

# SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1982-1983

Annexe au procès-verbal de la séance du 9 décembre 1982.

## PROJET DE LOI

ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE  
EN NOUVELLE LECTURE

*portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale.*

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

A

M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT

(Renvoyé à la commission des Affaires sociales.)

*L'Assemblée nationale a adopté, en nouvelle lecture, le projet de loi, rejeté par le Sénat en première lecture, dont la teneur suit :*

Voir les numéros :

Assemblée nationale (7<sup>e</sup> législ.) : 1<sup>re</sup> lecture : 1123, 1151 et in-8° 251.

Commission mixte paritaire : 1241.

Nouvelle lecture : 1219, 1271 et in-8° 278.

Sénat : 1<sup>re</sup> lecture : 56, 88 et in-8° 36 (1982-1983).

Commission mixte paritaire : 107.

*Sécurité sociale. - Aide sociale - Alcools - Assurance maladie-maternité - Assurance vieillesse : généralités - Assurance vieillesse : régimes autonomes et spéciaux - Assurance veuvage - Commerce et artisanat - Cotisations - Cotisations sur le tabac et les boissons alcooliques - Etablissements d'hospitalisation, de soins et de cure - Financement - Forfait hospitalier - Impôts, taxes - Pensions de vieillesse - Préretraite - Soins ambulatoires - Tabacs - Taxe sur la publicité pharmaceutique - Versement global annuel.*

Articles premier et 2.

... .. Suppression maintenue ... ..

Art. 3.

**Le deuxième alinéa de l'article 6 de la loi n° 82-1 du 4 janvier 1982 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :**

« Sans préjudice de l'article 20 de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 et de l'article 9 de l'ordonnance n° 82-297 du 31 mars 1982, cette cotisation est également prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité en application du titre II de l'ordonnance précitée du 31 mars 1982, de l'ordonnance n° 82-298 du 31 mars 1982 ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles.

« Elle est établie dans les conditions fixées, pour les allocations de garantie de ressources perçues en application de l'article L. 351-5 du code du travail par les assurés ayant démissionné de leur emploi, à l'article 13 de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 modifiée par la loi n° 79-1129 du 28 décembre 1979, aux articles L. 3-2 et L. 128 du code de la sécurité sociale, à l'article 1031 du code rural et à l'article 14 de la loi n° 79-1129 du 28 décembre 1979.

« Toutefois, à compter du 1<sup>er</sup> avril 1983, le taux applicable aux avantages alloués aux assurés en situa-

tion de préretraite ou de cessation d'activité, en application des articles L. 322-4, L. 351-5 et L. 351-17 du code du travail, des ordonnances précitées des 30 janvier et 31 mars 1982 ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles, est celui des cotisations à la charge des salariés dans le régime d'assurance maladie dont ils relèvent ou relevaient du fait de l'activité au titre de laquelle ces avantages leur sont attribués.

« Le prélèvement de la cotisation ne peut avoir pour effet de réduire les avantages visés au présent article à un montant net inférieur au seuil d'exonération établi en application du troisième alinéa ci-dessus. »

**Art. 4.**

... .. Supprimé ... ..

**Art. 4 bis (nouveau).**

L'exercice de l'activité de notaire entraîne la suspension de la pension du régime spécial des clercs et employés de notaires pendant la durée de cette activité.

**Art. 5.**

Il est institué au profit de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises de préparation des médicaments donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application de l'article L. 266-1 du code de la sécurité sociale.

L'assiette de la contribution est égale au total des charges comptabilisées au cours du dernier exercice clos au titre des frais de prospection et d'information des praticiens afférents à l'exploitation en France des spécialités pharmaceutiques remboursables.

Le taux de la contribution est fixé à 5 %.

Sont exonérées de cette contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes est inférieur à 50 millions de francs, sauf lorsqu'elles sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé, réalisé en France, dépasse cette limite. Le seuil mentionné ci-dessus est revalorisé en fonction de l'évolution des conditions économiques par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget et de la santé.

La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

La contribution est versée au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre de chaque année. Toutefois, pour l'exercice clos antérieurement au 1<sup>er</sup> décembre 1982, la date de versement est reportée au 1<sup>er</sup> mars 1983.

La contribution est assise et contrôlée par les services de l'Etat désignés par arrêté ; elle est recouvrée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale selon les dispositions des articles L. 138 à L. 141-1, celles du chapitre III du titre V du livre premier et celles du livre II du code de la sécurité sociale.

Des agents de l'Etat, habilités par le ministre chargé de la santé, peuvent recueillir auprès des entre-

prises mentionnées au présent article tous renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application de la contribution.

**Art. 6.**

Un forfait journalier est supporté par les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux, à l'exclusion des établissements visés aux articles 52-1 et 52-3 de la loi n° 70-318 du 31 décembre 1970 et à l'article 5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975. Ce forfait n'est pas pris en charge par les régimes obligatoires de protection sociale, sauf dans le cas des enfants et adolescents handicapés hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle, des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, des bénéficiaires de l'assurance maternité et des bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Les modalités de détermination de ce forfait journalier sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le forfait journalier s'impute à due concurrence sur la participation laissée éventuellement à la charge des assurés par leurs régimes respectifs d'assurance maladie, lorsque le montant de cette participation est supérieur ou égal à celui du forfait journalier ; dans le cas contraire, la participation est imputée sur le forfait.

Les modalités d'application et d'adaptation du présent article aux assurés ressortissant au régime local d'assurance maladie dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle seront définies par voie réglementaire.

**Art. 7.**

Les dispositions des articles L. 291 et L. 321 du code de la sécurité sociale sont abrogées à compter de l'entrée en vigueur des dispositions prévues à l'article 6.

L'allocation aux adultes handicapés versée aux personnes qui supportent le forfait journalier institué par l'article 6 ne peut pas être réduite, par application de l'article 40 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, à un montant inférieur à un minimum fixé par décret.

**Art. 8.**

Il est inséré dans le code de la famille et de l'aide sociale un article 181-3 ainsi rédigé :

« *Art. 181-3.* — Le forfait journalier institué par l'article 6 de la loi n°            du            portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale peut être pris en charge au titre de l'aide sociale. L'article 144 n'est pas opposable aux personnes qui sollicitent cette prise en charge. »

**Art. 8 bis.**

Les deuxième et troisième alinéas de l'article 146 du code de la famille et de l'aide sociale, modifié par la loi n° 82-599 du 13 juillet 1982, sont rédigés comme suit :

« En ce qui concerne les prestations d'aide sociale à domicile et la prise en charge du forfait journalier,

un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions dans lesquelles sont exercés les recours, en prévoyant, le cas échéant, l'existence d'un seuil de dépenses supportées par l'aide sociale en deçà duquel il ne saurait être procédé à leur recouvrement. Le recouvrement sur la succession du bénéficiaire de l'aide sociale à domicile ou de la prise en charge du forfait journalier s'exerce sur la partie de l'actif net successoral défini par les règles de droit commun, qui excède un seuil fixé par décret en Conseil d'Etat. »

#### Art. 9.

Dans les établissements d'hospitalisation publics et dans les établissements privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie fait l'objet, chaque année, après avis des organismes responsables de la gestion de chacun de ces régimes, d'une dotation globale au profit de chaque établissement.

Il est procédé, dans les mêmes conditions, à une révision de la dotation globale en cours d'année, s'il se produit une modification importante et imprévisible des conditions économiques ou de l'activité médicale.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de fixation de cette dotation globale par arrêté du ministre chargé de la santé ou des commissaires de la République.

**Art. 10.**

Au 2° de l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, les mots : « les propositions de prix de journée » sont remplacés par les mots : « les propositions de dotation globale et de tarification des prestations ».

**Art. 11.**

L'article 52 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 52. — La dotation globale allouée par les organismes d'assurance maladie aux établissements visés à l'article 9 de la loi n° du portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale est versée 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.

« Les sommes versées aux établissements pour le compte des différents régimes, en application de l'alinéa précédent, sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté interministériel fixe cette répartition.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et, notamment, les



critères de la répartition entre régimes de la dotation globale. »

**Art. 12.**

Dans les établissements visés à l'article 9 ci-dessus, une tarification des prestations fixée par arrêté servira de base :

1° à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie ;

2° au calcul de la participation laissée à la charge des assurés dans le cas où le régime d'assurance maladie dont ils relèvent comporte une disposition de cet ordre ;

3° à l'exercice des recours contre tiers.

**Art. 13.**

L'article 201 du code de la famille et de l'aide sociale est modifié ainsi qu'il suit :

1° La première phrase du premier alinéa est remplacée par les dispositions suivantes :

« La section permanente du conseil supérieur de l'aide sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les arrêtés fixant la dotation globale due conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°                                 du                                 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale par les organismes d'assurance maladie ainsi que sur les recours contre les arrêtés déterminant les prix de journée des établissements publics ou privés. »

2° La dernière phrase du deuxième alinéa est remplacée par la phrase suivante :

« Les décisions fixant le montant des prix de journée et des versements globaux ont effet à compter de la date prévue dans l'arrêté donnant lieu à un litige. »

#### Art. 14.

Il est inséré dans le code de la sécurité sociale un article L. 277-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 277-1. — Les dispositions fixées par les articles L. 276 et L. 277 du présent code ne sont pas applicables aux établissements d'hospitalisation privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier. »

#### Art. 15.

Il est inséré dans le code de la sécurité sociale un article L. 279-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 279-1. — Les établissements d'hospitalisation publics et les établissements privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier sont tenus de permettre aux organismes d'assurance maladie d'exercer leur contrôle en vertu de l'article L. 280 sur les assurés hospitalisés et sur l'activité des services dans des conditions définies par un décret en Conseil d'Etat qui fixe notamment la teneur, la périodicité et les délais de production des informations qui devront être adressées à cette fin aux organismes d'assurance maladie. »

Art. 16.

.....

Art. 17.

Les dispositions des articles L. 203, L. 238 et L. 353-1 du code de la santé publique ne sont pas applicables aux établissements publics et aux établissements privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.

Art. 18.

L'article L. 438 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Art. 19.

Il est inséré dans le code de la sécurité sociale un article L. 264-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 264-1.* — Lorsque les actions expérimentales de caractère médical et social sont menées par des personnes physiques ou morales, de droit public ou privé, faisant l'objet, à cette fin, d'un agrément des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, les dépenses prises en charge au titre des articles L. 283 a), L. 296, L. 317 et L. 434-1° ci-dessous peuvent faire l'objet d'un règlement forfaitaire par les caisses d'assurance maladie.

« Les modalités de règlement font l'objet de conventions soumises à l'approbation de l'autorité administrative et passés entre les organismes d'assurance maladie et les personnes en cause.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article ainsi que les modalités d'évaluation de ces actions, en relation, notamment, avec les élus locaux, les organismes d'assurance maladie et les professions de santé. »

#### Art. 20.

Les dispositions de l'article L. 264-1 du code de la sécurité sociale sont applicables, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, aux bénéficiaires du régime d'assurance maladie et maternité institué par la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée et aux bénéficiaires des législations sociales agricoles.

#### Art. 21

Il est inséré dans l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 modifiée, relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale, un article 32-1 ainsi rédigé :

« Art. 32-1. — Les cotisations des employeurs et travailleurs indépendants des professions non agricoles sont, chaque année, calculées à titre provisionnel en pourcentage du revenu professionnel non salarié non agricole de l'avant-dernière année retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires. Le revenu professionnel est revalorisé par

application, successivement, du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages, constaté pour la dernière année, et du taux d'évolution du même indice en moyenne annuelle figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année au titre de laquelle la cotisation est due. Toutefois, ce revenu n'est pris en considération que jusqu'à concurrence du plafond applicable dans le régime général de la sécurité sociale au cours de la même année.

« Par dérogation à l'alinéa ci-dessus, la cotisation peut, à la demande de l'assuré, être fixée sur la base d'une assiette forfaitaire inférieure, dès lors que les éléments d'appréciation fournis par celui-ci sur l'importance de ses revenus professionnels au cours de l'année au titre de laquelle la cotisation est due, établissent que ces revenus seront inférieurs à l'assiette retenue en application de cet alinéa.

« Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la cotisation fait l'objet d'une régularisation.

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

## Art. 22.

L'article 33 de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 précitée est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 33. — Les charges de la section des employeurs et travailleurs indépendants des professions non agricoles sont couvertes par des cotisations calculées dans les conditions définies par l'article 32-1 ci-dessus. »

**Art. 23.**

L'article 24 de la loi n° 73-1193 du 27 décembre 1973 d'orientation du commerce et de l'artisanat est abrogé.

**Art. 24.**

1. — Le deuxième alinéa de l'article 18 de la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les cotisations des assurés actifs sont, chaque année, calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel non salarié non agricole de l'avant-dernière année retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires. Le revenu professionnel est revalorisé par application successivement du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages constaté pour la dernière année, et du taux d'évolution en moyenne annuelle du même indice figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année au titre de laquelle la cotisation est due. Par dérogation à ces dispositions, la cotisation peut, à la demande de l'assuré, être fixée sur la base d'une assiette forfaitaire inférieure, dès lors que les éléments d'appréciation fournis par celui-ci sur l'importance de ses revenus professionnels au cours de l'année au titre de laquelle la cotisation est due

établissent que ces revenus seront inférieurs à l'assiette retenue en application du présent alinéa. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la cotisation fait l'objet d'une régularisation. Les cotisations des retraités sont calculées en pourcentage des allocations ou pensions de retraite servies pendant l'année en cours par les régimes de base et les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont précomptées sur ces allocations ou pensions ou, à défaut, évaluées à titre provisionnel et régularisées a posteriori. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul des cotisations ainsi que les seuils d'exonération totale ou partielle. »

II. — Cet article est complété par le nouvel alinéa suivant :

« Les pensions d'invalidité sont exonérées de cotisations. »

### Art. 25.

L'article L. 663-9 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 663-9. — Les cotisations sont fixées dans les conditions déterminées par décret et dans la limite d'un plafond en pourcentage des revenus professionnels non salariés non agricoles de l'avant-dernière année retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu ou, le cas échéant, en fonction de revenus forfaitaires.

« Les revenus professionnels sont revalorisés par application successivement du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages constaté pour la dernière année et du taux d'évolution en moyenne annuelle du même indice figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année au titre de laquelle la cotisation est due.

« Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa ci-dessus la cotisation peut, à la demande de l'assuré, être fixée sur la base d'une assiette forfaitaire inférieure, dès lors que les éléments d'appréciation fournis par celui-ci sur l'importance de ses revenus professionnels, au cours de l'année au titre de laquelle la cotisation est due, établissent que ces revenus seront inférieurs à l'assiette retenue en application de cet alinéa.

« Lorsque les revenus professionnels sont définitivement connus, la cotisation fait l'objet d'une régularisation.

« Le montant du plafond ainsi que le taux de la cotisation sont ceux fixés en matière d'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale en application de l'article 41 de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 modifiée. »

## Art. 26.

Des décrets fixeront les conditions d'application des articles 24 et 25. A titre transitoire, les cotisations visées par ces articles sont calculées conformément aux dispositions applicables antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.



Art. 26 bis (nouveau).

L'article 5 de la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 précitée, modifié par l'article 14 de la loi n° 73-1193 du 27 décembre 1973, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 5. — L'assuré devra, pour bénéficier du règlement des prestations, être à jour de ses cotisations. Cependant, en cas de paiement tardif, il pourra, dans un délai de six mois après la date d'échéance des cotisations, faire valoir ses droits aux prestations, mais le règlement ne pourra intervenir que si la totalité des cotisations dues a été acquittée avant la date de l'échéance semestrielle suivante. »

Art. 27.

I. — Il est institué, au profit de la caisse nationale d'assurance maladie, une cotisation perçue sur le tabac et les boissons alcooliques en raison des risques que comporte l'usage immodéré de ces produits pour la santé.

La date d'entrée en vigueur de cette disposition est fixée au 1<sup>er</sup> avril 1983.

II. — En ce qui concerne les boissons alcooliques, la cotisation est due à raison de l'achat, par les consommateurs, de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 25 % vol.

La cotisation est acquittée pour le compte des consommateurs par les marchands en gros de boissons et par les producteurs qui vendent directement ces boissons

aux détaillants ou aux consommateurs. Elle est représentée par une marque distincte apposée sur les bouteilles ; toutefois, les boissons déjà conditionnées au moment de l'entrée en vigueur de la présente cotisation et détenues en stock par les redevables de la cotisation pourront ne pas comporter cette marque sous des conditions fixées par arrêté.

III. — En ce qui concerne les tabacs, la cotisation est due à raison de l'achat, par les consommateurs, de tabacs manufacturés de toute nature, à l'exception des produits à usage médicamenteux.

La cotisation est acquittée, pour le compte des consommateurs, par les fournisseurs de tabacs au sens de la loi n° 76-448 du 24 mai 1976 portant aménagement du monopole des tabacs manufacturés.

Sauf pour les tabacs en stock chez les fournisseurs et les débitants au moment de l'entrée en vigueur de la cotisation, les unités de conditionnement pour la vente au détail comportent une marque distincte apposée par les fabricants ou les fournisseurs.

IV. — Le montant de la cotisation spéciale est fixé :

— en ce qui concerne les boissons alcooliques, à 1 F par décilitre ou fraction de décilitre ;

— en ce qui concerne les tabacs, à 25 % du prix de l'unité de conditionnement avant cotisation.

Pour les cigarettes, il s'y ajoute une part spécifique égale à 5/95 du montant résultant de l'application du

taux ci-dessus à la cigarette de la classe de prix la plus demandée.

V. — La cotisation est assise, contrôlée et recouvrée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, assistée, en tant que de besoin, par les services de l'Etat désignés par arrêté selon les mêmes règles, conditions, garanties et sanctions qu'en matière de contributions indirectes. Les frais relatifs au recouvrement et à la gestion de la cotisation sont fixés par arrêté et s'imputent sur celle-ci.

VI. — Le montant de la cotisation n'est pas compris dans l'assiette de la taxe sur la valeur ajoutée, ni des prélèvements de nature fiscale ou parafiscale assis comme cette taxe. Il n'est pas pris en considération pour l'application des limites du forfait et du régime simplifié d'imposition.

La cotisation n'est pas déductible pour l'établissement de l'impôt sur le revenu ou, le cas échéant, de l'impôt sur les sociétés dû par le consommateur.

VII. — Un décret fixe les conditions d'application du présent article et notamment l'adaptation de ces dispositions au cas des tabacs manufacturés vendus dans les départements de Corse et les départements d'outre-mer.

#### Art. 28.

Dans la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 432-4 du code du travail, après les mots : « au cours de chaque trimestre, le chef d'entreprise commu-

nique au comité d'entreprise des informations sur l'évolution générale des commandes et de la situation financière », sont substitués aux mots : « ainsi que sur l'exécution des programmes de production » les mots : « sur l'exécution des programmes de production ainsi que sur la situation de l'entreprise au regard des cotisations de sécurité sociale. »

Art. 29 (nouveau).

Les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales sont dues, à l'exception de l'allocation de parent isolé, à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Elles cessent d'être dues à partir du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf en cas de changement de situation de famille pour l'allocation de parent isolé et sauf en cas de décès de l'allocataire, de son conjoint ou d'un enfant à charge, auxquels cas elles cessent d'être dues au premier jour du mois civil qui suit le changement de situation de famille ou le décès.

Les changements de nature à modifier les droits aux prestations visées au premier alinéa prennent effet et cessent de produire leurs effets selon des règles respectivement définies pour l'ouverture et l'extinction des droits sauf s'ils conduisent à interrompre la continuité des prestations.

Les conditions relatives à l'activité professionnelle dans les départements d'outre-mer sont, par exception, prises en compte au titre de tout mois au cours duquel il y est satisfait. Il en est de même pour les conditions

relatives au logement résultant de l'article L. 351-2 du code de la construction et de l'habitation.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article.

#### Art. 30 (nouveau).

L'article L. 266 du code de la sécurité sociale est complété par le nouvel alinéa suivant :

« Pendant la durée d'application de la convention nationale des pharmaciens d'officines, visée à l'alinéa précédent, approuvée et rendue obligatoire, une remise est versée à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés par les pharmacies gérées par les organismes à but non lucratif. Cette remise est d'un niveau équivalent à celui résultant de la convention nationale des pharmaciens d'officines. Le taux et les modalités de cette remise sont fixés par convention conclue entre la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la fédération nationale de la mutualité française, approuvée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. Si cette convention ne peut être conclue, le taux et les modalités de la remise sont fixés par décret. »

#### Art. 31 (nouveau).

Le troisième alinéa de l'article L. 593 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les établissements de soins privés à but lucratif, propriétaires d'une pharmacie, appliquent obligatoirement pour les médicaments non inclus dans les prix de journée un abattement sur le prix limite prévu aux alinéas précédents. Le taux minimum de cet abattement est fixé par arrêté conjoint du ministre des affaires sociales et du ministre de l'économie et des finances. »

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 8 décembre 1982.*

Le Président,

*Signé : LOUIS MERMAZ.*