>« CHAPITRE IX BIS</p> <p>« <i>Neutralisation des effets de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base et ces régimes</i></p> <p>« Art. L. 139-3.– Les relations ...</p> <p>... régimes obligatoires de base, d'une part, ...</p> <p>... régimes obligatoires de base, enfin, ...</p> <p>...régimes obligatoires de base. »</p> <p>Art. 30.</p> <p><b>Supprimé</b></p> <p>Art. 31.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 139-2.–Les relations ...</p> <p>... base. »</p> <p>Art. 30.</p> <p>Est ratifié le décret n° 99-860 du 7 octobre 1999 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale.</p> <p>Art. 31.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</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>non permanentes dans les limites suivantes :</p> <p>(En milliards de francs.)</p> <p>Régime général 29,0</p> <p>Régime des exploitants agricoles 12,5</p> <p>Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales 2,5</p> <p>Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines 2,3</p> <p>Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat 0,5</p> <p>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.</p>	<p>(En milliards de francs.)</p> <p>Régime général 24,0</p> <p>Régime des exploitants agricoles 10,5</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>(En milliards de francs.)</p> <p>Régime général 29,0</p> <p>Régime des exploitants agricoles 12,5</p> <p>Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales 2,5</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	

**RAPPORT ANNEXE A L'ARTICLE 1<sup>ER</sup> SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE ET LES OBJECTIFS QUI DETERMINENT LES CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER**

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
Cf. Texte annexé au projet de loi n°40 (1999-2000)	Cf. Texte annexé au texte adopté par le Sénat (T.A. n° 33)	Cf. Texte annexé au projet de loi n° 105 (1999-2000)	<i>La commission propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable</i>