

N° 58

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2002-2003

Annexe au procès-verbal de la séance du 13 novembre 2002

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2003, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par M. Alain VASSELLE,

Sénateur.

Tome IV : Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gilbert Chabroux, Jean-Louis Lorrain, Roland Muzeau, Georges Mouly, *vice-présidents* ; M. Paul Blanc, Mmes Annick Bocandé, Claire-Lise Campion, M. Jean-Marc Juilhard, *secrétaires* ; MM. Henri d'Attilio, Gilbert Barbier, Christian Bergelin, Joël Billard, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Jean Chérioux, Mme Michelle Demessine, M. Gérard Dériot, Mme Sylvie Desmarescaux, MM. Claude Domeizel, Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Serge Franchis, André Geoffroy, Francis Giraud, Jean-Pierre Godefroy, Mme Françoise Henneron, MM. Philippe Labeyrie, Roger Lagorsse, André Lardeux, Dominique Larifla, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mmes Valérie Létard, Nelly Olin, Anne-Marie Payet, M. André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roujas, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente, MM. Bernard Seillier, André Vantomme, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vézinhét.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^{ème} législ.) : 250, 327, 330 et T.A. 35

Sénat : 47 (2002-2003)

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
EXAMEN DES ARTICLES	6
TITRE PREMIER - ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE	6
• <i>Article premier</i> Approbation du rapport annexé	6
TITRE PREMIER BIS (NOUVEAU) - CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	11
• <i>Article premier bis (nouveau)</i> (article 6 octies nouveau de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958) Création d'un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé	12
• <i>Article premier ter (nouveau)</i> (art. L. 134-1 du code des juridictions financières) Examen de la gestion des centres hospitaliers régionaux par la Cour des comptes	24
• <i>Article premier quater (nouveau)</i> Communication au Parlement des rapports de la Commission de la transparence et de la commission d'évaluation des produits et prestations remboursables	25
• <i>Article premier quinquies (nouveau)</i> Rapport sur l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante	27
• <i>Art. 2</i> Rapport au Parlement sur la médicalisation de l'ONDAM	29
• <i>Art. 2 bis (nouveau)</i> Rapport au Parlement sur les coûts de gestion des relations entre l'Etat et la sécurité sociale	31
TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	33
• <i>Art. 3</i> (art. L. 131-10 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale, article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999) Affectation du droit de consommation sur les tabacs	33
• <i>Art. 4</i> (art. 572, 572 bis, 575, 575 A et 575 C du code général des impôts ; art. L. 3511-1 et L. 3511-6 du code de la santé publique) Montant du droit de consommation sur les tabacs	36
• <i>Article additionnel après l'article 4</i> Consolidation des recettes du FOREC	42
• <i>Art. 4 bis (nouveau)</i> (art. 520 A du code général des impôts) Augmentation du droit spécifique applicable aux bières fortes	43
• <i>Art. 5</i> (articles 2 et 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale) Remboursement de la moitié de la dette du FOREC par la CADES	45
• <i>Art. 6</i> (art. L. 245-2 et L. 245-4 du code de la sécurité sociale) Contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques	51
• <i>Art. 6 bis (nouveau)</i> (art. L. 245-6-1 à L. 245-6-4 du code de la sécurité sociale) Suppression de la taxe sur les ventes directes	55
• <i>Art. 7</i> Clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés	57
• <i>Art. 7 bis (nouveau)</i> (art. L. 380-3 et L. 380-3-1 nouveau du code de la sécurité sociale) Affiliation à l'assurance maladie des travailleurs frontaliers en Suisse	59

• Art. 8 Fixation des prévisions de recettes pour 2003	61
• Art. 9 Fixation des prévisions de recettes révisées pour 2002	66
TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE.....	68
• Art. 10 (art. L. 162-22-2, L. 162-22-3, L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale et art. L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles) Mode de calcul de l'objectif quantifié national des cliniques privées	68
• Art. 11 (article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et article premier de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978) Création d'une mission d'audit et d'expertise hospitaliers	71
• Art. 11 bis (nouveau) Validation de la rémunération des gardes effectuées par des médecins faisant fonction d'interne	73
• Art. 12 (art. L. 6122-19 du code de la santé publique) Expérimentation du financement des établissements de santé par la tarification à l'activité	74
• Art. 13 (article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et art. L. 6161-9 du code de la santé publique) Fusion du fonds pour la modernisation des cliniques privées dans le fonds pour la modernisation des établissements de santé	77
• Art. 14 (article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994) Extension des missions du fonds pour l'emploi hospitalier	80
• Art. 14 bis (nouveau) (art. L. 6154-3 du code de la santé publique) Conditions d'exercice d'une activité libérale à l'hôpital	84
• Art. 15 (art. L. 162-5-9, L. 162-15-2, L. 162-15-3, L. 162-15-13, L. 162-15, L. 322-5-1, L. 162-12-16, L. 315-3, L. 615-13 du code de la sécurité sociale et art. L. 732-5 du code rural) Suppression du mécanisme dit des « lettres-clés flottantes » et des comités médicaux régionaux	86
• Article additionnel après l'article 15 (art. L. 162-12-18, L. 162-12-19 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale) Transformation des « contrats de bonne pratique » en « contrats de pratique professionnelle »	89
• Art. 16 (art. L. 228-1 du code de la sécurité sociale) Missions du conseil de surveillance de la Caisse nationale d'assurance maladie	91
• Art. 17 (art. L. 162-16 du code de la sécurité sociale) Spécialités délivrées sur présentation d'une prescription rédigée en dénomination commune internationale	97
• Art. 18 (art. L. 183-1, L. 315-1, L. 315-1-1 nouveau et L. 615-13 du code de la sécurité sociale et art. L. 732-5 du code rural) Dénomination et missions du service médical de l'assurance maladie	99
• Art. 19 (art. L. 162-5 du code de la sécurité sociale) Mesures et procédures applicables aux médecins en cas de pratiques abusives	102
• Art. 19 bis (nouveau) (art. L. 162-7-4 et L. 138-10 du code de la sécurité sociale) Accord-cadre entre le Comité économique des produits de santé et l'industrie pharmaceutique	103
• Art. 19 ter (nouveau) (article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002) Prorogation de l'agrément des réseaux de soins	104
• Art. 20 (art. L. 162-17-8 nouveau du code de la sécurité sociale) Inscription accélérée sur la liste des médicaments remboursables	106
• Art. 21 (art. L. 162-17-4 et L. 162-17-9 nouveau du code de la sécurité sociale) Pénalités financières applicables aux entreprises exploitant des médicaments	109
• Art. 22 (art. L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, L. 3411-2 et L. 3311-2 du code de la santé publique et L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale) Transfert à l'assurance maladie du financement des dépenses des centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes	112

- *Art. 23 (art. L. 132-1 du code de la sécurité sociale)* **Transfert à l'assurance maladie du financement des dépenses d'interruption volontaire de grossesse**..... 116
- *Art. 24 (art. L. 6312-5 du code de la santé publique et art. L. 161-34 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale)* **Financement du forfait de garde pour les entreprises de transports sanitaires** 118
- *Art. 25 (art. L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001)* **Prolongation du délai pour la signature des conventions tripartites par les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes** 120
- *Art. 26 (art. L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles)* **Réintégration des médicaments remboursables dans les tarifs de soins des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur** 124
- *Art. 27 (art. L. 162-16 et L. 162-17-6 nouveau du code de la sécurité sociale)* **Tarif forfaitaire de remboursement pour les médicaments** 126
- *Art. 28 (article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988)* **Fin du mécanisme de cessation anticipée d'activité** 131
- *Art. 29 (art. L. 161-22 et L. 643-2 du code de la sécurité sociale)* **Incitation à la poursuite et à la reprise d'activité pour les médecins et les infirmières** 135
- *Art. 30* **Dotation de financement de l'ONIAM** 137
- *Art. 31 (article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)* **Missions et dotation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville** 140
- *Art. 32* **Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2003**..... 141
- *Art. 33* **Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2003** 142
- *Art. 34* **Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé pour 2002** 142

TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE..... 144

Section 1 - Branche accidents du travail et maladies professionnelles 144

- *Art. 35 (article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)* **Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du FIVA en 2002 et 2003** 144
- *Art. 36 (article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)* **Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du FCAATA** 148
- *Art. 37* **Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles** 152
- *Art. 38 (art. L. 221-4, L. 221-5, L. 227-1, L. 227-2, L. 227-3, L. 228-1 et L. 231-5-1 du code de la sécurité sociale)* **Renforcement de l'autonomie de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général** 154
- *Art. 39* **Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2003**..... 160

Section 2 - Branche famille..... 162

- *Art. 40 (art. L. 521-1 du code de la sécurité sociale)* **Création d'une allocation pour les familles perdant une partie de leurs allocations familiales pour des raisons liées à l'âge des enfants** 162
- *Art. 41 (art. L. 223-1 du code de la sécurité sociale)* **Accélération de la prise en charge par la CNAF des majorations de pension pour enfant** 164
- *Art. 42* **Fixation de l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2003** 167

Section 3 - Branche vieillesse 169

- *Art. 43 (art. L. 351-11 du code de la sécurité sociale)* **Revalorisation des pensions de retraites du régime général et des avantages alignés en fonction de l'évolution prévisionnelle des prix** 169
- *Art. 44* **Fixation de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2003** 170
- *Art. 45* **Fixation du total des objectifs de dépenses pour 2003** 173

TITRE IV BIS (NOUVEAU) - OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2002 174

- *Art. 46* **Fixation des objectifs de dépenses révisés pour 2002** 174

TITRE V - MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES À LA TRÉSORERIE 177

- *Art. 47 (art. L. 137-7, L. 138-3, L. 138-14, L. 138-20 à L. 138-23 nouveaux, L. 245-6 et L. 245-6-2 du code de la sécurité sociale)* **Modalités de recouvrement des impositions directement recouvrées par l'ACOSS** 177
- *Art. 47 bis (nouveau) (art. L. 144-2 du code de la sécurité sociale)* **Dépenses de contentieux de la sécurité sociale** 180
- *Article additionnel après l'article 47 bis (art. L. 251-8 et L. 251-9 nouveaux du code de la sécurité sociale)* **Création d'un fonds de réserve et de régulation conjoncturelle au sein de chaque branche du régime général de sécurité sociale** 182
- *Article additionnel après l'article 47 bis* **Approbation des comptes prévisionnels pour 2003 du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC)** 183
- *Art. 48* **Fixation des plafonds d'avances de trésorerie pour 2003** 184

TRAVAUX DE LA COMMISSION 187

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE PREMIER

-

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

Article premier

Approbation du rapport annexé

Objet : Cet article porte approbation du rapport qui lui est annexé énonçant « les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier ».

I - Le dispositif proposé

Le présent article a pour objet de se conformer à la prescription organique qui veut qu'en votant un projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Parlement, non seulement arrête des objectifs de dépenses, des prévisions de recettes et un plafond de trésorerie, mais encore « *approuve les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale* » (art. L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale).

Dès lors que le Parlement doit approuver aujourd'hui ces orientations, il est légitime qu'il puisse les amender.

Mais, parallèlement, comme l'a reconnu le Conseil d'Etat dans une décision du 5 mars 1999, ces orientations « *ne sont pas revêtues de la portée normative qui s'attache aux dispositions (de la loi de financement)* ».

Aussi, depuis plusieurs années, votre Commission fait preuve, à l'égard de cet exercice, d'un certain scepticisme.

Dans son rapport d'information consacré à la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale¹, elle avait marqué sa préférence pour une *annexe informative* éclairant les choix du projet de loi.

Une telle évolution nécessite une modification du texte organique dans le cadre d'une réforme plus vaste à laquelle votre Commission compte s'employer l'année prochaine.

Elle a considéré en outre que les véritables orientations de la politique de santé et de sécurité sociale relèvent d'une loi d'orientation pluriannuelle dont la loi de financement mesurerait chaque année la réalisation. Elle se félicite que ce point soit acquis dans l'esprit du Gouvernement qui annonce, pour le printemps 2003, un projet de loi de programmation quinquennale de santé publique.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Lors de la discussion du projet de loi à l'Assemblée nationale, l'examen du présent article et de son rapport annexé n'a pas été réservé jusqu'à la fin des débats comme l'usage s'en était établi les années précédentes.

19 amendements ont été adoptés dont 13 à l'initiative de la Commission, dont l'un sous amendé par le Gouvernement.

Cette dernière a utilement corrigé un certain nombre de regrettables erreurs matérielles qui entachaient le texte initial du projet de loi.

Pour le reste, les amendements adoptés tendent à :

- souligner que notre système de santé est « *trop exclusivement orienté vers le curatif* » ;

- introduire, parmi les lignes directrices de la stratégie du Gouvernement pour une politique de santé publique ambitieuse, « *un meilleur accès à la prévention et aux soins des usagers* » ;

¹ Rapport n° 433 (1998-1999)

- préciser que la politique nationale de santé publique telle qu'arrêtée par la future loi de programmation quinquennale « *prendra en compte les inégalités territoriales* » ;

- demander que cette future loi rétablisse « *les institutions ordinales issues de la loi du 4 février 1995 (...) en particulier celle des masseurs-kinésithérapeutes* » ;

- envisager « *de prévoir le remboursement des produits favorisant le sevrage tabagique par l'assurance maladie* » ;

- favoriser et encourager les initiatives « *pour assurer la permanence des soins avec l'ensemble des acteurs locaux, notamment en offrant aux médecins la possibilité de s'implanter sur plusieurs sites* » ;

- affirmer notamment que « *la France doit donner toute sa place à l'âge dans notre société* » ;

- ne pas oublier, parmi les futures priorités de santé publique, la maladie d'Alzheimer ;

- examiner dans sa globalité la situation des veuves.

III - La position de votre commission

Examinant les projets de loi de financement au cours de la précédente législature, votre Commission avait substitué globalement au rapport annexé du Gouvernement, dont elle ne partageait pas les orientations et qu'elle ne pouvait donc approuver, même formellement, une synthèse de ses propres analyses et propositions.

S'agissant du présent projet de loi, votre Commission est dans une attitude à la fois différente et similaire.

Différente, car elle approuve volontiers des orientations que, globalement, elle partage.

Similaire dans la mesure où elle n'entend pas amender dans le détail un texte qui n'a pas de portée normative¹.

Aussi, son approbation générale est assortie de réserves de détail au demeurant sans conséquence.

¹ Cette position, qui ne vaut que pour elle-même, ne devrait pour autant conduire votre Commission à opposer un avis a priori défavorable à tout amendement s'appliquant au présent rapport annexé.

Elle ne se prononce pas ainsi sur le rétablissement des institutions ordinaires des masseurs-kinésithérapeutes que « *devra* » comporter la future loi de programmation quinquennale : elle examinera le moment venu les dispositions de ce projet de loi, mais considère *a priori* que ce dernier ne doit pas être ravalé au rang de simple texte portant « *diverses mesures d'ordre sanitaire* ».

Elle se félicite de la confirmation d'une révision à venir de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, mais considère que la référence à un « *projet (...) déposé en 2003* » ne doit pas être comprise comme excluant *a priori* que la proposition de loi, qui résultera des travaux considérables qu'elle a déjà menés, puisse servir de support à cette réforme.

C'est en revanche sans la moindre restriction qu'elle approuve la priorité retenue par le Gouvernement de « *clarifier le financement de la sécurité sociale, en particulier les relations financières avec l'Etat* ».

A titre de codicille au présent rapport annexé, elle souhaite rappeler que l'an dernier le Sénat, sur sa proposition, avait adopté les orientations suivantes :

« • *Clarifier les circuits financiers*

« A la différence du budget de l'Etat, le budget social est le domaine par excellence des affectations de recettes. Elles sont le corollaire de l'existence de caisses ou de branches qui trouvent elles-mêmes leur fondement dans le principe originel de l'assurance.

« Or, la période récente se caractérise par la mise en place de mécanismes de transferts de charges et de ressources, entre le budget de l'Etat et le budget social et au sein même du budget social, qui conduisent à une confusion extrême que rien ne justifie.

« Il revient certes au Parlement de faire apparaître, grâce à un travail de décryptage long et fastidieux, la réalité économique de ces transferts qui, au demeurant, est simple et répétitive : ponctionner la sécurité sociale pour financer la coûteuse politique des trente-cinq heures.

« Les lois de financement, qui devaient, chaque année, permettre un débat lucide sur les comptes sociaux, ont été ainsi utilisées pour mettre en place des circuits financiers opaques, chaque année modifiés et masquant des transferts illégitimes.

« Aussi, définir les « *orientations de la politique de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier* » conduit à devoir réaffirmer les principes nécessaires pour :

« - *redonner une signification aux résultats des différentes branches de la sécurité sociale* car ce résultat est un bon indicateur des efforts consentis, des marges de manœuvre disponibles et des réformes à entreprendre. Aujourd'hui, les ajustements annuels, voire infra-annuels, dans l'affectation des recettes et dans la prise en charge des dépenses, de même que la confusion entre les déficits et les excédents autorisent toutes les dérives et toutes les confusions ;

« - *clarifier les financements de sorte que le contribuable puisse connaître la destination des prélèvements dont il s'acquitte*. Aujourd'hui, la plupart des impôts

affectés, souvent « exceptionnels » à l'origine, ont été pérennisés, puis éclatés entre les différentes branches et leurs clefs de répartition manipulées tous les ans ;

« - rétablir une cohérence durable de ces financements entre assurance et solidarité et dans l'adossement des ressources et des dépenses. Aujourd'hui, à titre d'exemple, l'assurance maladie supporte les dépenses liées à l'alcoolisme et au tabagisme, mais les droits sur les tabacs et les alcools financent pour l'essentiel la réduction du temps de travail.

« C'est à ce prix que les comptes sociaux pourront être équilibrés durablement et que pourront apparaître clairement les enjeux de la protection sociale : nécessité d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé, réformes indispensables pour garantir l'avenir des retraites, impératif d'une politique familiale ambitieuse. »

Aussi votre Commission souhaite-t-elle vivement que l'« objectif de moyen terme », que se donne le Gouvernement dans ce domaine de la clarification, soit obstinément poursuivi et que chaque étape, loi de financement de l'année ou « collectif social », comporte un pas véritablement significatif.

Sous ces réserves et au bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter sans modification cet article et le rapport qui y est annexé.

TITRE PREMIER BIS (NOUVEAU)

-

CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'Assemblée nationale, sur proposition de sa commission, a introduit un intitulé nouveau consacré au « *contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale* » qui comporte l'article 2 du projet initial (création d'une annexe sur la médicalisation de l'ONDAM) ainsi que cinq articles additionnels créant, d'une part, un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (*article premier bis*), modifiant, d'autre part, les compétences respectives de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes (*article premier ter*) et prévoyant enfin la communication du Parlement de trois rapports (*articles premier quater, premier quinquies et 2 bis*).

Ce titre additionnel reprend dans son intitulé les termes de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (*art.L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale*) qui inclut, parmi les dispositions pouvant figurer limitativement dans ces lois, celles « *améliorant le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* ».

Votre commission vous propose d'adopter cette division nouvelle et son intitulé sans modification.

Article premier bis (nouveau)
(article 6 octies nouveau de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958)
Création d'un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé

Objet : *Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, crée un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé composé de 12 députés et 12 sénateurs sur le modèle de l'actuel Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques.*

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le présent article, introduit par l'Assemblée nationale, résulte d'un amendement de sa commission, présenté par son président et son rapporteur pour les équilibres financiers. Il a reçu un avis favorable du Gouvernement.

Il tend à insérer dans l'ordonnance n° 58-1100 du 7 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires un nouvel article 6 octies dont la rédaction est largement démarquée de l'actuel article 6 ter qui a institué, en 1983, l'*Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques* (OPCST).

Naturellement, la mission du nouvel *Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé* (OPEPS) est libellée en termes différents, sa composition serait réduite à 24 membres (12 députés et 12 sénateurs) contre 36 (18 députés et 18 sénateurs) pour l'OPCST. Son conseil scientifique serait ramené à six personnalités (contre 24 pour l'OPCST).

<p>Article 6 ter de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 modifié relative au fonctionnement des assemblées parlementaires</p> <p>« Article 6 ter. - I. - La délégation parlementaire dénommée Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques a pour mission d'informer le Parlement des conséquences des choix de caractère scientifique et technologique afin, notamment, d'éclairer ses décisions. A cet effet, elle recueille des informations, met en oeuvre des programmes d'études et procède à des évaluations.</p>	<p>Article 1^{er} bis du présent projet de loi insérant après l'article 6 septies de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958, un article 6 octies nouveau.</p> <p>« Art. 6 octies. - I. - La délégation parlementaire dénommée Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé a pour mission d'informer le Parlement des conséquences des choix de politique de santé, effectués notamment dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, afin d'éclairer ses décisions. A cet effet, elle veille à l'application des politiques de santé, recueille des informations, met en oeuvre des programmes d'études et procède au contrôle, au suivi et à l'évaluation de ces politiques.</p>
---	---

<p>« II. - La délégation est composée de dix-huit députés et dix-huit sénateurs désignés de façon à assurer, au sein de chaque assemblée, une représentation proportionnelle des groupes politiques. Les députés sont désignés au début de chaque législature pour la durée de celle-ci. Les sénateurs sont désignés après chaque renouvellement partiel du Sénat.</p> <p>« Après chacun de ses renouvellements, la délégation élit son président et son premier vice-président qui ne peuvent appartenir à la même assemblée.</p> <p>« III. - La délégation est assistée d'un conseil scientifique composé de vingt-quatre personnalités choisies en raison de leurs compétences dans les domaines des sciences et de la technologie.</p> <p>« Les membres du conseil scientifique sont désignés pour trois ans dans les conditions prévues par le règlement intérieur de la délégation.</p> <p>« Le conseil scientifique est saisi dans les conditions prévues par le règlement intérieur de la délégation, chaque fois que celle-ci l'estime nécessaire.</p> <p>« IV. - La délégation peut recueillir l'avis des organisations syndicales et professionnelles les plus représentatives au niveau national, ainsi que des associations de protection de l'environnement ou de défense des usagers et consommateurs.</p> <p>« V. - La délégation est saisie par :</p> <p>« 1° le Bureau de l'une ou l'autre assemblée, soit à son initiative, soit à la demande d'un président de groupe, soit à la demande de soixante députés ou de quarante sénateurs ;</p> <p>« 2° une commission spéciale ou permanente.</p> <p>« VI. - La délégation dispose des pouvoirs définis par l'article 164, paragraphe IV, de l'ordonnance n° 58-1374 du 30 décembre 1958 <i>modifiée</i>, portant loi de finances pour 1959.</p>	<p>« II. – La délégation est composée de <i>douze</i> députés et <i>douze</i> sénateurs ...</p> <p>... politiques, <i>chaque groupe ayant au moins un représentant</i>. Les députés ...</p> <p>... Sénat.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« III. – La délégation composé de <i>six</i> personnalités ...</p> <p>... dans <i>le domaine des politiques de santé</i>.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« IV. – La délégation peut recueillir l'avis des <i>professionnels de santé</i>, ainsi que des <i>organisations syndicales et professionnelles et des associations intervenant dans le domaine de la santé</i>.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« VI. – La délégation... ...du 30 décembre 1958 portant loi de finances pour 1959.</p>
---	---

<p>« En cas de difficultés dans l'exercice de sa mission, la délégation peut demander, pour une durée n'excédant pas six mois, à l'assemblée d'où émane la saisine de lui conférer les prérogatives attribuées par l'article 6 <i>ci-dessus</i> aux commissions parlementaires d'enquête, à leurs présidents et à leurs rapporteurs. Lorsque la délégation bénéficie de ces prérogatives, les dispositions relatives au secret des travaux des commissions d'enquête <i>et des commissions de contrôle</i> sont applicables.</p> <p>« VII. - Les travaux de la délégation sont confidentiels, sauf décision contraire de sa part.</p> <p>« Les résultats des travaux exécutés et les observations de la délégation sont communiqués à l'auteur de la saisine.</p> <p>« Après avoir recueilli l'avis de l'auteur de la saisine, la délégation peut les rendre publics.</p> <p>« Toutefois, lorsque la délégation a obtenu le bénéfice des dispositions de l'article 6 <i>ci-dessus</i>, la décision de publication ne peut être prise que par l'assemblée intéressée, dans les conditions fixées par son règlement pour la publication des rapports des commissions d'enquête <i>et de contrôle</i>.</p> <p>« VIII. - La délégation établit son règlement intérieur ; celui-ci est soumis à l'approbation des Bureaux des deux assemblées.</p> <p>« IX. - Les dépenses afférentes au fonctionnement de la délégation sont financées et exécutées comme dépenses des assemblées parlementaires dans les conditions fixées par l'article 7 <i>ci-dessus</i>.</p>	<p>« En cas ...</p> <p>... l'article 6 aux commissions ...</p> <p>... d'enquête sont applicables.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Toutefois, l'article 6, la décision ...</p> <p>... d'enquête.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« IX. – Les ...</p> <p>... des <i>deux</i> assemblées parlementaires dans les conditions fixées par l'article 7. »</p>
---	--

Le nouvel OPEPS qu'il est proposé d'instituer peut être également considéré comme une mouture sectorielle de *l'Office parlementaire d'évaluation des politiques publiques* (OPEPP) créé par la loi n° 96-517 du 14 juin 1996 (*article 6 quinquies de l'ordonnance du 7 novembre 1958 précitée*) :

« Art. 6 quinquies. – I. – Il est institué un Office parlementaire d'évaluation des politiques publiques composé de deux délégations constituées l'une à l'Assemblée nationale et l'autre au Sénat.

« II. – Chaque délégation de l'Office est composée :

« - du président et du rapporteur général de la commission des Finances ainsi que d'un membre de chacune des commissions permanentes, membres de droit ;

« - de huit membres désignés par les groupes politiques de manière à assurer leur représentation proportionnelle en tenant compte des membres de droits ;

« Les députés sont désignés au début de chaque législature pour la durée de celle-ci. Les sénateurs sont désignés après chaque renouvellement partiel.

« L'Office est présidé, alternativement, pour un an, par le président de la commission des Finances de l'Assemblée nationale et par le président de la commission des Finances du Sénat.

« III. – L'Office est saisi par :

« 1° Le bureau de l'une ou l'autre assemblée, soit à son initiative, soit à la demande d'un président de groupe ;

« 2° Une commission spéciale ou permanente.

« IV. - L'Office reçoit communication de tous renseignements d'ordre administratif et financier de nature à faciliter sa mission. Il est habilité à se faire communiquer tous documents de service de quelque nature que ce soit, réserve faite, d'une part, des sujets de caractère secret concernant la défense nationale, les affaires étrangères, la sécurité intérieure ou extérieure de l'Etat, d'autre part, du principe de la séparation de l'autorité judiciaire et des autres pouvoirs.

« Pour la réalisation des études, l'Office peut faire appel à des personnes ou à des organismes choisis en fonction de leurs compétences dans le domaine concerné.

« V. – Les travaux de l'Office sont communiqués à l'auteur de la saisine.

« VI. – L'Office établit son règlement intérieur qui est soumis à l'approbation des Bureaux des deux assemblées.

« L'Office dispose d'un budget doté à part égale par les deux assemblées. Ses dépenses sont financées et exécutées comme les dépenses des assemblées parlementaires, dans les conditions fixées à l'article 7 ci-après. »

La composition de cet OPEPP était, il est vrai, significativement différente car placée auprès des commissions des finances du Parlement : leur président et leur rapporteur général en étaient membres de droit ; il était présidé alternativement par le président de la commission des Finances de l'Assemblée nationale et par le président de la commission des Finances du Sénat¹.

Quoi qu'il en soit, cet Office a été supprimé par l'article 94 de la loi de finances pour 2001 (n° 2000-1352 du 30 décembre 2000).

Le rapporteur général de la commission des Finances du Sénat² résumait ainsi les « dysfonctionnements » ayant conduit l'Assemblée nationale à proposer cette abrogation :

« - d'une part, la lourdeur et le manque de souplesse des procédures de sélection des thèmes d'études comme de choix des experts ;

¹ Une telle solution a été également retenue sous la forme d'un rattachement aux commissions des lois du Parlement, pour l'Office parlementaire d'évaluation de la législation (OPEL) créé par la loi n° 96-516 du 14 juin 1996 (article 6 quater de l'ordonnance du 17 novembre 1958 précité toujours en vigueur).

² Rapport général sur le projet de loi de finances pour 2001 n° 921 (2000-2001) (tome III).

« - d'autre part, le risque de « double emploi » avec les commissions permanentes dans la mesure où à l'Assemblée nationale les commissions disposent des moyens financiers leur permettant déjà de recourir à des cabinets d'experts indépendants.

« Enfin, à cette rigidité et à ce caractère redondant, il est ajouté une absence de compétence en matière de crédits budgétaires, empêchant l'Office de déboucher sur des décisions concrètes ».

*

* *

L'exposé sommaire de l'amendement de la commission justifie ainsi l'institution du nouvel office :

« Si l'information du Parlement est la condition essentielle à l'exercice de ses prérogatives de contrôle du Gouvernement et d'élaboration des lois, cette exigence est d'autant plus aiguë dans le domaine de la santé qu'elle est une des préoccupations majeures de nos concitoyens.

« Le contrôle de l'application des lois de financement de sécurité sociale exige des compétences particulières en matière d'évaluation des politiques de santé. Plus généralement, les décisions publiques en matière de santé reposent sur des données médicales dont l'analyse est parfois difficile pour le Parlement, dépourvu d'organes d'expertise en la matière.

« Il est donc proposé de remédier à cette carence en créant un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Cet organe parlementaire nouveau, composé de représentants de l'Assemblée et du Sénat, serait assisté d'un conseil d'experts.

« Ses modalités de fonctionnement, inspirées à celles régissant l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologies, permettraient aux membres des assemblées de disposer d'une source d'information à la fois experte et indépendante de l'exécutif et leur donneraient les moyens de faire des propositions de choix de politiques de santé ».

II – La position de votre commission

Le choix d'introduire le présent article dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale plutôt que retenir la voie d'une proposition de loi n'est pas étranger à une certaine confusion quant aux missions d'un tel Office.

Seules, en effet, peuvent figurer dans une loi de financement de la sécurité sociale les dispositions *« améliorant le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale »* (art. L.O. 111-3-III du code de la sécurité sociale).

Aussi, pour ne pas encourir la censure du Conseil constitutionnel, les auteurs de l'amendement ont-ils dû insister sur la mission de contrôle de l'application des lois de financements qui serait dévolue au nouvel Office :

Ainsi, ce dernier aurait-il pour mission « *d'informer le Parlement des conséquences des choix de politique de santé, effectués notamment dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale* ».

« *A cet effet, elle (la délégation dénommée Office) veille à l'application des politiques de santé... et procède au contrôle, au suivi et à l'évaluation de ces politiques* ».

La nature du nouvel Office apparaît dès lors ambiguë et il peut être fait grief au dispositif de confondre non pas tant l'évaluation et le contrôle, notion souvent proche dans la pratique, que plus précisément *l'évaluation prospective des choix* et le *contrôle de l'application d'une politique*.

Dès lors, il semble trouver malaisément sa place entre, d'une part, l'OPECST et, d'autre part, le rôle traditionnel des commissions permanentes du Parlement.

Aussi, n'est-il pas surprenant que le présent article ait fait l'objet d'une double critique lors du débat à l'Assemblée nationale :

- celle de M. Claude Birraux, actuel président de l'OPECST¹ s'étonnant que l'on puisse affirmer que le Parlement ne possède pas d'outil d'évaluation des choix en matière de santé et mentionnant, pour démentir une telle affirmation, les nombreux rapports de l'OPECST dans ce domaine ;

- celle de l'ancien président de la commission des Affaires culturelles, familiale et sociale de l'Assemblée nationale, M. Jean Le Garrec considérant qu'il « *faut impérativement distinguer entre l'évaluation et le contrôle* » que « *rien ne serait pire que de régler le problème en dehors de la commission concernée* », et estimant qu'il était de « *mauvaise méthode* » d'espérer résoudre l'insuffisance de moyens de la commission par « *la création d'une entité supplémentaire* ».

Dans ce contexte quelque peu confus, votre commission souhaite rappeler objectivement les missions que tant l'OPECST qu'elle-même s'efforcent aujourd'hui de remplir afin que chacun puisse évaluer les lacunes éventuelles des dispositifs.

¹ Par lettre en date du 25 octobre 2002, notre collègue Henri Revol, actuel vice-président de l'OPECST a fait valoir au président de votre commission un point de vue identique.

□ Les travaux d'évaluation de l'OPECST

Les questions de santé n'ont pas été négligées, loin s'en faut, dans les travaux de l'OPECST particulièrement au cours des dernières années :

- *L'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs* – Rapporteur : M. Christian Cabal, député (AN 11^e législature n° 3641 – Sénat (2001-2002) n° 259) ;

- *Les incidences environnementales et sanitaires des essais nucléaires effectués par la France entre 1960 et 1996 et éléments de comparaison avec les essais des autres puissances nucléaires* - Rapporteurs : MM. Christian Bataille, député, et Henri Revol, sénateur (AN 11^e législature n° 3571 - Sénat (2001-2002) n° 207) ;

- *La brevetabilité du vivant* - Rapporteur : M. Alain Claeys, député (AN 11^e législature n° 3502 - Sénat (2001-2002) n° 160) ;

- *Les effets des métaux lourds sur l'environnement et la santé* - Rapporteur : M. Gérard Miquel, sénateur (AN 11^e législature n° 2979 - Sénat (2000-2001) n° 261) ;

- *Les conséquences des installations de stockage des déchets nucléaires sur la santé publique et l'environnement* – Rapporteur : Mme Michèle Rivasi, député (AN 11^e législature n° 2257 – Sénat (1999-2000) n° 272) ;

- *Clonage, thérapie cellulaire et utilisation thérapeutique des cellules embryonnaires* – Rapporteur : MM. Alain Claeys, député et Claude Huriet, sénateur (AN 11^e législature n° 2198 – Sénat (1999-2000) n° 238) ;

- *Génomique et informatique : l'impact sur les thérapies et sur l'industrie pharmaceutique* – Rapporteur : M. Franck Sérusclat, sénateur (AN 11^e législature n° 1871 – Sénat (1999-2000) n° 20) ;

- *L'application de la loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal* – Rapporteur : MM. Alain Claeys, député et Claude Huriet, sénateur (AN 11^e législature n° 1407 – Sénat (1998-1999) n° 232) ;

- *De la connaissance des gènes à leur utilisation – L'utilisation des organismes génétiquement modifiés dans l'agriculture et dans l'alimentation* – Rapporteur : M. Jean-Yves Le Déaut, député (AN 11^e législature n° 1054 – Sénat (1997-1998) n° 545) ;

- *L'amiante dans l'environnement de l'homme : ses conséquences et son avenir* – Rapporteurs : MM. Jean-Yves le Déaut, député et Henri Revol, sénateur (AN 11^e législature n° 329 – Sénat (1997-1998) n° 41) ;

- *Les liens entre la santé et l'environnement, notamment chez l'enfant* – Rapporteur : M. Jean-François Mattei, député (AN 10^e législature n° 2588 – Sénat (1995-1996) n° 245) ;

- *Problèmes posés par le traitement des déchets hospitaliers* – Rapporteur : M. Michel Destot, député (AN 9^e législature n° 3253 – Sénat (1992-1993) n° 221) ;

- *Biodiversité et préservation du patrimoine génétique* – Rapporteur : M. Daniel Chevallier, député (AN 9^e législature n° 2713 - Sénat (1991-1992) n° 365) ;

- *Les sciences de la vie et les droits de l'homme : bouleversement sans contrôle ou législation à la française ?* – Rapporteur : M. Franck Sérusclat, sénateur (AN 9^e législature n° 2588 – Sénat (1991-1992) n° 262) ;

- *La préservation de la qualité de l'eau (distribution de l'eau potable et traitement des eaux résiduaires)* – Rapporteurs : MM. Jean Faure et Richard Pouille, sénateurs (AN 9^e législature n° 2218 – Sénat (1990-1991) n° 479) ;

- *Applications des biotechnologies à l'agriculture et à l'industrie agro-alimentaire* – Rapporteur : M. Daniel Chevallier, député (AN 9^e législature n° 1827 – Sénat (1990-1991) n° 148) ;

- *Conséquences de l'accident de la centrale nucléaire de Tchernobyl et sûreté et sécurité des installations nucléaires* – Rapporteurs : MM. Jean-Marie Rausch et Richard Pouille, sénateurs (AN 8^e législature n° 1156 – Sénat (1987-1988) n° 179).

La question peut se poser dans ces conditions de l'apport d'un nouvel Office intervenant spécifiquement dans le domaine de la santé.

Les travaux de ce dernier devraient en outre nécessairement tenir compte de paysage institutionnel actuel et notamment de l'existence d'un *Haut conseil de la santé* (HCP).

« Le Haut conseil de la santé a pour mission :

« 1° De contribuer à la définition des priorités pluriannuelles de santé publique, notamment en apportant son concours au Gouvernement et en formulant toute recommandation qu'il juge nécessaire en vue d'améliorer les politiques de santé ;

« 2° D'évaluer, par l'intermédiaire d'un rapport remis au Parlement avant le 15 avril de chaque année, l'application de ces priorités. Ce rapport est élaboré notamment au vu des bilans établis, avant le 1^{er} mars, par les conseils régionaux de la santé et au vu des propositions que ces derniers formulent.

« Il peut être consulté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et les présidents des commissions compétentes du Parlement sur toute question concernant l'organisation du système de santé, en particulier sur les évolutions du système de soins liées aux objectifs de la politique de santé. »

(art. L. 1411-1-3 du code de la santé publique)

C'est d'ailleurs à l'initiative de votre commission des Affaires sociales, lors de l'examen de la loi du 4 mars 2002, qu'il a été précisé, d'une part, que le Haut conseil peut être consulté directement par les présidents des commissions compétentes du Parlement et, d'autre part, que son président est élu parmi les personnalités qualifiées de sorte que l'indépendance du Haut conseil soit confortée. En effet, la présidence du Haut comité de santé publique auquel succède le HCP était assurée par le ministre chargé de la santé.

De fait, le Parlement, s'il ne dispose pas d'experts ou d'organismes qui lui « appartiennent », peut solliciter l'expertise existante qui se prête généralement avec déférence à cet exercice.

Dans le domaine de la santé, votre commission et ses rapporteurs ont ainsi largement puisé dans cette expertise à l'occasion des nombreuses auditions qui alimentent leur réflexion.

Il n'est pas exclu, en outre, que la polysynodie s'accompagne d'une forme de multi-appartenance et que la composition du conseil scientifique d'un Office parlementaire finisse par recouper celles des instances que consulte déjà le Parlement.

□ **Les travaux de contrôle et d'évaluation de votre commission**

En dépit d'un ordre du jour législatif constamment et lourdement chargé, dans les différents secteurs de sa compétence, votre commission considère que sa tâche de contrôle est une priorité et non une activité résiduelle qu'elle exercerait à ses « moments perdus ».

S'agissant plus particulièrement de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la tâche de suivi et de contrôle lui semble un élément consubstantiel de la mission qui lui incombe de rapporter le projet de loi de financement de l'année.

Aussi, s'efforce-t-elle chaque année, avant l'été, de publier un rapport sur l'application des lois de financement qui fait suite au travail de contrôle sur pièces et sur place conduit par ses rapporteurs tout au long du premier semestre.

Ainsi, après un premier rapport publié en juin 1999 (n° 433 [1998-1999]) : *les lois de financement de la sécurité sociale : un acquis essentiel, un instrument perfectible* et consacré à une réflexion sur cette nouvelle catégorie de loi et la nécessité de lui donner davantage de rigueur et de cohérence, la commission a-t-elle publié successivement deux rapports :

- le premier en juin 2000 (n° 356 [1999-2000]) : *application de la loi de financement de la sécurité sociale : un bilan à mi-parcours* a analysé l'état des comptes sociaux au printemps 2000, les difficultés de fonctionnement des caisses d'allocations familiales, la gestion des exonérations de cotisations de sécurité sociale et la mise en place de la couverture maladie universelle ;

- le second en juin 2001 (n° 382 [2000-2001]) *les fonds sociaux, une prolifération nuisible à la transparence du financement de la sécurité sociale* a comporté un « audit » des différents fonds sociaux : le fonds de financement des trente-cinq heures, le fonds de réserve des retraites, le fonds d'investissement pour la petite enfance ainsi qu'une synthèse sur six fonds médicaux et hospitaliers.

En outre, la commission entretient un dialogue suivi avec la Cour des comptes chargée de l'assister dans sa tâche de contrôle de l'application des lois de financement. Chaque année, elle demande à la cour d'inclure dans son

rapport sur la sécurité sociale des développements qui répondent aux préoccupations qui sont celles des rapporteurs de la commission. De même, chaque année à l'occasion de l'audition du Premier président de la Cour, établit-elle un questionnaire appelant des réponses écrites qui permettent de compléter et de préciser la teneur du rapport annuel de la haute juridiction.

Enfin, en dehors du cadre des lois de financement, mais dans le domaine de la santé, votre commission, s'appuyant sur les contributions de nombreux experts, procède à des travaux que l'on peut raisonnablement qualifier de travaux « *d'évaluation des politiques de santé* ».

Ainsi, a-t-elle rendu public en février 1999 un rapport sur *les soins palliatifs et l'accompagnement* faisant suite à ses travaux sur la douleur et les initiatives législatives qu'elle avait prises dans ce domaine¹.

De même, en avril 2001 a-t-elle publié un rapport sur *la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales*² s'attachant particulièrement à évaluer l'action des comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB) et plus généralement l'application de la loi n° 88-1188 du 20 décembre 1988.

Encore, en juin 2001 a-t-elle rendu public un rapport sur *la politique de lutte contre le cancer*³ qui, s'appuyant sur un vaste programme d'auditions et de nombreuses contributions dont celles de la Cour des comptes, a proposé les voies et moyens de doter notre pays d'une politique dans ce domaine, coordonnée, efficace et respectueuse du malade.

Enfin, en juillet 2002, la commission a publié un important rapport sur *la politique de compensation du handicap*⁴.

*

* *

Naturellement, votre commission pourrait faire mieux encore avec davantage de moyens.

Mais, d'une part, l'expertise dans le domaine de la santé lui semble être accessible grâce à la grande disponibilité des médecins ou des scientifiques, à titre individuel et à travers les instances prestigieuses dans

¹ « Pour une politique de développement des soins palliatifs et d'accompagnement », rapport n° 207 (1998-1999) fait par M. Lucien Neuwirth, rapporteur.

² Rapport d'information n° 267 (2000-2001) fait par M. Claude Huriel, rapporteur.

³ « La volonté de vaincre le cancer » - rapport n° 419 rectifié (2000-2001) fait par M. Claude Huriel, président et M. Lucien Neuwirth, rapporteur.

⁴ « Compensation du handicap, le temps de la solidarité » rapport n° 369 (2001-2002) fait par M. Paul Blanc rapporteur.

lesquelles ils siègent, et à l'intérêt qu'ils prennent eux-mêmes spontanément à échanger avec le législateur.

Elle reste, d'autre part, attachée au dialogue permanent qui doit exister entre les tâches de contrôle et d'évaluation et l'activité législative.

De fait, ses rapports d'information débouchent sur des initiatives législatives qui ont marqué par exemple les domaines de la sécurité sanitaire, de la douleur et des soins palliatifs, qui marqueront, elle l'espère, notre politique à l'égard des personnes handicapées.

Enfin, votre commission ne saurait tenir pour négligeables les travaux du *groupe de réflexion sur l'institution sénatoriale*¹ qui a remis son rapport au bureau du Sénat le 2 juillet dernier.

Le groupe de réflexion s'interroge en effet, de façon générale, sur l'évaluation de la loi et des politiques publiques. Il constate que :

« - dans de nombreux cas, elle (est) indissociable et structurellement liée à l'activité des structures existantes, et notamment des commissions.

« - dans certaines hypothèses, elle (peut) relever de la mise en place de structures temporaires (groupes de travail, missions d'information communes aux commissions...).

« Dans cette perspective et au regard de l'expérience des Offices créés par les lois du 14 juin 1996, il est apparu qu'une réflexion devait être engagée par les commissions permanentes pour :

« - s'interroger sur l'adéquation de ce type de structure au regard des objectifs assignés ;

« - le cas échéant, rechercher les formes les plus aptes à répondre aux besoins de l'évaluation. »

Prenant acte de la suppression de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques publiques moins de quatre ans après sa création, le groupe s'inquiète de l'avenir de l'Office parlementaire d'évaluation de la législation en ces termes :

« L'Office d'évaluation de la législation créé par la loi n° 96-516 du 14 juin 1996 n'a manifestement pas trouvé son « rythme de croisière » ni répondu aux attentes qui avaient justifié sa création : l'Office n'a publié que deux rapports... Est-ce imputable à sa « structure bicamérale » ou à la surcharge de travail des deux commissions des Lois ?

« En tout état de cause, le groupe de réflexion a considéré qu'une réflexion sur le devenir de cet Office devrait être menée par la commission des Lois et les autres commissions permanentes. Faut-il envisager une redynamisation de cet Office ? Faut-il scinder l'Office pour constituer une délégation dans chaque assemblée ? Faut-il supprimer totalement cet Office et redistribuer ses compétences entre les commissions permanentes (en créant, par exemple, un groupe de travail ou une mission d'information interne à chaque commission permanente) ? Le débat reste ouvert. »

¹ Groupe de travail instauré par le bureau du Sénat le 20 novembre 2001 présidé par M. Daniel Hoeffel, vice-président du Sénat.

Le groupe de réflexion rappelle en outre que le bureau du Sénat, lors de sa réunion du 20 décembre 2001, s'était prononcé favorablement à la mise à disposition de l'ensemble des commissions et des délégations assimilées¹ d'un crédit substantiel destiné à leur permettre de faire appel, en tant que de besoin, à des concours extérieurs (organismes publics, cabinets privés, experts, universitaires) pour la réalisation des études dont ces commissions et délégations constateraient la nécessité.

*

* *

A ce stade, votre commission se tiendra à quelques observations de nature peut-être à clarifier le débat :

- il n'est pas douteux que le choix de débattre de cette question à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale n'est pas un élément de clarification ;

- elle répugne à écarter une initiative prise par l'éminent président de la commission des Affaires culturelles, familiale et sociale de l'Assemblée nationale qui pose à l'évidence une bonne question ;

- elle prend certes en compte l'avis « très favorable » du ministre en séance publique à l'Assemblée nationale, mais elle estime que le problème posé concerne avant tout l'organisation interne du Parlement ; une sagesse prudente de la part du Gouvernement aurait été probablement préférable ;

- aussi, considère-t-elle que l'initiative de l'Assemblée nationale gagnerait à prendre la forme d'une proposition de loi, faisant l'objet d'une vraie navette et dont le dépôt serait précédé par la consultation du bureau des deux assemblées et d'un état des lieux permettant d'évaluer, le cas échéant, des réponses alternatives à l'excellente question posée par le président Jean-Michel Dubernard.

Telles sont les raisons qui conduisent votre commission à vous proposer, en quelque sorte à titre conservatoire, d'adopter un amendement de suppression de cet article.

¹ *Délégation du Sénat pour l'Union européenne, Délégation du Sénat à l'aménagement et au développement durable du territoire et Délégation du Sénat aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes.*

Article premier ter (nouveau)
(art. L. 134-1 du code des juridictions financières)
**Examen de la gestion des centres hospitaliers régionaux
par la Cour des comptes**

Objet : Cet article confie à la Cour des comptes le contrôle de la gestion des centres hospitaliers régionaux (CHR).

I – Le dispositif adopté par l’Assemblée nationale

Cet article additionnel introduit par l’Assemblée nationale résulte de l’adoption d’un amendement présenté par M. Bur, rapporteur pour les recettes et l’équilibre général, cosigné par MM. Bardet et Dubernard.

Il complète l’article L. 134-1 du code des juridictions financières, qui soumet au contrôle de la Cour des comptes tous les organismes de droit privé jouissant de la personnalité civile ou de l’autonomie financière qui assurent en tout ou partie la gestion d’un régime de sécurité sociale, afin de confier à la Cour des comptes l’examen de la gestion des centres hospitaliers régionaux, qui relèvent à ce jour de la compétence juridictionnelle et budgétaire des chambres régionales des comptes (CRC).

Selon le rapporteur de l’Assemblée nationale, l’objectif est de *« renforcer les pouvoirs d’investigation de la Cour des comptes dans le cadre de sa mission de contrôle de l’application des lois de financement de la sécurité sociale. »*

II – La position de votre commission

Votre commission est très réservée sur cette initiative de l’Assemblée nationale.

Elle observe tout d’abord qu’il apparaît assez paradoxal de recentraliser le contrôle des CHR alors même que le Gouvernement engage une nouvelle phase de décentralisation et qu’il affiche son souhait d’évoluer à terme vers une régionalisation de la santé.

Elle rappelle que les CHR sont des établissements publics locaux, généralement présidés par des maires : il semble assez logique qu’ils relèvent, pour le contrôle de leur gestion, des chambres régionales des comptes ;

L’article introduit par l’Assemblée nationale laisse aux chambres régionales des comptes la compétence de jugement des comptes : on voit mal

dans ses conditions comment la Cour des comptes évaluerait la gestion sans s'appuyer sur l'examen des comptes. Les deux fonctions que sont le jugement des comptes et l'évaluation de la gestion doivent nécessairement aller de pair.

Votre commission rappelle que la Cour des comptes et les CRC travaillent déjà en étroite collaboration sur la question de l'hôpital : les développements consacrés à l'hôpital dans le rapport de septembre 2002 sont notamment le fruit des observations transmises par les CRC.

Enfin, elle observe qu'une telle modification des champs de compétence respectifs soulèverait des problèmes pratiques considérables : les CRC se sont en effet organisées en fonction de cette mission (la chambre d'Ile-de-France compte ainsi une section entière dédiée au contrôle des établissements hospitaliers) et le transfert à Paris d'une cinquantaine de magistrats inamovibles ne se ferait pas sans difficultés.

Pour l'ensemble de ces raisons, votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Article premier quater (nouveau)

**Communication au Parlement des rapports
de la Commission de la transparence et de la commission
d'évaluation des produits et prestations remboursables**

Objet : Cet article prévoit que les rapports d'activité de la Commission de la transparence et de la Commission d'évaluation des produits et prestations remboursables seront remis chaque année au Parlement.

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel introduit par l'Assemblée nationale résulte de l'adoption d'un amendement présenté par M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Il prévoit que seront remis au Parlement chaque année les rapports d'activité des commissions visées à :

- l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale : il s'agit de la *Commission d'évaluation des produits et prestations remboursables*, qui donne un avis sur les conditions de remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux, des tissus et cellules issus du corps humain et des produits de santé autres que les médicaments ;

- l'article L. 5123-3 du code de la santé publique : il s'agit de la *Commission de la transparence*, qui donne, pour les médicaments, un avis sur le service médical rendu et son amélioration.

Selon le rapporteur de l'Assemblée nationale, l'objectif est d'améliorer ainsi l'information du Parlement.

II – La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter à cet article un amendement rédactionnel : la formulation retenue par l'Assemblée nationale pouvait en effet laisser penser qu'une disposition législative serait nécessaire pour que le Parlement obtienne communication de rapports d'activité existants.

Or, dans le cadre des prérogatives de contrôle sur pièces et sur place qui sont les leurs en application de l'article L. 111-9 du code de la sécurité sociale, les rapporteurs des lois de financement de la sécurité sociale sont déjà habilités à se faire communiquer tout document de quelque nature que ce soit, réserve faite des informations couvertes par le secret de la défense nationale ou le secret médical. Ils peuvent de ce fait se faire communiquer tout rapport d'activité qu'il jugerait utile de consulter.

En réalité, le présent article vise essentiellement à contraindre la Commission de la transparence et la Commission d'évaluation des produits et prestations remboursables à établir chaque année un rapport d'activité, ce qu'elles ne font pas jusqu'à présent.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article premier quinquies (nouveau)
**Rapport sur l'impact financier
de l'indemnisation des victimes de l'amiante**

Objet : Cet article prévoit que le Gouvernement déposera, avant le 15 octobre 2003, un rapport présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et les vingt années suivantes.

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article a été introduit à l'Assemblée nationale, à l'initiative de M. François Goulard, rapporteur pour avis de la commission des Finances, le Gouvernement s'en remettant à la sagesse de l'Assemblée.

Il prévoit qu'un rapport du Gouvernement soit rendu public avant le 15 octobre 2003 afin d'évaluer l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante. Cette évaluation portera sur la période 2003-2023.

II – La position de votre commission

Votre commission n'est traditionnellement pas favorable à la multiplication des dispositions législatives se bornant à prévoir des rapports.

Toutefois, en l'espèce, le présent rapport apparaît tout à fait pertinent.

Il convient en effet d'améliorer l'information disponible relative à l'indemnisation des victimes de l'amiante.

Le nombre de maladies professionnelles dû à l'amiante a fortement progressé, sans qu'il soit possible d'anticiper les évolutions pour les années à venir.

Évolution du nombre de maladies professionnelles reconnues liées à l'amiante

1997	1998	1999	2000	2001	2002 ⁽¹⁾
1.763	2.130	3.053	3.550	4.082	4.290

⁽¹⁾ prévisions

Source : CNAMTS

Le rapport, établi en 1996 par le groupe d'expertise collective réuni par l'INSERM, estime toutefois que l'amiante pourrait être à l'origine de 50.000 à 60.000 décès dans les vingt prochaines années, avec sans doute un pic de mortalité autour de l'année 2020, ce qui fait de l'amiante une catastrophe sanitaire de première ampleur.

Or, l'amiante pèse déjà financièrement très lourd sur la branche : les dépenses de réparation, les dotations au FCAATA et au FIVA ont fortement augmenté au cours des dernières années pour atteindre près de 13 % de l'ensemble des dépenses prévisionnelles de la branche pour 2003.

En dépit de cette charge nécessairement croissante, l'évaluation du coût de l'amiante reste largement incertaine, ce qui n'est pas sans poser d'évidentes difficultés comme le souligne l'exposé sommaire de l'amendement de M. Goulard :

« Le Parlement ne peut voter, chaque année, des dispositions relatives à l'indemnisation des victimes de l'amiante –cette année, il est demandé au Parlement de voter 230 millions d'euros de transferts au profit du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante- sans vue complète de l'impact financier à terme des mécanismes d'indemnisations mis en place et sans analyse prospective de l'impact de l'amiante sur la santé des populations ».

Il est en effet aujourd'hui notamment difficile d'évaluer le profil financier du FIVA pour les années à venir. Et on peut douter que le rapport annuel d'activité du FIVA soit l'instrument pertinent pour une telle évaluation prospective à long terme. Celui-ci vise en effet principalement à retracer l'activité du fonds pour l'année écoulée et, en application du VII de l'article 53 de la loi de financement pour 2001, à permettre de déterminer la contribution annuelle de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du fonds.

Votre commission vous propose en conséquence d'adopter cet article sans modification.

Art. 2

Rapport au Parlement sur la médicalisation de l'ONDAM

Objet : Cet article prévoit que le Gouvernement transmet chaque année au Parlement un rapport analysant l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'ONDAM

I – Le dispositif proposé

Cet article s'inscrit dans le cadre de la volonté exprimée par le Gouvernement, et depuis plusieurs années par votre commission, de « médicaliser » l'ONDAM.

Il vise à donner au Parlement une information « médicalisée » sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), pour lui permettre de mieux contrôler l'application des lois de financement et de connaître plus précisément le contenu de l'enveloppe de soins remboursables qu'il vote.

L'objectif est que le débat sur l'ONDAM ne se limite plus simplement à une discussion « budgétaire » sur un taux de croissance mais permette de mieux distinguer les priorités sanitaires affichées par le Gouvernement de la simple reconduction à l'identique des moyens.

Dans sa rédaction initiale, l'article complétait l'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 afin d'ajouter à la liste des documents que le gouvernement doit rattacher chaque année à l'annexe b du projet de loi de financement une analyse de l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'ONDAM

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

La rédaction initiale de cet article soulevait une difficulté juridique. Dans sa décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998, le Conseil constitutionnel a en effet resserré sa jurisprudence par rapport à la loi de financement pour 1997 en censurant la disposition de la loi de financement pour 1999 qui prévoyait qu'un rapport sur l'état de la santé bucco-dentaire de la population devait être joint à l'annexe a au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Il a rappelé à cette occasion qu'en vertu du premier alinéa de l'article 47-1 de la Constitution, « *Le Parlement vote les projets de loi de*

financement de la sécurité sociale dans les conditions prévues par une loi organique ». Le Conseil constitutionnel a estimé qu'il résultait de cette disposition que « *seule la loi organique peut déterminer les rapports qui doivent être annexés aux projets de loi de financement de la sécurité sociale* ».

En cas de saisine du Conseil constitutionnel, l'article 2 risquait fort, dès lors, d'être censuré. Cette analyse a conduit l'Assemblée nationale à adopter un amendement présenté M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie, comportant une nouvelle rédaction de l'article qui ne fait plus référence à l'annexe b au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le rapport prévu par l'article devient ainsi un « simple » rapport du Gouvernement au Parlement, analysant l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'ONDAM, déposé à la même date que les annexes du projet de loi de financement, soit au plus tard le 15 octobre

III – La position de votre commission

La préoccupation qui a inspiré cet article rejoint celle exprimée de longue date par votre commission. Celle-ci est donc très favorable au principe de ce rapport.

Elle observe néanmoins que les difficultés juridiques soulevées par la rédaction initiale de cette disposition démontrent, à l'évidence, la nécessité d'une révision rapide de la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 2 bis (nouveau)

**Rapport au Parlement sur les coûts de gestion des relations
entre l'Etat et la sécurité sociale**

Objet : Cet article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, avec l'accord du Gouvernement, vise à clarifier les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, par la transmission, avant le 1^{er} septembre 2003, d'un rapport du Gouvernement dressant l'état des lieux et proposant des réformes en la matière.

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale concernent principalement :

- le paiement des charges sociales de l'Etat employeur ;
- les contributions publiques versées par l'Etat à la sécurité sociale au titre du remboursement de certaines prestations sociales (AAH, RMI...), des subventions d'équilibre de divers régimes et de la prise en charge d'exonérations sociales « hors FOREC » ;
- les frais de gestion prélevés par l'Etat sur les produits recouverts, par ses soins, des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale.

Ces « coûts de gestion » devraient recouvrir à la fois, s'agissant des prestations versées par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat et remboursées ensuite par ce dernier à la première, les frais de gestion et de contrôle de ces prestations, mais également le coût de trésorerie dû au retard enregistré dans les remboursements de l'Etat.

Comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2001 : « *La complexité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale est le signe le plus net, à la fois, du désordre où l'on est parvenu et de la nécessité de réformes.* »

Le présent article propose donc de faire le point sur cette question, à l'occasion d'un rapport du Gouvernement qui, transmis au Parlement avant le 1^{er} septembre 2003, c'est-à-dire avant l'examen de la prochaine loi de financement, devra également identifier des solutions en la matière.

Compte tenu des précisions fournies par M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées au cours du débat parlementaire, les conclusions de ce rapport seront, en fait, celles de la mission conjointe de l'Inspection générale des Affaires sociales et de l'Inspection générale des finances déjà diligentées à ce sujet par leurs ministres de tutelle respectifs.

II – La position de votre commission

La préoccupation exprimée par cet article est commune aux deux Assemblées parlementaires qui ont, les années précédentes, adopté dans les mêmes termes un amendement dit « fermier général » qui visait, précisément, à clarifier les modalités de facturation, à la sécurité sociale, des frais de recouvrement des impôts et taxes recouverts à son profit par l'Etat.

Votre commission ne peut donc qu'être favorable à la transmission d'un rapport officiel sur ce sujet, rapport dont elle analysera les propositions de réformes avec le plus grand intérêt.

Elle souhaite, qu'à l'occasion de ce rapport, deux réflexions puissent être abordées respectivement :

- sur les *terminologies utilisées* : le remboursement à la sécurité sociale de prestations qu'elle gère pour le compte de l'Etat et qui entraîne pour elle un coût non négligeable, ne saurait être présenté comme une « contribution » de l'Etat ;

- sur les *traitements comptables de ces prestations* : certaines transitent par les comptes de la branche famille, notamment, figurant à la fois en dépenses (versement de la prestation), et en recettes (remboursement de l'Etat), d'autres, tels le RMI, n'y apparaissent pas ; il serait probablement plus clair d'identifier, au sein des comptes des caisses, leur activité pour « le compte d'autrui ».

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

TITRE II
-
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Art. 3
(art. L. 131-10 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale,
article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)
Affectation du droit de consommation sur les tabacs

Objet : Cet article, adopté par l'Assemblée nationale sans modification, modifie la répartition, entre la CNAMTS et le FOREC, du produit des droits de consommation sur les tabacs.

I – Le dispositif proposé

Le présent article propose de modifier, à compter du 1^{er} janvier 2003, la répartition du produit des droits de consommation sur les tabacs entre la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et le Fonds de financement de la réforme des cotisations sociales patronales (FOREC).

A cette fin, il modifie (**paragraphe I**) l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, qui énumère les recettes affectées au FOREC, afin de réduire de 90,77 % à 84,45 % la fraction du produit des droits de consommation sur les tabacs qui lui est attribué.

Parallèlement, il augmente (**paragraphe II**) de 8,84 % à 15,20 % la fraction dudit produit affectée à la CNAMTS (art. L. 241-2 du code de la sécurité sociale).

Enfin, le maintien à son niveau antérieur, soit 34 millions d'euros, de la part attribuée au Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (FCAATA) rend nécessaire l'ajustement du pourcentage correspondant, afin de prendre en compte l'augmentation du produit total des droits de consommation sur les tabacs, résultant des dispositions prévues à l'article 4 (**paragraphe III**).

Il convient de rappeler que l'affectation de ces droits de consommation a déjà fait l'objet de nombreuses modifications au cours de ces dernières années, en fonction, principalement, des besoins de financement du FOREC. Le tableau ci-après récapitule ces modifications.

**Modifications de la répartition du produit des droits
de consommation sur les tabacs**
(1997- 2003)

LFSS 1997	LFSS 1998	Loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU	LFSS 2000	LFSS 2001	LFSS 2002	PLFSS 2003
Etat : 93,61 % CNAMTS : 6,39 % (droits auparavant affectés en intégralité à l'Etat)	Etat : 90,9 % CNAMTS : 9,1 %	L'économie générale du dispositif prévoit l'affectation d'une fraction spécifique à la CNAMTS, précisée par la loi de finances pour 2000...	Etat : 5,90 % CNAMTS : 9,1 % CNAMTS « CMU » : 6,89 % FOREC : 77,7 % FCAATA : 0,41 %	CNAMTS : 2,61 % FOREC : 97 % FCAATA : 0,39 %	CNAMTS : 8,84 % FOREC : 90,77 % FCAATA : 0,39 %	CNAMTS : 15,20 % FOREC : 84,45 % FCAATA : 0,35 %

Compte tenu des dispositions de l'article 4 du présent projet de loi, le produit des droits de consommation sur les tabacs devrait augmenter, en 2003, de 1.000 millions d'euros et atteindre, ainsi, un total de 9,6 milliards d'euros. L'application de la clé de répartition définie par le présent article aura les conséquences suivantes :

Evolution de la répartition des droits de consommation sur le tabac

(en millions d'euros)

	Droits 2002	Répartition 2002 (en %)	Droits 2003	Nouvelle répartition 2003 (en %)	Evolution 2003/2002
CNAMTS	761,12	8,84 %	1.460,73	15,20 %	+ 699,61
FOREC	7.815,30	90,77 %	8.115,64	84,45 %	+ 300,34
FCAATA	33,58	0,39 %	33,63	0,35 %	+ 0,05
TOTAL	8.610,00	100 %	9610,00	100 %	

II – La position de votre commission

Votre commission ne peut que se féliciter de la première étape qui est ainsi franchie, par le présent article, sur le long chemin visant à restituer à la sécurité sociale les recettes qui lui auraient été « confisquées » pour financer le FOREC.

Cette restitution est d'autant plus satisfaisante qu'elle diminuera, en outre, la part des exonérations de cotisations qui seront financées, au sein du FOREC, par des recettes dont la pérennité est aléatoire, notamment s'agissant de droits visant à décourager la consommation de tabac.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 4

(art. 572, 572 bis, 575, 575 A et 575 C du code général des impôts ;
art. L. 3511-1 et L. 3511-6 du code de la santé publique)

Montant du droit de consommation sur les tabacs

Objet : Cet article vise à renforcer la lutte contre la tabagisme par l'augmentation des droits de consommation sur les tabacs et l'amélioration de l'information des fumeurs, à mettre la fiscalité française sur les tabacs en conformité avec les règles communautaires et, enfin, à préciser le régime de taxation des tabacs directement importés.

I – Le dispositif proposé

Le présent article a un triple objet :

1°) Renforcer la lutte contre le tabagisme par :

a) L'augmentation des droits de consommation sur les tabacs (1°, 2° et 2° bis nouveau du D du paragraphe I)

Le présent article augmente, tout d'abord, les minima de perception applicables pour les droits de consommation sur les tabacs visés aux articles 575 et suivants du code général des impôts (cf. encadré ci-après).

Les prix du tabac sont librement déterminés par les fabricants depuis 1994, sous réserve de leur homologation par l'Etat (direction générale des douanes et des droits indirects). Tout relèvement des prix visant à dissuader les fumeurs passe donc nécessairement par une augmentation des droits de consommation perçus à ce titre et, plus particulièrement, de leurs *minima de perception*. En effet, ces droits de consommation ne peuvent être inférieurs à un montant fixé pour mille unités (cigarettes, cigares) ou par mille grammes. Ainsi, l'augmentation de ces minima de perception incite les fabricants à augmenter leurs prix, sous peine de devoir payer un droit de consommation supérieur au profit fait sur un paquet de cigarettes, et de vendre, ainsi, à perte. Pour ces raisons, il n'est pas nécessaire d'augmenter les taux des droits de consommation sur les tabacs pour relever les prix de vente.

Les 1°, 2° et 2° bis (nouveau) du D du paragraphe I augmentent donc ces minima de perception selon les modalités suivantes :

Minimum de perception par catégorie de produits	1 LFSS 2002	2 PJLFSS 2003 initiale	3 Modifications adoptées en 1 ^{ère} lecture par l'Assemblée nationale	Évolution en pourcentage 3/1
Cigarettes blondes	90 euros	106 euros	108 euros	+ 20,00 %
Cigarettes brunes	87 euros	<i>idem</i>	<i>idem</i>	+ 24,14 %
Tabacs à rouler	45 euros	53 euros	56 euros	+ 24,44 %
Cigares	55 euros	64 euros	55 euros	-
Autres	45 euros	53 euros	45 euros	-

Les droits de consommation sur les tabacs

⇒ Une baisse de la consommation depuis dix ans favorisée par la hausse des prix

Entre 1990 et 2000, la consommation totale de cigarettes, qui constitue l'essentiel de la consommation de tabac, a baissé de 14 %. La baisse est importante jusqu'en 1997 ; depuis, le volume des cigarettes consommées est globalement stable, à l'exception d'une légère baisse en 2002.

Les hausses de prix contribuent à freiner la consommation de tabac : selon l'INSEE une augmentation de 1% du prix des cigarettes se traduit par une baisse de 0,3 % des volumes consommés en moyenne sur l'année.

Proportion de fumeurs de plus de 18 ans

	1992	1993
Hommes	38,2 %	31,3 %
Femmes	28,4 %	26,2 %
Ensemble	33,2 %	28,7 %

Source : Centre de documentation et d'information sur le tabac.

Le repli est particulièrement important pour les cigarettes brunes (- 59 % entre 1990 et 2000). Cette tendance a été plus marquée chez les hommes que les femmes. Malgré cette diminution, la proportion des jeunes fumeurs reste considérable : en 1999, elle représente 38,2 % des jeunes âgés de 18 à 34 ans (46,8 % en 1992).

La mortalité annuelle directe liée au tabagisme est estimée à 60.000 décès (dont 95 % d'hommes), soit environ 10 % de la mortalité globale. Les principales pathologies liées au tabac sont les cancers des voies aérodigestives supérieures, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires.

⇒ Eléments descriptifs des droits de consommation sur les tabacs

Les droits de consommation sur les tabacs portent sur les différents produits manufacturés fabriqués à partir du tabac (cigarettes, cigares, tabacs à rouler, autres tabacs à fumer, tabacs à priser et tabacs à mâcher).

La liquidation de ces droits est effectuée de la façon suivante :

- pour les cigarettes, le droit de consommation se décompose en deux parts établies à partir de la cigarette de la classe de prix la plus demandée (actuellement la Marlboro) : une part spécifique (montant forfaitaire par cigarette) et une part proportionnelle (fonction du prix de vente au détail) (cf. schéma descriptif sur la page ci-contre) ;

- pour les autres tabacs, le montant du droit est proportionnel au prix de vente.

Groupe de produits	Taux (au 1 ^{er} janvier 2002)
Cigarettes	55,19 % + part spécifique (6,8391 €mille cigarettes)
Cigares	20 %
Tabacs à rouler	51,69 %
Autres tabacs à fumer	47,43 %
Tabacs à priser	40,89 %
Tabacs à mâcher	28,16 %

En outre, s'applique, sur certains produits, un minimum de perception destiné à éviter la mise sur le marché de produits à bas prix. Ce minimum de perception est de 90 euros pour 1.000 cigarettes blondes et de 87 euros pour 1.000 cigarettes brunes.

Les droits de consommation sur les tabacs sont collectés par la DGDDI (Direction générale des douanes et des droits indirects), auprès des fournisseurs, lors de leur mise à la consommation.

⇒ *Une forte évolution du droit de consommation depuis dix ans*

Le produit du droit de consommation tabac s'élève à 8,8 milliards d'euros en 2001 : il s'est accru de 250 % en euros constants depuis 1991.

Cette forte progression n'est pas liée à une évolution à la hausse des volumes de consommation. Comme précisé ci-dessus, le volume des cigarettes consommées a diminué sur la dernière décennie.

De fait, l'évolution de la recette s'explique à titre essentiel par les revalorisations successives du prix des cigarettes. A titre d'exemple, en 1993 et 1994, le produit du droit de consommation a fortement augmenté à la suite d'une hausse des prix de l'ordre de 13 à 15 %.

A titre secondaire, le relèvement des minima de perception augmente le rendement de la taxe. En outre, les modifications de comportement de consommation (substitution des cigarettes blondes aux cigarettes brunes) accroissent tendanciellement l'assiette, les cigarettes blondes étant plus chères que les cigarettes brunes.

⇒ *Transfert d'une grande partie de la recette du budget de l'Etat au FOREC*

Jusqu'en 1999, l'essentiel du droit de consommation était affecté au budget de l'Etat. A partir de l'année 2000, le produit du droit de consommation tabac a été transféré progressivement au FOREC. Une faible partie de la recette alimente la CNAMTS et le FCATA.

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2002

b) L'amélioration de l'information des fumeurs sur les dangers du tabac (paragraphe II).

Outre l'augmentation du prix du tabac, le présent article propose également de lutter contre le tabagisme et d'améliorer l'information des fumeurs sur les dangers du tabac en transposant, dans le code de la santé publique, les dispositions de la directive 2001/37/CE du 5 juin 2001 relatives à :

- la définition des ingrédients du tabac (**A du paragraphe II**) ;
- la définition d'un taux maximum de nicotine et de monoxyde de carbone, obligatoirement mentionnés sur les paquets de cigarettes (**1, 3 et 4 du B**) ;
- la modification du libellé de la mention sanitaire générale devant figurer sur ces paquets (**2 et 5 du B**) ;

- l'interdiction des textes, dénominations (ex : « *light* »), marques et signes pouvant laisser croire qu'un produit du tabac est moins dangereux que les autres (**C**).

2°) Mettre la fiscalité française sur les tabacs en conformité avec les règles communautaires (A, B, 2° et 3° du C, 1° et 3° du D du paragraphe I)

Parallèlement à la lutte contre le tabagisme, le présent article tire les conséquences, pour la fiscalité française applicable aux tabacs, de :

a) La décision de la Cour de justice des communautés du 27 février 2002 (affaire C-302/00) selon laquelle la France ne respectait les règles communautaires en maintenant en vigueur :

- un prix de référence minimal au détail pour l'ensemble des cigarettes (*art. 572 du code général des impôts*), contraire à l'article 9 de la directive 95/59/CE du 27 novembre 1995 qui prévoit que les producteurs et les importateurs déterminent librement les prix de vente au détail des cigarettes ;

- une taxation différenciée des cigarettes blondes et des cigarettes brunes (*art. 575 A du code général des impôts*), qui aboutit, dans les faits, à avantager ces dernières, largement issues de la production nationale, par rapport aux cigarettes blondes importées.

En conséquence, le présent article abroge, au **A du paragraphe I**, les dispositions litigieuses dans l'article 572 du code général des impôts. Le **B** du même paragraphe, modifiant l'article 572 bis du code général des impôts, est une mesure de coordination rappelant que le prix de vente aux débiteurs ne peut être inférieur au prix de vente homologué, exprimé aux mille unités ou aux mille grammes, quel que soit le conditionnement du produit ; ainsi, ce prix pourra être différent selon les produits d'une même marque.

Par ailleurs, en fixant, à l'article 575 A du code général des impôts, un minimum de perception unique pour toutes les catégories de cigarettes, les **1° et 3° du D** mettent fin au régime de la taxation différenciée condamnée par la Cour de justice des Communautés.

b) La transposition de la directive 2002/10/CE du 12 février 2002 relative à la structure et aux taux des accises frappant les tabacs manufacturés, devant entrer en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2002.

Cette directive introduit un montant minimal fixe d'accises par 1.000 cigarettes (60 euros à partir du 1^{er} juillet 2002, puis 64 euros à partir du 1^{er} juillet 2006) pour les cigarettes de la classe de prix la plus demandée, afin de combler les écarts entre les niveaux de taxation du tabac dans les différents Etats membres.

Ces modifications permettront également un alignement du niveau de taxation de certains produits du tabac, tels que le tabac de fine coupe, sur celui des cigarettes de manière à prendre en compte les exigences de la santé publique, ainsi qu'un ajustement, en fonction de l'inflation, des minima spécifiques frappant les cigares, les cigarillos et les autres tabacs à fumer.

Compte tenu des montants des droits de consommation et des prix déjà appliqués en France, l'essentiel des règles posées par cette directive est déjà, dans les faits, respecté. Le **2° du C du paragraphe I** se contente donc de reprendre, dans l'article 575 du code général des impôts, les dispositions de son article premier fixant un minimum de taxation de 60 euros (64 euros à partir du 1^{er} juillet 2006) par mille unités pour les cigarettes appartenant à la classe de prix la plus demandée et le **3° du C du paragraphe I** n'est qu'une simple mesure de coordination. Cette transposition n'a aucune conséquence pratique, puisque les niveaux de taxation applicables en France sont près de deux fois supérieurs.

3°) Préciser le régime de taxation des tabacs directement importés sans passer par le réseau des détaillants (1° du C et E du paragraphe I)

Enfin, le présent article clarifie le régime de taxation des tabacs directement importés, sans passer par le réseau des débiteurs (vente en boîtes de nuit, par exemple). Le **1° du C et le E du paragraphe I** alignent le régime fiscal des produits importés sur celui des tabacs manufacturés vendus en France, en précisant que le droit est dû, lors de l'importation, directement par l'importateur. Ce droit demeure recouvré comme les droits de douane.

L'ensemble des dispositions exposées ci-dessus entreront en vigueur le 6 janvier 2003 (**paragraphe III**), soit le premier lundi du mois, afin de ne pas perturber le mode normal de distribution des débiteurs de tabac.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté :

- à l'initiative de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, et contre l'avis du Gouvernement : un amendement portant de **106 à 108 euros** le minimum de perception applicable aux cigarettes ;

- avec avis favorable du Gouvernement : trois amendements identiques de ses commissions saisies au fond et pour avis et de M. André Schneider (UMP - Bas-Rhin), visant, d'une part, à augmenter les droits sur les tabacs à rouler, afin d'éviter un « report » de consommation sur ce type de produits et, d'autre part, à ne pas augmenter le minimum de perception applicable aux cigares ;

- sur avis favorable de sa commission, et sur avis de sagesse du Gouvernement : un amendement de Mme Marie-Jo Zimmermam (UMP - Moselle) visant à ne pas augmenter le minimum de perception applicable aux autres tabacs (« tabac à pipes ») ;

- à l'initiative du Gouvernement : un amendement, sous-amendé par la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, transposant dans le code de la santé publique les dispositions de la directive 2001/37/CE du 5 juin 2001, et visant à améliorer l'information des fumeurs sur les dangers du tabac.

S'agissant de l'augmentation des minima de perception applicables aux cigarettes, et selon les informations communiquées à votre commission, il apparaît que le produit correspondant, soit 100 millions d'euros, est déjà compris dans l'enveloppe d'un milliard d'euros de recettes supplémentaires retenue initialement par le Gouvernement. En effet, la complexité de la fiscalité sur les tabacs, ainsi que les ajustements de prix effectués par les fabricants, ne permettent pas d'évaluer, à l'euro près, le produit d'une augmentation des droits de consommation sur les tabacs. Ainsi, la prévision initiale du Gouvernement, soit un milliard d'euros de recettes supplémentaires, comportait, déjà, une marge d'incertitude de 100 à 200 millions d'euros. En conséquence, l'augmentation des minima de perception adoptée par l'Assemblée nationale « a eu pour seule conséquence de consolider le montant de recettes attendu par le Gouvernement, soit un milliard d'euros »¹.

De fait, l'augmentation des minima votée par l'Assemblée nationale ne s'est traduite par aucun accroissement des prévisions de recettes à l'article 8.

III – La position de votre commission

Votre commission rejoint les préoccupations de santé publique que traduit cet article, notamment, en matière de lutte contre le tabagisme. Elle prend acte de la gradation nuancée des différents minima de perception résultant des modifications adoptées par l'Assemblée nationale, qui correspondent, s'agissant du moins du tabac à rouler, aux aménagements que le Sénat avait adoptés, sur sa proposition, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

¹ M. Yves Bur, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales – Débats à l'Assemblée nationale – 2^{ème} séance du mercredi 30 octobre 2002.

Article additionnel après l'article 4
Consolidation des recettes du FOREC

Objet : Le présent article additionnel vise à simplifier et à consolider la structure des recettes affectées au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).

Sans présumer de la solution qui sera, finalement, retenue par le Gouvernement en ce qui concerne l'avenir du FOREC, votre commission estime nécessaire de procéder, dès à présent, à la simplification et à la consolidation de ces recettes, afin de conférer à ce Fonds davantage de transparence (*cf. tome I du présent rapport*).

Ces recettes seraient ainsi simplifiées et regroupées autour de quatre taxes affectées (*droits sur les alcools, droits sur les tabacs, taxe sur les véhicules terrestres à moteur, taxe spéciale sur les conventions d'assurance*), au lieu de huit actuellement.

La *taxe générale sur les activités polluantes* (TGAP), la *taxe sur les véhicules de société* et la *contribution sociale sur le bénéfice des sociétés* seraient donc restituées à l'Etat en échange de l'affectation intégrale de la *taxe spéciale sur les contrats d'assurance*, actuellement partagée entre l'Etat et le FOREC.

Ce dernier reverserait en outre à l'Etat son résultat éventuellement excédentaire. Il n'y a pas lieu que ce fonds constitue des réserves puisqu'il appartient à l'Etat, selon votre commission, d'ajuster par une dotation budgétaire l'évolution de ses besoins de financement.

Par ailleurs, la *taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire* serait restituée au fonds de solidarité vieillesse (FSV). Ce retour au FSV d'une de ses recettes historiques permet, en outre, de compenser partiellement à ce fonds le coût de l'opération de clarification des dépenses de la branche famille, proposée par votre commission (*voir art. 41*), et visant à lui réimputer la totalité des majorations de pension pour enfants.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

Art. 4 bis (nouveau)
(art. 520 A du code général des impôts)

Augmentation du droit spécifique applicable aux bières fortes

Objet : Cet article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, avec l'accord du Gouvernement, vise à limiter la consommation des bières fortes notamment par la jeunesse, en augmentant le droit spécifique qui leur est applicable.

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le droit spécifique visé à l'article 520 A du code des impôts s'applique aux bières et à diverses boissons non alcoolisées (eaux minérales, boissons gazéifiées ou non ne renfermant pas plus de 1,2 % d'alcool). Ce droit est dû par les fabricants, les exploitants de sources et les importateurs. Il est liquidé lors du dépôt, auprès des services administratifs compétents, du relevé des quantités livrées au cours du mois précédent. Ce dépôt, et le paiement du droit correspondant, doit intervenir avant le 25 de chaque mois.

La totalité du produit de ce droit spécifique est affectée au Fonds de financement de la réforme des cotisations sociales patronales (FOREC).

Le droit spécifique plus particulièrement applicable aux bières est actuellement établi comme suit :

- 1,30 euro par degré alcoométrique pour les bières dont le titre alcoométrique n'excède pas 2,8 % du volume ;
- 2,60 euros par degré alcoométrique pour les autres bières.

S'inspirant des dispositions prises, les années précédentes, afin de limiter la consommation des « premix »¹ par la jeunesse, le présent article propose, en son **paragraphe I**, d'atteindre le même objectif en ce qui concerne les bières « fortes », c'est-à-dire les bières dont le titre alcoométrique excède 8 % du volume. Selon les informations communiquées lors du débat à l'Assemblée nationale, le marché correspondant ne représenterait que 1 % de la consommation totale de bière dans notre pays.

A cette fin, il est donc créé, à l'article 520 A du code général des impôts, un nouveau droit spécifique de 100 euros par degré alcoométrique pour les bières concernées.

¹ *Mélanges d'alcools forts (whisky, vodka, rhum, gin...) avec des sodas ou des jus de fruits.*

Toutefois, et afin de ne pénaliser les bières traditionnelles et de terroir, conditionnées en bouteilles ou en fûts, l'Assemblée nationale a également adopté, sur avis de sagesse du Gouvernement, deux sous-amendements, l'un de sa commission, l'autre de M. André Schneider (UMP - Bas-Rhin), précisant que ce nouveau droit spécifique ne s'applique qu'aux bières fortes « conditionnées en boîtes ».

Ce nouveau droit spécifique entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2003 (paragraphe II).

Selon la commission, le présent article « *n'aura aucun impact sur les recettes, puisqu'il vise à supprimer le marché correspondant* »¹.

II – La position de votre commission

Votre commission adhère à la démarche de santé publique poursuivie par cet article. A cet égard, elle rappelle la diminution sensible de la consommation des « premix » dans la jeunesse, qui a résulté de l'augmentation des droits applicables à cette catégorie de boissons.

Elle émet en revanche des réserves sur la conformité de cette disposition, en sa forme actuelle, au regard, d'une part, du droit européen de la concurrence (les bières concernées étant toutes, dans les faits, des bières importées) et, d'autre part, de la réglementation européenne concernant les droits sur les alcools.

Elle estime donc nécessaire que le Gouvernement, lors du débat parlementaire puisse améliorer le cadre juridique de cette disposition, à laquelle il a donné son accord et dont votre commission ne conteste pas, rappelons-le, le principe.

Sous cette réserve, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

¹ *Compte rendu analytique Assemblée nationale, 2^{ème} séance du mercredi 30 octobre, p. 30.*

Art. 5

(articles 2 et 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale)

Remboursement de la moitié de la dette du FOREC par la CADES

Objet : Cet article vise à faire rembourser, par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), la moitié de la dette due à la sécurité sociale au titre du déficit 2000 du FOREC.

I – Le dispositif proposé

a) L'historique de la dette due à la sécurité sociale au titre du FOREC

Le *Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale* (FOREC) a pour mission de compenser aux régimes de base de sécurité sociale les pertes de cotisations liées aux mesures d'allègements structurels de cotisations patronales portant sur les bas salaires ou liées à la réduction du temps de travail.

Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (*article 5 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999, codifié aux articles L. 131-8 à L. 131-11 du code de la sécurité sociale*), le FOREC ne fut, en réalité, véritablement constitué qu'à l'occasion de la publication du décret n° 2001-968 du 25 octobre 2001 qui en a fixé, avec près de deux ans de retard, les conditions d'organisation, de fonctionnement et de gestion.

Dans l'attente de la publication des textes réglementaires d'application, et conformément aux dispositions transitoires de l'article 5 précité de la loi de financement pour 2000, les recettes fiscales affectées au FOREC pour l'année 2000 ont été versées à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). En l'absence de création effective du FOREC, la répartition de ces recettes entre les différents régimes de sécurité sociale, au titre de la compensation des pertes de recettes résultant des exonérations de cotisations, a été effectuée par l'ACOSS sur la base d'une lettre du 22 février 2001 du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre de l'emploi et de la solidarité (*l'article 12 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ayant, depuis, donné une base légale à cette instruction ministérielle*).

Or, les recettes du FOREC pour l'année 2000 ne couvraient pas l'intégralité des exonérations de cotisations à sa charge. Conformément aux dispositions des articles L. 131-9 et L. 131-7 du code de la sécurité sociale,

cette dette, d'un montant total de 2,4 milliards d'euros, était due aux régimes de sécurité sociale concernés, non pas par le FOREC, mais par l'Etat.

Le précédent gouvernement ayant annoncé, à l'occasion de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2001, que l'Etat n'avait pas l'intention d'honorer cette dette, l'article 12 précité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 proposait :

- d'une part, d'annuler purement et simplement cette dette ;
- et, d'autre part, d'imputer la perte correspondante des régimes de sécurité sociale sur leurs comptes de l'exercice 2000, ceux-ci étant « *modifiés pour tenir compte de cette annulation* ».

Saisi par le Sénat, *le Conseil constitutionnel a annulé cette disposition (décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001)*, considérant que l'annulation d'une créance sur l'Etat garantie par la loi et constituée à l'actif des bilans des régimes de sécurité sociale était *contraire à « l'exigence constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale, eu égard au montant de cette créance et à la situation financière de ces régimes. »*

En janvier 2002, et selon une procédure inhabituelle, Mme Elizabeth Guigou, alors ministre de l'emploi et de la solidarité, demande à M. François Monier, secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, d'actualiser les comptes prévisionnels de la sécurité sociale pour 2001. A cette occasion, M. Monier propose de provisionner la dette due à la sécurité sociale dans les comptes 2001 des différents régimes concernés, ce qui est fait en février 2002, à nouveau sur simple instruction épistolaire du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre de l'emploi et de la solidarité.

Cette provision diminue d'autant les résultats de la sécurité sociale pour 2001. Par une heureuse coïncidence, les recettes de l'exercice ont été parallèlement révisées à la hausse dans le rapport de M. Monier en raison, d'une part, d'une croissance de la masse salariale plus forte que prévue et, d'autre part, de la correction d'une importante erreur dans l'évaluation, en comptabilité de droits constatés, des produits (recettes) à recevoir au titre de l'exercice 2000.

b) Les dispositions du présent article :

Décidé à rompre avec les pratiques contestables de son prédécesseur, *l'actuel Gouvernement a annoncé son intention de rembourser à la sécurité sociale la dette qui lui est due au titre du déficit 2000 du FOREC*. Toutefois, l'importance de la somme en jeu, soit 2,4 milliards d'euros, ne permet pas de réaliser un remboursement unique et immédiat.

Le **2° du paragraphe I** de l'article confie donc à la CADES (*cf. encadré ci-après*), établissement public créé en 1996 pour apurer d'ici 2014 les dettes cumulées par la sécurité sociale, le soin de procéder à ce remboursement, selon les modalités suivantes :

- un versement de 1.097 millions d'euros à l'ACOSS, représentatif de la moitié de la dette due aux trois caisses nationales du régime général (CNAMTS, CNAF, CNAVTS) au titre du FOREC ;

- le remboursement de l'intégralité de la dette due au régime des salariés agricoles (171,5 millions d'euros), au régime d'assurance maladie des clercs et employés de notaires (10,5 millions d'euros), au régime de sécurité sociale des mines (2,1 millions d'euros) et au régime de sécurité sociale des marins (1,8 million d'euros).

La caisse d'amortissement de la dette sociale

(CADES)

1. La mission initiale

La mission initiale de la CADES était :

- d'apurer sur une durée de treize années et un mois la dette cumulée du régime général de la sécurité sociale, correspondant au financement des déficits des exercices 1994 et 1995 à hauteur de 120 milliards de francs (18,3 milliards d'euros) et au financement du déficit prévisionnel pour 1996 à hauteur de 17 milliards de francs (2,6 milliards d'euros) ;

- d'effectuer sur la même période un versement annuel de 12,5 milliards de francs (1,9 milliard d'euros) à l'Etat ;

- de verser, au cours de la seule année 1996, 3 milliards de francs (0,45 milliard d'euros) à la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

2. Les évolutions ultérieures

Cette mission a été par la suite élargie ou modifiée comme suit :

- au 1^{er} janvier 1998, la mission de la CADES a été étendue au refinancement de la dette cumulée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) depuis le 1^{er} janvier 1996 (75 milliards de francs, soit 11,4 milliards d'euros de dette cumulée au titre des exercices 1996 et 1997 s'ajoutant aux 17 milliards de francs, soit 2,6 milliards d'euros, déjà financés par la CADES en 1996) et au préfinancement du déficit prévisionnel de l'exercice 1998 (12 milliards de francs), soit un montant total de 87 milliards de francs (13,2 milliards d'euros). En conséquence, la durée de vie de la CADES a été rallongée de 5 ans et la perception de la CRDS, dont le taux et l'assiette sont inchangés, prolongée de janvier 2009 à janvier 2014 ;

- à compter du 1^{er} janvier 2001, le versement annuel à l'Etat a été réduit à 12,15 milliards de francs (1,85 milliard d'euros) afin de compenser partiellement les mesures d'exonération de CRDS sur les indemnités des chômeurs non imposables (*article 89 de la loi de finances pour 2001*) ;

- la loi de finances pour 2002 a prévu, dans son article 38, de remplacer les sept derniers versements de 1,85 milliard de la caisse à l'Etat (soit 12.966 millions d'euros) par quatre versements de 3 milliards (soit 12.000 millions d'euros). La fin du versement à l'Etat a été ainsi ramenée au 31 décembre 2005.

3. Les ressources de la CADES

Elles sont constituées essentiellement de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), imposition de toute nature à assiette très large, puisque assise notamment sur toutes les catégories de revenus d'activité, de remplacement et du capital.

Le rendement de la CRDS –net de frais de recouvrement- a été de 4,599 milliards d'euros en 2001. Il peut être estimé à 4,6 milliards d'euros en 2002.

L'assiette de la CRDS est constituée à hauteur de 88 % des revenus d'activité et de remplacement.

Source : annexe f du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003

Le 1° du **paragraphe I** est une disposition de coordination, ajoutant aux missions de la CADES, telles que définies par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, les versements visés au 2° du même paragraphe (*cf. ci-dessus*).

Enfin, le **paragraphe II** autorise l'ACOSS, d'une part, à comptabiliser sur l'exercice 2003, et au titre des exonérations de cotisations sociales prises en charge par le FOREC, le versement de la CADES et, d'autre part, à répartir le montant correspondant entre les trois caisses nationales du régime général au prorata de leurs créances, à savoir :

- CNAMTS-maladie : 474 millions d'euros,
- CNAMTS-AT/MP : 90 millions d'euros,
- CNAVTS : 329 millions d'euros,
- CNAF : 204 millions d'euros.

Ces remboursements intervenant au titre de l'exercice 2003, ils contribuent ainsi, d'une part, à améliorer la trésorerie de chacune des caisses concernées et, d'autre part, à réduire, à due concurrence, leur déficit prévisionnel et celui du régime général.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, l'Assemblée nationale a adopté, sur avis favorable du Gouvernement, un amendement fixant au 1^{er} avril 2003 la date à laquelle la CADES procédera aux versements prévus au présent article.

Selon les informations communiquées par la Direction de la sécurité sociale, cette date correspond à une échéance de trésorerie qui sera, au printemps prochain, probablement difficile pour le régime général.

III – La position de votre commission

Votre commission constate avec satisfaction que la créance contractée au titre du FOREC va, enfin, être remboursée, du moins pour moitié, dans un premier temps.

Certes, le projet de loi opère, ce faisant, un prélèvement sur la CADES, mais l'objectif est louable : rembourser sa créance à la sécurité sociale alors que l'an dernier l'augmentation, décidée par le précédent

gouvernement du versement de la CADES à l'Etat n'avait pour objectif que de réduire, en affichage, le déficit budgétaire.

En outre, ce prélèvement ne compromet pas le remboursement de la dette sociale et n'allonge pas la perception de la CRDS.

Il reste que ce prélèvement semble, à votre commission, davantage marqué par la continuité que s'inscrire parmi les éléments salutaires de rupture.

Finalement, la CADES se trouve devoir rembourser la dette de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale alors que sa mission initiale univoque devait être de rembourser la dette de la sécurité sociale.

Il y a là un glissement qui n'est pas sans danger quant à l'image de la CADES sur les marchés financiers, et qui constitue de surcroît, un pari sur l'évolution des recettes attendues de la CRDS dans les prochaines années, selon les hypothèse de croissance retenue.

Certes, le versement à la sécurité sociale que permet ce prélèvement améliore le résultat de l'exercice 2003, du moins en limite le déficit, et par conséquent, contient la progression d'une dette nouvelle de la sécurité sociale.

Il reste que, depuis la réouverture de la CADES en 1998, une nouvelle dette sociale se reconstitue, notamment à la CNAMTS.

Votre commission ne saurait bien entendu prôner une nouvelle réouverture de la CADES mais il observe qu'il faudra bien un jour traiter la question de l'endettement croissant de l'assurance maladie.

Il lui semble à cet égard prématuré de considérer que l'on puisse ponctionner aujourd'hui la CADES sans conséquence.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 6

(art. L. 245-2 et L. 245-4 du code de la sécurité sociale)

**Contribution sur les dépenses de promotion
des laboratoires pharmaceutiques**

Objet : Cet article a pour objet de redéfinir l'assiette et les taux de la contribution due par les laboratoires pharmaceutiques au titre de leurs dépenses de promotion et d'information à l'intention des prescripteurs.

I – Le dispositif proposé

Cet article modifie l'assiette et le taux de la contribution due par les laboratoires pharmaceutiques au titre de leurs dépenses de promotion des médicaments remboursables auprès des praticiens.

Cette contribution, instituée en 1983 et recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui en verse le produit à la CNAMTS et au *Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique*, a pour finalité d'inciter les laboratoires pharmaceutiques à limiter leurs actions de promotion.

Le dispositif actuel se caractérise avant tout par une grande complexité car les éléments d'assiette énumérés à l'article L. 245-2 et R. 245-1 du code de la sécurité sociale n'ont pas un caractère exhaustif. Lors du contrôle de l'assiette, chaque inspecteur est donc amené à apprécier l'intégration de certains éléments d'assiette. Ces incertitudes créent une grande lourdeur des procédures et génèrent un contentieux abondant.

La réforme proposée par le présent article vise à fixer une assiette clairement définie. La taxe ne porterait plus que sur :

- les seules dépenses de rémunération des visiteurs médicaux auprès des établissements de santé et des professionnels de santé, ainsi que le remboursement de leurs frais ;
- les achats d'espace publicitaire, dès lors qu'est mentionnée une spécialité remboursable.

Selon le Gouvernement, une telle précision de la définition devrait permettre de « pacifier » les relations entre les laboratoires pharmaceutiques et l'organisme collecteur de la taxe, l'ACOSS. Cette définition restrictive permet aussi d'exclure de l'assiette des dépenses qui n'ont pas d'incidence directe sur les prescriptions comme les frais de colloques scientifiques et les dépenses liées aux éventuelles études post-AMM.

Le I de cet article aménage le régime fiscal de la contribution. Il propose tout d'abord une nouvelle définition législative, plus restrictive, de l'assiette de la contribution. Seront désormais seuls pris en compte pour le calcul de la taxe :

1° les rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale et les charges sociales et fiscales, des visiteurs médicaux, salariés ou indépendants, qui font de l'information par démarchage ou de la prospection pour des médicaments remboursables auprès des professionnels et des établissements de santé ;

2° les remboursements de frais de transport, de repas et d'hébergement des visiteurs médicaux ;

3° les achats d'espaces publicitaires mentionnant un médicament remboursable.

La réduction d'assiette provient notamment de l'exclusion des frais de colloques scientifiques et médicaux et des études d'échantillonnage réalisées après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché.

Les abattements sur l'assiette actuellement prévus par la loi sont reconduits dans leur principe mais avec des montants modifiés :

- un abattement général, comportant une part forfaitaire (345.000 euros au lieu de 460.000 euros), qui avantage les petits laboratoires, et une part proportionnelle (3 % des dépenses salariales exposées pour la promotion des médicaments), qui vise à prendre en compte l'activité de pharmacovigilance des visiteurs médicaux ;

- un abattement en faveur des médicaments génériques (pour 30 % au lieu de 40 % du chiffre d'affaires réalisé à ce titre) ;

- un abattement en faveur des médicaments orphelins (pour 30 % au lieu de 40 % du chiffre d'affaires réalisé à ce titre).

Le taux de la contribution due par chaque entreprise demeure calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport entre d'une part l'assiette et d'autre part le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France.

L'article augmente les taux de la contribution due pour chaque tranche et diminue d'un tiers tous les seuils de passage d'une tranche à l'autre du barème.

Le Gouvernement souhaitant maintenir constant le rendement de cette contribution (246 millions d'euros prévus pour 2003), il a calculé de nouveaux

montants d'abattements et un nouveau barème pour compenser la réduction, estimée par lui à 25 %, de l'assiette.

Le **II** de cet article précise les conditions d'exonération de la contribution.

Pour apprécier le seuil de 15 millions d'euros en dessous duquel un laboratoire n'est pas redevable de la taxe, il est fait référence au chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos (reprise de l'article R. 245-2 du code de la sécurité sociale). Il est toutefois prévu une nouvelle exception à cette exonération : le seuil sera désormais appliqué globalement si un laboratoire possède au moins la moitié du capital d'un ou plusieurs autres laboratoires.

Le **III** de cet article précise que les nouvelles règles fiscales prévues au présent article s'appliquent au calcul de la contribution due au titre de l'année 2003, l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale disposant que la contribution due au titre d'une année est versée au plus tard le 1^{er} décembre de celle-ci.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a estimé que les nouvelles règles d'assiette proposées par le Gouvernement, si elles permettent effectivement de clarifier la situation, aboutissaient à une réduction d'assiette de 13 % seulement et non de 25 %.

Elle a donc adopté une nouvelle rédaction du I cet article, résultant d'un amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, qui :

- augmente l'abattement forfaitaire général à 500.000 euros pour favoriser les petits laboratoires,

- étend l'abattement sur les génériques à toutes les spécialités pharmaceutiques auxquelles s'appliquent un tarif de responsabilité,

- exclut du champ d'application de la taxe les achats d'espaces publicitaires dans les journaux médicaux détenteurs d'un numéro de commission paritaire (sous-amendement présenté par MM. Accoyer, Morange, Heinrich et Gilles) ;

- revient aux tranches actuelles du barème

- diminue le taux applicable à la première tranche de 13,5 % à 13 %, cette dernière modification résultant d'un sous-amendement du Gouvernement

qui augmente de 12 % à 13 % ce taux pour compenser la perte de recettes induite par l'exclusion de l'assiette de la taxe les achats d'espaces publicitaires dans les journaux médicaux détenteurs d'un numéro de commission paritaire.

A l'initiative de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, l'Assemblée nationale a également adopté un amendement de coordination insérant un II bis nouveau.

III – La position de votre commission

L'Assemblée nationale a prévu que la taxe sur les dépenses de promotion pharmaceutique ne s'appliquerait pas aux achats d'espaces publicitaires dans les journaux médicaux détenteurs d'un numéro de commission paritaire.

Aux yeux de votre commission, ce critère n'apparaît pas totalement justifié dans la mesure où l'attribution d'un numéro de commission paritaire dépend de critères destinés à déterminer si la publication est notamment éligible à la franchise postale (part des abonnements...). Il existe dès lors un certain nombre de publications médicales de qualité qui ne disposent pas d'un numéro de commission paritaire.

Elle vous propose en conséquence d'adopter un amendement étendant la disposition votée par l'Assemblée nationale à l'ensemble de la presse médicale, sans exclusive.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 6 bis (nouveau)
(art. L. 245-6-1 à L. 245-6-4 du code de la sécurité sociale)

Suppression de la taxe sur les ventes directes

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, supprime la taxe sur les ventes directes de médicaments par les industriels aux pharmacies officinales.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel adopté par l'Assemblée nationale résulte d'un amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Il abroge la section 2 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, relatif à la taxe dite « sur les ventes directes ».

La contribution additionnelle sur les ventes directes prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale a été instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (*loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997*).

Cette contribution est due par les laboratoires pharmaceutiques sur le chiffre d'affaires réalisé auprès des pharmacies au titre des spécialités remboursables, à l'exception des spécialités génériques et des médicaments orphelins. Les grossistes-répartiteurs ne sont donc pas assujettis au paiement de cette taxe.

La taxe additionnelle sur les ventes directes a pour objectif de rétablir l'égalité des conditions de concurrence entre deux circuits de distribution : les ventes directes et les ventes par les grossistes, soumis à des obligations de service public. Elle vise à compenser l'avantage dont bénéficie le circuit des ventes directes, où laboratoires et officines se partagent une rémunération égale à celle des grossistes.

Le taux de la taxe était de 2,5 % jusqu'en 2002. Il a été modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ; il existe aujourd'hui un double taux : 1,5 % pour les médicaments ne nécessitant pas une prescription médicale, dits « non listés » et 2,5 % pour les autres médicaments.

Cette taxe a rapporté environ 30 millions d'euros en 2001 et, du fait de la modification des taux, devrait rapporter 22 millions d'euros en 2002.

Selon la CNAMTS, la part des ventes directes dans le total des ventes est passée de 10,7 % en 1998 à 11,6 % en 2002.

Présentant cet amendement, M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a expliqué que le rendement de cette taxe baissait d'année en année mais continuait « *à peser lourdement sur les comptes des dépositaires, lesquels rendent un service aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural* ».

Il a ajouté que « *le fait de rétablir une juste concurrence et de permettre la négociation directe contribuera à favoriser la promotion des médicaments génériques dans le circuit pharmaceutique* ».

II – La position de votre commission

Votre rapporteur n'est pas convaincu de la nécessité de supprimer aujourd'hui cette taxe.

Il souligne en effet que seuls les grossistes-répartiteurs sont soumis à des obligations contraignantes de service public. Ces contraintes de service public résultent du décret du 5 avril 1960 et de l'arrêté du 3 octobre 1962 : elles tiennent en des obligations de stock et de délai de livraison à toutes les pharmacies d'officine et visent à garantir la bonne disponibilité de tous les médicaments, en toute sécurité et en tous lieux du territoire national.

Or, la marge allouée aux deux circuits de distribution est strictement identique : la suppression de la taxe sur les ventes directes avantagerait donc directement le circuit des ventes directes.

Votre rapporteur rappelle en outre qu'en vertu de l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, les médicaments génériques n'ont jamais été soumis à cette taxe et que sa suppression ne peut donc favoriser leur diffusion.

Il juge pour sa part qu'une remise à plat de la distribution des médicaments serait sans doute bienvenue mais qu'il conviendrait, pour ce faire, de travailler d'une manière concertée avec tous les acteurs du système.

Enfin, il note que cette taxe devrait rapporter 22 millions d'euros en 2002 à l'assurance maladie, ce qui est loin d'être négligeable.

C'est la raison pour laquelle votre commission vous propose de supprimer cet article et de rétablir cette taxe.

Votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 7

Clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés

Objet : Cet article fixe à 4 % le taux de progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques au-delà duquel est prélevée une contribution sur le chiffre d'affaires.

I - Le dispositif proposé

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une contribution en cas de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), due par les laboratoires pharmaceutiques n'ayant pas passé de convention avec le Comité économique des produits de santé.

Ceux-ci sont en effet assujettis à une contribution lorsque le taux de progression de leur chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France sur les médicaments remboursables excède celui de l'ONDAM, dénommé taux K pour le calcul de la contribution.

L'article L. 138-10 crée ainsi un lien entre l'évolution du montant de l'ONDAM voté par le Parlement, d'une année sur l'autre, et celle du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés pour la même période de référence : si le taux de croissance de leur chiffre d'affaires est supérieur à celui de l'ONDAM, les entreprises sont alors redevables d'une contribution globale, progressive en fonction du dépassement de l'ONDAM :

- si le dépassement est de moins de 0,5 %, la contribution due est égale à 50 % du dépassement ;

- s'il est compris entre 0,5 % et 1 %, elle est de 60 % du dépassement ;

- s'il est supérieur à 1 %, elle est de 70 %.

Les entreprises conventionnées avec le Comité économique des produits de santé sont exonérées du paiement de cette contribution, à condition que cette convention :

- fixe les prix de tous les produits de la gamme de l'entreprise ;

- comporte des engagements de l'entreprise portant sur le chiffre d'affaires de chacun des produits dont le non-respect entraîne, soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise.

Après que les pharmaciens d'officines ont conclu avec l'Etat, en 1998, deux protocoles d'accords, un accord sectoriel a été signé le 9 juillet 1999 entre le Comité économique du médicament¹ et le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique. Il a vocation à couvrir la période 1999-2002.

De fait, comme le relève l'annexe *b1*) du projet de loi, cette contribution rapporte très peu (487.222 euros en 2002) car la quasi-totalité des laboratoires pharmaceutiques sont conventionnés (il n'y a eu que 14 entreprises redevables en 2002).

Pour autant, la détermination du taux K est importante car elle fixe le cadre de la négociation des remises conventionnelles entre le Comité économique des produits de santé et l'industrie pharmaceutique.

La régulation conventionnelle instituée par l'accord sectoriel vise en effet à substituer aux mécanismes de taxation « de sauvegarde » organisés par la loi, et dans les conditions que celle-ci prévoit, un système de remises quantitatives de fin d'année produisant des résultats financièrement équivalents pour la sécurité sociale, mais d'une manière plus adaptée à la différenciation des besoins de santé selon les catégories de médicaments et à la libre concurrence entre les entreprises.

Pour les laboratoires exonérés de la clause de sauvegarde, le mécanisme de remise mis en place a conduit de fait à récupérer, en termes bruts, l'équivalent de ce qu'aurait rapporté la clause de sauvegarde si elle s'était appliquée à tous les laboratoires.

Le présent article fixe le taux K à 4 % en 2003, soit le taux le plus élevé depuis l'instauration de la clause de sauvegarde, en 1999.

II – La position de votre commission

Lors de l'examen des précédentes lois de financement de la sécurité sociale, votre commission s'était opposée aux taux « K » retenus par le Gouvernement. Avec 2,6 % au titre de 1999, pour la contribution versée en 2000, 2 % au titre de 2000, 3 % au titre de 2001 et de nouveau 3 % au titre de 2002, elle avait jugé ces choix peu réalistes et déconnectés de l'évolution réelle du marché du médicament.

Elle se félicite par conséquent du choix effectué cette année d'un taux de 4 %, qu'elle juge très raisonnable.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Devenu depuis le Comité économique des produits de santé.

Art. 7 bis (nouveau)

(art. L. 380-3 et L. 380-3-1 nouveau du code de la sécurité sociale)

Affiliation à l'assurance maladie des travailleurs frontaliers en Suisse

Objet : Cet article, adopté par l'Assemblée nationale, sur l'initiative conjointe du Gouvernement et de M. Bernard Accoyer (UMP - Haute Savoie), vise à clarifier les règles d'affiliation à l'assurance maladie des frontaliers français travaillant en Suisse.

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

L'accord du 21 juin 1999 entre l'Union européenne, d'une part, et la Confédération helvétique, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, reprend l'acquis communautaire en matière de coordination des législations de sécurité sociale et, notamment, le principe de l'application, à titre obligatoire et exclusif, de la loi du lieu de travail.

Toutefois, un droit d'option, limité aux seules prestations en nature de l'assurance maladie, est ouvert à titre dérogatoire aux frontaliers français travaillant en Suisse et aux titulaires de pensions et rentes suisses ne résidant pas en Suisse, ainsi qu'à leurs ayants droit. Les intéressés peuvent ainsi demander à être exemptés de l'affiliation au régime fédéral suisse d'assurance maladie, à condition de bénéficier d'une couverture maladie dans leur Etat de résidence, et dès lors que ce dernier accepte ce droit d'option.

Pour faire droit à la demande des travailleurs frontaliers, le gouvernement français a notifié à la Commission européenne, pour saisine du comité mixte chargé de la gestion et de l'application de l'accord du 21 juin 1999, sa décision d'accepter ce droit d'option au profit des travailleurs frontaliers et des pensionnés résidant en France. L'annexe pertinente de l'accord sera ainsi modifiée par décision du comité mixte.

La mise en œuvre de ce droit d'option nécessite néanmoins une adaptation de la législation française. Tel est l'objet du présent article.

Il n'a pas été jugé possible d'affilier directement au régime général (caisse nationale d'assurance maladie) les frontaliers français travaillant en Suisse et ayant exercé leur droit d'option. En effet, il eut été extrêmement difficile, sinon impossible, d'obliger un employeur suisse d'acquiescer, selon les procédures en vigueur sur le territoire français, les cotisations dues au régime général.

La solution proposée par le présent article est donc d'affilier les frontaliers concernés à la couverture maladie universelle de base, qui se rapproche le plus, notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations, de l'ancienne assurance personnelle.

Le **paragraphe I** de l'article abroge donc les dispositions du code de la sécurité sociale (*3° de l'article L. 380-3*) qui exclut des bénéficiaires de la CMU les travailleurs frontaliers et leurs ayants droit.

Le **paragraphe II** insère dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 380-3-1 qui définit les règles d'affiliation à la CMU de base des frontaliers travaillant en Suisse. Ainsi, cet article :

- pose le principe de l'affiliation obligatoire à la CMU de base des travailleurs frontaliers qui auront demandé à être exemptés d'affiliation au régime fédéral suisse d'assurance maladie (*I de l'article L. 380-3-1 nouveau*) ;

- prévoit, pendant une période transitoire se terminant au plus tard sept ans après la date d'entrée en vigueur de l'accord avec la Suisse, que les intéressés puissent cependant conserver le bénéfice des contrats d'assurance maladie les couvrant en France, ainsi que leurs ayants droit. Toutefois, il est également précisé que les intéressés peuvent, sans attendre la fin de ce délai, renoncer à cette dérogation et être couverts par la CMU de base. En tout état de cause, cette dérogation ne concerne pas les travailleurs frontaliers bénéficiant déjà, depuis le 1^{er} janvier 2000, de la CMU de base au titre des dispositions transitoires du I de l'article 19 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 ayant créé la CMU (*II*) ;

- étend le bénéfice de ces dispositions aux titulaires de pensions ou rentes en application de la seule législation suisse (et à leurs ayants droit), résidant en France, et ayant demandé à être exemptés d'affiliation au régime fédéral suisse (*III*) ;

- détermine le régime contributif spécifique applicable aux frontaliers travaillant en Suisse et relevant de la CMU de base du fait de l'exercice de leur droit d'option.

La contribution sociale généralisée étant une imposition unique, dont le produit est réparti entre la CNAMTS, la CNAF et le FSU, il n'a pas été estimé possible d'en identifier, par « fractionnement », la part imputable aux frontaliers affiliés en France au titre des seules prestations en nature de l'assurance maladie. De ce fait, les intéressés ne sont pas assujettis à la contribution sociale généralisée ni à la contribution au remboursement de la dette sociale.

En revanche, leur contribution financière ne peut, par simple souci d'équité, se limiter à la cotisation normalement due par les bénéficiaires de la CMU dont les revenus dépassent un plafond (fixé par décret).

Ils devront donc acquitter une cotisation spécifique, ayant les caractéristiques et le mode de recouvrement de la cotisation CMU, dont le taux, le mode de calcul et les obligations déclaratives seront déterminés par un décret en Conseil d'Etat (IV). Le taux de cette cotisation spécifique devrait correspondre à l'addition, d'une part, de la cotisation CMU (8 %) et, d'autre part, d'un montant sensiblement équivalent à celui de la CSG « maladie ».

Par référence à l'article 1417-IV du code général des impôts, l'assiette de cette cotisation correspond au montant net des revenus et plus-values retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu au titre de l'année précédente.

Enfin, le **paragraphe III** applique aux frontaliers concernés, et par analogie, les dispositions de l'article 18 de la loi précitée du 27 juillet 1999 résilient de plein droit les contrats d'assurance maladie qui seraient en cours de validité lors de l'affiliation, immédiate ou différée pendant sept ans au plus, des intéressés à la CMU de base.

II – La position de votre commission

Votre commission se félicite que la nécessaire clarification des règles d'affiliation à l'assurance maladie des frontaliers français travaillant en Suisse soit apportée. Elle s'interroge, toutefois, sur les limites ainsi atteintes dans la définition d'un statut spécifique d'affiliation, à titre d'option, à l'assurance maladie française.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 8

Fixation des prévisions de recettes pour 2003

Objet : Cet article détermine, par catégorie, les prévisions de recettes pour 2003 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes créés pour concourir à leur financement

I – le dispositif proposé

En application du 2° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article prévoit, par catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement (FOREC, FSV, Fonds de réserve des retraites).

La nomenclature de la présentation des produits, qui n'est pas fixée par la loi organique, reprend à un niveau agrégé la classification retenue par la commission des comptes de la sécurité sociale. Elle consiste à distinguer la partie contributive, elle-même dissociée en cotisations effectives et cotisations fictives, des autres ressources, lesquelles évoluent moins directement en fonction de l'activité économique.

Dans le projet de loi initiale, *et avant prise en compte des modifications adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture (cf. II ci-dessous)*, ces prévisions de recettes pour 2003 s'établissent comme suit :

Agrégats de recettes

(en millions d'euros)

	2000	2001	%	2002	%	2003	%
Agrégat cotisations effectives	162.378	171.458	5,6	175.589	2,4	184.153	4,9
Cotisations sociales effectives	160.768	170.639	6,1	175.120	2,6	182.378	4,1
Cotisations des actifs	159.069	168.793	6,1	173.152	2,6	180.335	4,1
Cotisations des inactifs	596	613	2,9	657	7,2	675	2,7
Autres cotisations	529	607	14,7	651	7,2	669	2,7
Majorations et pénalités	574	625	9,0	660	5,5	699	5,9
Reprises nettes de provisions	481	-6		-719		852	
Pertes sur créances irrécouvrables	-2.121	-2.180	2,8	-1.599	-26,7	-1.409	-11,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	3.250	3.005	-7,6	2.787	-7,2	2.332	-16,3
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0	0	-	0	-	0	-
Agrégat cotisations fictives d'employeur	29.163	30.148	3,4	31.776	5,4	32.480	2,2
Agrégat impôts et taxes affectés	79.957	88.545	10,7	89.693	1,3	94.150	5,0
Agrégat transferts reçus	-129	140		177	26,5	209	18,3
Agrégat contributions publiques	11.493	10.961	-4,6	11.216	2,3	11.402	1,7
Agrégat revenus des capitaux	544	743	36,7	785	5,6	1.036	31,9
Agrégat autres recettes	4.332	5.717		5.960	4,2	4.075	-31,6
Total des produits	287.738	307.712	6,9	315.196	2,4	327.504	3,9

Nota : les montants 2002 sont les montants révisés par l'article 9 du présent projet de loi.

Le total des recettes atteint ainsi 327,5 milliards d'euros en 2003, contre 315,2 milliards en 2002 (+ 3,9 %).

- **Les cotisations effectives** (184,15 milliards d'euros) comprennent les cotisations effectivement prélevées sur les salaires, les revenus de remplacement et les revenus des entrepreneurs individuels, **ainsi que les cotisations prises en charge par l'Etat au titre de la politique de l'emploi.**

- Les **cotisations fictives (32,48 milliards d'euros)** correspondent, conformément aux conventions de la comptabilité nationale, aux cas où l'employeur fournit directement des prestations sociales. Elles recouvrent pour l'essentiel des prestations vieillesse servies par certains régimes spéciaux

(pensions civiles et militaires, SNCF, RATP, Banque de France) et des prestations maladie, invalidité et accidents du travail servies également directement, sans contrepartie en termes de cotisations par les salariés.

- Les **contributions publiques (11,4 milliards d'euros)** sont des participations du budget général de l'Etat à certains régimes de sécurité sociale pour garantir leur équilibre financier. Elles regroupent deux éléments principaux : des remboursements de prestations (5,64 milliards d'euros) dues par l'Etat ou des organismes publics (pour l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation de parent isolé) et des subventions d'équilibre versées par l'Etat (5,47 milliards d'euros) à certains régimes spéciaux, dont le BAPSA.

- Les **impôts et taxes affectés (94,15 milliards d'euros)** regroupent l'ensemble des ressources de nature fiscale affectées aux régimes de base et aux fonds de financement (FOREC, FSV et fonds de réserve des retraites).

- Les **transferts (210 millions d'euros)** sont constitués par la prise en charge de cotisations opérées par un régime au profit de ses bénéficiaires. Les transferts internes aux régimes de base, qui figurent en dépenses selon leur origine, ne figurent pas dans cet agrégat. De même, les transferts entre les régimes de base et les fonds de financement (prise en charge des cotisations par le FOREC par exemple) ont été consolidés.

- Les **revenus des capitaux (1,04 milliard d'euros)** constituent une recette de trésorerie sur les placements réalisés. Cette ressource doit évoluer en fonction inverse des besoins de trésorerie, lesquels sont d'autant plus grands que le déficit augmente.

- Les **autres ressources (4,07 milliards d'euros)** incorporent les recours contre tiers, les recettes des départements d'outre-mer -pour des motifs tenant à la fiabilité des outils statistiques- et les recettes diverses qui ne figurent pas dans l'une des autres rubriques.

Les prévisions de recettes établies pour 2003 dans le cadre du présent article prennent en compte:

- d'une part, les évolutions tendanciennes de chaque catégorie de recettes, telles qu'elles ont été déterminées par la commission des comptes de la sécurité sociale dans son dernier rapport, et sur la base des hypothèses retenues dans ce cadre (notamment : progression de la masse salariale de 4,1 % en 2003) ;

- d'autre part, les mesures nouvelles définies, en recettes, par le présent projet de loi (*cf. encadré ci-après*).

**Mesures nouvelles inscrites dans le projet de loi de financement
de la sécurité sociale pour 2003**

(en millions d'euros)

Agrégats recettes 2003	Régime général	Autres régimes de base	FSV	FOREC	Recettes consolidées	Recettes supplém.
Recettes transfert AT	330				330	
CADES (FOREC 2000)	1.097					1.097
CADES (FOREC 2000)						
Retour salariés agricoles pour RG	28					28
CADES (FOREC 2000) autres régimes		155				155
Effet sur le solde salariés agricoles Maladie		-59			-59	
Effet sur le solde salariés agricoles Vieillesse		-44			-44	
Tabac maladie	700			300		1.000
TCA FOREC				660		660
Recettes FSV majoration enfant			945		945	
TOTAL	2.155	52	945	960	1.172	2.940

Source : direction de la sécurité sociale

Les mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 augmentent les recettes des régimes de base et des fonds (FSV, FOREC) de 2,940 milliards d'euros. Il s'agit du remboursement d'une partie de la dette FOREC 2000 par la CADES (50 % pour le régime général et 100% de la dette pour les autres régimes), de l'augmentation des droits de consommation sur les tabacs et de l'affectation, au FOREC, d'une part supplémentaire de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance.

Le remboursement de la dette FOREC 2000 au régime des salariés agricoles diminue, à concurrence (pour la dette remboursée au titre de la partie technique des cotisations et non pour la partie réservée au financement de la gestion), les transferts reçus de la CNAMTS maladie et de la CNAVTS par ce régime. Selon les conventions retenues par la Direction de la sécurité sociale, et s'agissant d'un transfert entre régimes de base, ce montant est consolidé ; il ne correspond donc pas à une perte nette de recettes pour ces régimes.

De même, et toujours selon les conventions adoptées par la Direction de la sécurité sociale, le transfert des majorations de pensions pour enfants entre la CNAF et le FSV n'a pas d'incidence sur l'agrégat de recettes. En effet, ce transfert se faisant à l'intérieur du périmètre de l'agrégat, « celui-ci est consolidé » ; il ne correspond donc pas à une recette supplémentaire du champ régime de base-fonds.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, et avec l'accord du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements visant :

- à individualiser, au sein d'une nouvelle catégorie, les prévisions de recettes relatives aux cotisations sociales prises en charge par l'Etat,

conformément à l'une des recommandations de la Cour des comptes. *Ces cotisations, estimées à 2,33 milliards d'euros, sont ainsi soustraites du total de la catégorie des cotisations effectives et reportées dans une nouvelle ligne du tableau figurant au présent article ;*

- à prendre en compte *les recettes de cotisations supplémentaires (52 millions d'euros) résultant des modifications adoptées par l'Assemblée nationale aux articles 7 bis (travailleurs frontaliers français travaillant en Suisse), 28 (fin de la cessation du mécanisme d'activité) et 29 (incitation à la poursuite et à la reprise d'activité pour les médecins et les infirmières) ;*

- et à *ajuster à la baisse le montant des taxes et impôts affectés, à due concurrence des diminutions de recettes résultant, d'une part, de l'exclusion, à l'article 6, des frais de colloque de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques (- 17 millions d'euros) et, d'autre part, de la suppression, à l'article 6 bis (nouveau), de la taxe due par les laboratoires pharmaceutiques au titre de leurs ventes directes aux pharmaciens (- 22 millions d'euros).*

III – La position de votre commission

Votre commission approuve la décision prise par l'Assemblée nationale d'isoler, au sein d'une ligne nouvelle et spécifique, les cotisations prises en charge par l'Etat, conformément aux recommandations de la Cour des comptes.

Par ailleurs, et à l'occasion de l'examen du présent projet de loi, votre commission vous propose de clarifier, d'une part, la structure des recettes du FOREC et, d'autre part, la répartition des compétences entre l'Etat, la CNAF et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Cette clarification, si elle était adoptée par le Sénat, aura nécessairement des conséquences sur les prévisions de recettes établies par le présent article, qu'il s'agisse, notamment, de la contribution versée par l'Etat à la CNAF au titre de l'allocation de parent isolé (API) et de la nouvelle répartition de diverses recettes fiscales entre l'Etat et le FOREC.

Votre commission vous soumettra donc un amendement visant à tirer les conséquences de ces clarifications sur les prévisions de recettes définies dans cet article.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement de coordination qui résultera des votes précédemment exprimés par le Sénat.

Art. 9

Fixation des prévisions de recettes révisées pour 2002

Objet : Cet article, adopté par l'Assemblée nationale sans modification, a pour objet de réviser les prévisions de recettes adoptées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, afin de prendre en compte les évolutions constatées depuis lors.

I – Le dispositif proposé

En application du dernier alinéa du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, seules des lois de financement peuvent modifier des dispositions faisant partie de leurs domaines obligatoires. Il en est ainsi des prévisions de recettes par catégorie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement.

Le présent article vise à tirer les conséquences des évolutions constatées depuis le vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Exercice 2002 : révision des prévisions de recettes par catégories

	2002 LFSS 2002	2002 PLFSS 2003	Écarts
Cotisations effectives	176.175,1	175.589,4	- 585,7
Cotisations fictives	31.950,1	31.775,9	- 174,3
Contributions publiques	10.655,6	11.216,5	560,9
Impôts et taxes affectés	89.773,5	89.692,8	- 80,7
Transferts reçus	153,7	176,8	23,2
Revenus des capitaux	831,5	785,3	- 46,2
Autres ressources	6.928,0	5.959,6	- 968,4
Total des recettes	316.467,5	315.196,3	- 1.271,2

Les principaux écarts sont les suivants :

- **Cotisations effectives : - 585,7 millions d'euros**, en raison du ralentissement de la croissance de la masse salariale en 2002 (+ 3,7 % contre + 5 % prévu dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002) ;

- **Cotisations fictives : - 174,3 millions d'euros**, du fait de la diminution des produits de certains régimes spéciaux (régimes des fonctionnaires, de la RATP et d'EDF) ;

- **Contributions publiques : + 560,9 millions d'euros**, cette augmentation provenant de la révision à la hausse, d'une part, de la subvention d'équilibre versée par l'Etat au budget annexe des prestations sociales agricoles (+ 450 millions d'euros), dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2002, et, d'autre part, des dotations nécessaires à la prise en charge, par l'Etat, de certaines prestations, telles l'allocation d'adultes handicapés et l'allocation de parent isolé (+ 100 millions d'euros) ;

- **Impôts et taxes affectés : - 80,7 millions d'euros**, en raison de la diminution du produit de la CSG, qu'il s'agisse de la CSG sur les revenus d'activité (effet « masse salariale ») ou de la CSG sur les revenus de patrimoine et de placement (effets du ralentissement de l'activité économique et de la baisse du cours des valeurs mobilières) ;

- **Autres ressources : - 968,4 millions d'euros**, du fait, d'une part, d'une diminution nette des recettes affectées au fonds de réserve des retraites (- 1,8 milliard d'euros au titre des licences UMTS ; + 1,2 milliard au titre des recettes de privatisation des Autoroutes du sud de la France) et d'autre part, pour la caisse nationale d'allocations familiales, d'une modification des modes de comptabilisation des charges et des produits de gestion courante (- 0,5 millions d'euros) et de la récupération de prestations indues (+ 0,2 millions d'euros).

II – La position de votre commission

La révision, un an après l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, des prévisions initiales de recettes souligne, une fois de plus, l'intérêt et la nécessité de saisir le Parlement, en cours d'exercice, d'un projet de loi de financement rectificatif, dès lors que l'évolution des comptes le justifie.

Le précédent gouvernement s'y était toujours refusé.

Votre commission se félicite donc de l'engagement pris par l'actuel gouvernement, dans le rapport annexé à l'article 1^{er} du présent projet de loi, de présenter « *au Parlement au début du mois de mai un projet de loi de financement rectificatif, au cas où les prévisions de recettes et de dépenses effectuées dans le cadre de la commission des comptes de printemps montreraient un décalage significatif avec les objectifs fixés dans la loi de financement pour 2003* ».

Sous réserve de cette observation, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

TITRE III
-
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

Art. 10

*(art. L. 162-22-2, L. 162-22-3, L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale
et art. L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles)*

Mode de calcul de l'objectif quantifié national des cliniques privées

Objet : Cet article établit le calcul de l'objectif quantifié national (OQN) des cliniques privées en droits constatés et permet de prendre en compte la reconversion d'établissements de santé privés sous OQN en établissements médico-sociaux.

I - Le dispositif proposé

L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a procédé à une réforme en profondeur des modes de régulation des cliniques privées, fondée sur la contractualisation et une meilleure prise en compte de l'activité médicale dans la tarification.

Ce dispositif avait pour objectif d'accroître le rôle dévolu aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et de renforcer le dialogue avec les professionnels au niveau régional comme au niveau national, tout en préparant un passage à la tarification à la pathologie.

Cette réforme a été suivie d'une évolution qui concerne, cette fois, l'ensemble de la comptabilité de la sécurité sociale : le passage d'une comptabilité de caisse (encaissements – décaissements) à une comptabilité en droits constatés.

Or, *l'objectif quantifié national (OQN)* des cliniques privées est le seul objectif restant exprimé en encaissements - décaissements.

L'objet du présent article est donc triple :

- établir et suivre l'OQN des cliniques privées dans la nouvelle norme comptable ;

- réduire le nombre des rendez-vous de suivi des dépenses à un seul rendez-vous semestriel ;

- autoriser la fongibilité des enveloppes entre l'OQN et l'enveloppe médico-sociale afin de prendre en compte la reconversion d'établissements de santé privés en établissements médico-sociaux.

Le I modifie l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale qui définit l'objectif quantifié national des cliniques privées non financées par la dotation globale.

Le 1° adapte les termes du premier alinéa de cet article à la comptabilité en droits constatés.

Le 2° complète le I de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale en précisant que le montant de l'OQN, 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 (ONDAM), dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, prend en compte les cliniques privées non financées par la dotation globale dont l'évolution des activités les conduit à exercer des activités relevant du secteur médico-social. Dans ce cas, ces établissements passent sous le régime de financement prévu à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, qui est celui des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale.

En effet, si l'autorisation de financement des établissements de soins relève de l'ARH, l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux relève du représentant de l'Etat dans la région. Ainsi, dans le cas où l'ARH constate l'évolution d'un établissement de soins vers des activités relevant du secteur médico-social, la décision est soumise au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale qui, le cas échéant, annule l'autorisation de financement qui est alors reprise par le représentant de l'Etat dans la région.

La disposition vise donc à la mise en œuvre d'une fongibilité entre l'OQN et l'enveloppe médico-sociale, les dépenses ainsi épargnées aux régimes d'assurance maladie étant alors prises en charge par le secteur social et médico-social. Ce transfert permet la résorption et l'éventuel redéploiement de lits excédentaires financés par l'assurance maladie.

Le 3° du I adapte, à l'instar du 1°, les termes de la dernière phrase du II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale à la nouvelle norme comptable.

Le **II** du présent article modifie l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale qui crée un accord bipartite.

Le 1° remplace les deux premiers alinéas du II de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale. Il s'agit, dans un souci de simplification, de réduire le nombre des rendez-vous de suivi des dépenses à un unique rendez-vous semestriel.

Pour mémoire, le I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale pose le principe d'un accord annuel passé entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et les représentants des établissements et détermine le champ de cet accord.

La nouvelle rédaction ramène la constatation de l'évolution des charges entrant dans l'OQN par les partenaires de la convention bipartite à au moins une fois dans l'année, au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année. Dans le texte actuel, ce rendez-vous est prévu 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.

Les 2° et 3° du II modifient respectivement les troisième et sixième alinéas du II de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale.

Il s'agit d'adapter la rédaction des alinéas concernés au passage à la comptabilité en droits constatés en précisant notamment que les informations sont communiquées à l'ARH par la CNAMTS au plus tard le 31 août pour les quatre premiers mois.

Le 4° supprime les 1 et 2° du II de l'article L. 162-22-3 qui font référence aux dates actuelles de transmission : le 15 juin au plus tard, pour les quatre premiers mois ; le 15 octobre au plus tard, pour les huit premiers mois.

Le 5° est une simple coordination.

Le **III** du présent article modifie l'article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale en substituant au terme « dépenses » le terme « charges ». Il s'agit donc, là encore, d'adapter l'article au nouveau mode comptable.

Le **IV** modifie l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, relatif à la procédure de délivrance de l'autorisation de création, de transformation ou d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cet article est complété par un alinéa prévoyant que le décret mentionné au dernier alinéa de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles prend en compte les évolutions à la suite desquelles des cliniques privées non financées par dotation globale relèvent du secteur social et médico-social.²

Les établissements de soins ainsi reconvertis en établissements médico-sociaux relèveront alors de la part de l'ONDAM dévolue au secteur social et médico-social pour les prestations de sécurité sociale qu'ils continuent de délivrer.

II – La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 11

*(article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001
et article premier de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978)*

Création d'une mission d'audit et d'expertise hospitaliers

Objet : Cet article prévoit que le Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) financera une mission d'audit et d'expertise hospitaliers.

I - Le dispositif proposé

Le **I** de cet article complète les missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) en prévoyant qu'il sera également chargé du financement d'une mission d'audit et d'expertise hospitaliers, placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements les références et recommandations de gestion hospitalière qu'elle élabore à partir des résultats des audits.

L'excellence de la gestion hospitalière constitue un objectif majeur du plan « Hôpital 2007 », exigeant l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques de gestion dans les différents domaines que sont la gestion financière, l'organisation, la logistique, les ressources humaines...

Aujourd'hui, les missions nationales ou régionales d'inspection ou d'appui contribuent à mettre en exergue les difficultés ou les défaillances de tel ou tel établissement. Mais il n'est pas possible de synthétiser suffisamment d'informations sur les réussites de gestion pour mettre en commun les meilleures pratiques et ouvrir des voies d'amélioration pour les établissements moins performants.

Selon le Gouvernement, l'objectif de cette mission d'audit et d'expertise consiste à analyser chaque année, selon des thèmes prédéfinis - par exemple, les achats, ou les journées inappropriées- la pratique d'un nombre significatif d'établissements. Ces audits seront conduits en vue, d'une part, d'établir un diagnostic, de définir des actions d'amélioration de la gestion et de l'organisation interne en concertation avec les responsables des établissements visités et, d'autre part, d'élaborer et de diffuser des référentiels de bonnes pratiques consultables et applicables par les autres établissements de santé.

Le financement du fonctionnement de la mission et des audits serait donc assuré par le FMES, à hauteur de 5 millions d'euros par an.

Afin de garantir l'adhésion des établissements de santé à cette démarche ainsi que leur participation active à l'analyse de leur fonctionnement et à l'identification des améliorations à apporter à leur gestion, le **II** de l'article propose de rendre non communicables les rapports d'audit, à l'instar des rapports d'expertise préalables à l'accréditation.

Le **II** modifie ainsi la fin du dernier alinéa de l'article premier de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal qui consacre « *le droit de toute personne à l'information* » en ce qui concerne la liberté d'accès aux documents administratifs.

Il s'agit, par ce complément, de préciser, qu'à l'instar « *des actes des assemblées parlementaires, les avis du Conseil d'Etat et des juridictions administratives, les documents de la Cour des comptes mentionnés à l'article L. 140-9 du code des juridictions financières et les documents des chambres régionales des comptes mentionnés à l'article L. 241-6 du même code, les documents d'instruction des réclamations adressées au Médiateur de la République* », ne sont pas considérés comme des documents administratifs librement accessibles au public « *les documents préalables à l'élaboration du rapport d'accréditation des établissements de santé prévu à l'article L. 6113-6 du code de la santé publique et les rapports d'audit des établissements de santé mentionnés à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001* ».

Les documents ainsi visés sont les rapports d'accréditation transmis à l'établissement de santé concerné ainsi qu'à l'ARH par l'ANAES et les rapports d'audits créés par le présent article.

Cet article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

II – La position de votre commission

Afin de donner un caractère véritablement opérationnel aux conclusions de cette mission d'expertise et d'audit, votre commission vous propose d'adopter un amendement précisant que les références et recommandations de gestion hospitalière seront également communiquées aux ARH, celles-ci ayant dans leurs missions la coordination des établissements de santé, pour être notamment intégrées dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 11 bis (nouveau)

Validation de la rémunération des gardes effectuées par des médecins faisant fonction d'interne

Objet : Cet article valide les mandats globaux relatifs aux indemnisations des gardes effectuées par les internes ou faisant fonction d'interne en médecine dans les établissements publics de santé au titre des exercices 1998 à 2001.

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel introduit par l'Assemblée nationale résulte de l'adoption d'un amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie.

Il vise à valider par la loi, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les mandats globaux relatifs aux indemnisations des gardes effectuées par les internes ou faisant fonction d'interne en médecine dans les établissements publics de santé au titre des exercices 1998 à 2001, en tant que leur régularité est mise en cause sur le

fondement de la prise en compte d'un taux d'indemnisation correspondant à celui des praticiens hospitaliers.

En raison de l'insuffisance chronique de personnels hospitaliers, notamment suite à l'application des trente-cinq heures à l'hôpital, des médecins faisant fonction d'interne ont été recrutés, avec l'engagement contractuel de toucher une rémunération, au titre des gardes effectuées, égale à celle des personnels titulaires.

Constatant que l'indemnisation de ces gardes n'a pas été rémunérée au taux réglementaire en vigueur, certaines chambres régionales des comptes ont remis en cause les sommes ainsi perçues par ces personnels, pourtant versées au titre d'un service effectif et en accord avec l'administration hospitalière.

Le présent article vise donc à éviter que ces personnels ne soient contraints de rembourser les sommes qu'ils ont perçues et de prévenir tout contentieux.

II – La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 12

(art. L. 6122-19 du code de la santé publique)

Expérimentation du financement des établissements de santé par la tarification à l'activité

Objet : Cet article institue une expérimentation de tarification à l'activité pour le financement des établissements de santé.

I – Le dispositif proposé

Le système de santé français se caractérise par une dualité du mode de financement des établissements. Les hôpitaux publics et privés sans but lucratif sont, depuis 1984, soumis au régime de la dotation globale, tandis que les cliniques à but lucratif sont financées en proportion des actes et des journées réalisés. Cette dichotomie a fait l'objet de nombreux travaux qui

mettent en évidence les insuffisances de l'un et l'autre systèmes sans compter leur hétérogénéité qui rend impossible toute comparaison.

Le Gouvernement souhaite aujourd'hui unifier les modes de rémunération des deux secteurs en mettant en œuvre *la tarification à l'activité*. Afin de préparer la généralisation de ce nouveau système de financement en 2004, une expérimentation à vocation opérationnelle sera menée en 2003.

Le I du présent article institue ainsi l'expérimentation d'un mode de tarification unique des établissements de santé publics et privés fondé sur leurs activités. Il substitue, dans le premier alinéa de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique, la référence à l'activité à la référence à la « tarification à la pathologie ».

La notion de « *tarification à l'activité* » remplace celle jusqu'ici communément utilisée de « *tarification à la pathologie* ». Le premier terme semble préférable dans la mesure où l'activité englobe aussi, par exemple, la prévention et le dépistage.

Selon les explications données par le ministre devant votre commission, lors de son audition sur le présent projet de loi, un appel à candidatures sera lancé dans le courant du mois de novembre afin de sélectionner vingt établissements publics et vingt établissements privés volontaires, dotés d'une comptabilité analytique.

Parallèlement, une simulation de l'application de la tarification à l'activité sera menée dans cinq régions, qui ne sont pas encore choisies. Les premiers enseignements de ces expérimentations seront disponibles au début de l'été 2003. Une mission d'accompagnement sur la tarification à l'activité va être créée au sein de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Afin de renforcer l'information du Parlement, l'Assemblée nationale a adopté à cet article un amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie, qui prévoit que le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport d'étude sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de soins.

III – La position de votre commission

Votre rapporteur n'a pas manqué de souligner à maintes reprises par le passé que le système actuel de tarification et de financement des établissements de soins publics et privés atteint aujourd'hui ses limites¹. Il avait d'ailleurs regretté que les travaux menés depuis longtemps sur le sujet n'aient pas débouché sur un début d'application concrète.

La *loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière* autorisait déjà le Gouvernement à expérimenter, dans des conditions fixées par voie réglementaire, à compter du 1^{er} janvier 1992 et pour une période n'excédant pas cinq ans, des modes de tarification à la pathologie.

L'absence d'outil de mesure des coûts par pathologie n'avait pas permis, à l'époque, de progresser significativement sur le sujet.

Le dispositif étant devenu caduc, l'article 55 de la *loi n° 99-641 du 11 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle* l'avait en quelque sorte prolongé.

Votre commission avait alors souhaité que le Gouvernement se montre plus audacieux en la matière et que la phase des expérimentations soit rapidement suivie d'une mise en œuvre effective et généralisée.

Elle se félicite par conséquent que le Gouvernement semble aujourd'hui décidé à engager une nouvelle étape en vue d'aboutir à la généralisation d'un système de financement à l'activité à partir de 2004

Elle relève que quatre pays européens -les Pays-Bas, l'Espagne, l'Allemagne et la Suède- ont déjà adopté un tel mode de financement au cours des trois dernières années et que la Belgique a également « sauté le pas » il y a quelques semaines.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Cf exposé général sur l'assurance maladie, tome I du présent rapport.

Art. 13

*(article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000
et art. L. 6161-9 du code de la santé publique)*

**Fusion du fonds pour la modernisation des cliniques privées
dans le fonds pour la modernisation des établissements de santé**

Objet : Cet article prévoit l'absorption du Fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP) par le Fonds de modernisation des établissements de santé (FMES).

I – Le dispositif proposé

Le fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) a été créé, pour une durée de cinq ans, à compter du 1^{er} janvier 2000, par l'article 33 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000. Il avait initialement vocation à financer les opérations d'investissement réalisées par les cliniques privées et concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers.

Ce fonds, géré par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), est alimenté par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie fixée par arrêté interministériel au prorata des dépenses d'assurance maladie supportées par chacun de ces régimes pour les établissements sous OQN (objectif quantifié national).

L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a élargi les missions de ce fonds en lui confiant également le financement de mesures sociales et salariales, afin d'accompagner, conformément à l'accord signé le 7 novembre 2001 entre le Gouvernement et les représentants de l'hospitalisation privée, l'effort de rapprochement des rémunérations de ce secteur avec celles du secteur public.

Cet article a par ailleurs porté le montant du FMCP pour 2001 de 22,87 millions d'euros (150 millions de francs) à 114,34 millions d'euros (750 millions de francs) et fixé ses ressources pour 2002 à 91,5 millions d'euros. La répartition interrégionale du fonds en 2002 et du complément 2001 a été notifiée aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) par circulaire en date du 18 juillet 2002. La répartition de ces crédits est en cours, sous la responsabilité des ARH.

Le présent article consacre l'absorption du FMCP dans le *Fonds de modernisation des établissements de santé (FMES)* dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », qui prévoit un investissement sur cinq ans de 6 milliards d'euros.

Le plan « Hôpital 2007 » démarrera en 2003 et permettra la relance des investissements immobiliers, d'équipements et de système d'information des établissements hospitaliers. Il s'adresse aux établissements de santé tant publics que privés. Le soutien aux opérations s'effectuera à la fois par des subventions directes et par une prise en charge, sur la dotation globale, soit des frais d'emprunts et des amortissements si l'établissement réalise l'opération en empruntant, soit des loyers si l'investissement est effectué par une entreprise privée.

L'aide à l'investissement sera gérée par le FMES qui voit ainsi ses attributions étendues aux cliniques privées. Selon l'exposé des motifs du projet de loi, la fusion du FMES et du FMCP vise à simplifier le dispositif de financement complémentaire que constituent les fonds et recentre leur mission sur l'accompagnement financier de la modernisation sociale et technique des établissements de santé.

Le FMES a été substitué au *Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé* (FASMO) par la loi du 23 décembre 2000 précitée. Ce dernier fonds avait vocation à financer la mobilité et l'adaptation des établissements sous dotation globale concernés par des recompositions. Il était financé par une contribution de l'assurance maladie répartie entre les divers régimes au prorata de leur part dans la dotation globale hospitalière. Le FMES, géré comme le FASMO par la Cour des comptes, est chargé de missions plus élargies puisqu'il doit soutenir des opérations d'investissement et de fonctionnement des établissements.

Le **I** du présent article prévoit, à compter du 1^{er} janvier 2003, le transfert des obligations et créances du FMCP, créé par l'article 33 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000, au FMES, créé par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Le **II** précise que le solde disponible au 31 décembre 2002 du FMCP est versé au FMES. Le montant de ce solde est constaté par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Le **III** abroge le VIII de l'article 33 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000, qui créait le FMCP.

Le **IV** modifie l'article L. 6161-9 du code de la santé publique, qui prévoit que les établissements de santé privés à but non lucratif autorisés à assurer l'exécution du service public hospitalier peuvent conclure avec l'Etat des contrats de concession. Le dernier alinéa de cet article prévoit que les concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions pour leurs équipements à l'exception des subventions du FMCP. En conséquence, le IV substitue aux

mots : « fonds de modernisation des cliniques privées », les mots : « fonds de modernisation des établissements de santé ».

Le V prévoit que le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est fixé pour l'année 2003 à 450 millions d'euros. Le FMES et le FMCP avaient été dotés respectivement de 152,4 millions d'euros et de 91,5 millions d'euros en 2002.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article un amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie, tendant à rebaptiser le FMES « *Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés* », marquant ainsi son souci de voir ce nouveau fonds servir à la fois aux hôpitaux et aux cliniques privées.

III – La position de votre commission

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, votre commission avait souhaité que le FMCP puisse disposer d'une dotation sensiblement plus élevée à celle initialement prévue par le projet de loi. Elle avait proposé par conséquent d'adopter deux amendements :

- le premier dotait le FMCP de moyens supplémentaires, à hauteur de 1 milliard de francs (152,45 millions d'euros) ;

- le second visait à permettre au fonds de financer des actions de modernisation sociale en faveur des personnels des cliniques privées.

Le Gouvernement ayant présenté un amendement qui augmentait très sensiblement la dotation du FMCP en élargissant ses missions, votre commission avait finalement accepté de retirer son amendement.

Aujourd'hui, votre commission approuve, au nom de la rationalisation des moyens et de la lisibilité de l'action publique, la fusion des deux fonds proposée par cet article.

Votre commission a en effet dénoncé par le passé, à de multiples reprises, la multiplication des fonds médicaux et hospitaliers¹ qui parcellise le

¹ Cf. par exemple : Les fonds sociaux, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales par MM. Charles Descours, Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle, Sénat, n° 382 (2000-2001)*.

financement de la sécurité sociale et gêne la compréhension des comptes sociaux.

Elle observe que l'on aurait peut-être pu aller plus loin encore dans le sens de la simplification administrative en fusionnant le troisième fonds hospitalier que constitue le *Fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers* (ex-FIMHO), fonds budgétaire également destiné à faciliter les investissements restructurants et doté dans le projet de loi de finances pour 2003, au titre des crédits de la santé, de crédits de paiement de 15,2 millions d'euros.

Enfin, votre commission veillera attentivement à ce que les établissements de santé privés, qui perdent ainsi un fonds qui leur était exclusivement consacré, ne soient pas écartés du bénéfice des aides accordées par ce nouveau FMES.

Elle vous propose en conséquence d'adopter un amendement prévoyant que le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés dressera un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires dans un rapport annuel remis au ministre chargé de la santé.

Ceci permettra de s'assurer que sera bien effectuée une répartition équitable des dotations de ce fonds, en fonction des types d'établissements de santé, ainsi que de leur taille.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 14

(article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994)

Extension des missions du fonds pour l'emploi hospitalier

Objet : Cet article étend les missions du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au financement de l'étalement des recrutements au titre de la réduction du temps de travail.

I – Le dispositif proposé

La réduction du temps de travail à l'hôpital s'accompagne de la création de 45.000 emplois pour la fonction publique hospitalière et de 3.500 emplois de médecins hospitaliers. Ces emplois sont financés par l'assurance maladie au moyen d'une hausse de la dotation globale.

Compte tenu du caractère progressif du financement de l'opération sur trois ans pour les agents de la fonction publique hospitalière, et sur quatre ans pour les médecins, la montée en charge du dispositif suppose l'utilisation du *compte épargne-temps* (CET) de 2002 à 2004.

En effet, alors que les droits à réduction du temps de travail (RTT) sont ouverts depuis les 1^{er} janvier 2002 et 2003, les recrutements ont été échelonnés sur trois ans afin de tenir compte des capacités de formation et de financement nécessaires.

Les agents de la fonction publique hospitalière n'ont pu, en 2002, bénéficier de l'intégralité de leurs droits à RTT, les différés ou difficultés de recrutement devant être compensés par le recours au CET et, à un moindre degré, aux heures supplémentaires :

- Un CET a été mis en place, alimenté au choix de l'agent par des jours de congés annuels ou de RTT non pris et des heures supplémentaires non récupérées et non indemnisées. Celui-ci est devenu opérationnel au 1^{er} janvier 2002. Son financement est spécifique et indépendant du financement des 45.000 emplois ; il ne commencera à intervenir qu'en 2003. Les agents épargnant du temps ne pourront l'utiliser qu'à partir de 2004 compte tenu des modalités d'alimentation du CET. Pour ce qui concerne le financement de la montée en charge des comptes épargne-temps, les droits à congé correspondant doivent être financés afin de remplacer les agents lorsqu'ils feront usage de ces droits ou de les leur payer.

- Le contingent d'heures supplémentaires mensuelles est de 20 heures jusqu'à 2004 compris, puis passera à 15 heures en 2005, et à 10 heures en 2006. Les cadres peuvent opter entre le régime du décompte horaire et le décompte en jours, avec 20 jours de RTT. Les personnels de direction bénéficient d'un décompte en jours (204 jours travaillés) et de 20 jours de RTT.

Pour ce qui concerne les personnels médicaux, un protocole relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des praticiens exerçant en établissements publics de santé a été signé le 22 octobre 2001. Ce protocole s'applique aux praticiens relevant des statuts des praticiens hospitaliers, praticiens des hôpitaux exerçant à temps partiel, aux assistants des hôpitaux, aux praticiens contractuels et aux praticiens adjoints contractuels.

Afin de compenser la diminution du temps de travail entraîné par la RTT, il a été décidé de créer 3.500 postes de praticiens hospitaliers sur quatre ans, dont une première tranche de 2.000 emplois sur les années 2002/2003 puis une seconde tranche de 1.000 postes sur les années 2004/2005.

En outre, pendant la période de montée en charge des créations de postes et des recrutements destinés à compenser les jours de congés

supplémentaires des praticiens au titre de la RTT, les droits à congé acquis et affectés au CET sont financés comme dans la fonction publique hospitalière.

Le coût de cette montée en charge de la RTT n'avait pas été pris en compte par le précédent gouvernement : il s'élève à 1,4 milliard d'euros.

Le présent article propose d'assurer ce financement dans une parfaite transparence, tant pour les agents que pour les établissements et l'assurance maladie, en utilisant un fonds existant, le *Fonds pour l'emploi hospitalier* (FEH), à travers une extension de ses missions.

Le fonds remboursera les établissements sur une base forfaitaire, selon une répartition fixée par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), pour les établissements de santé, et par le préfet de département pour les établissements sociaux et médico-sociaux. Dans le secteur sanitaire, les enveloppes régionales permettent aux ARH de gérer de manière souple avec les établissements les financements disponibles au titre des CET.

Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie. Le fonds est doté de 400 millions d'euros en 2002 et de 321 millions d'euros en 2003.

Afin de pourvoir à l'ensemble des financements ainsi rendus nécessaires, le présent article étend les missions du FEH, créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994, relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

Ce fonds prend en charge :

- les deux tiers de l'indemnité exceptionnelle allouée aux agents qui bénéficient des dispositions de l'ordonnance n° 82-298 du 31 mars 1982 ;

- les deux tiers de la différence entre la rémunération versée aux agents autorisés à travailler à temps partiel dans une proportion de 80 % ou 90 % du temps plein et celle qui résulterait d'une réduction proportionnelle de leur traitement indiciaire.

Il peut également prendre en charge le financement d'aides à la mobilité et d'actions de formation.

Le fonds, dont la gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, est alimenté par une contribution à la charge des établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986. Ces établissements sont les suivants :

- établissements publics de santé et syndicats interhospitaliers ;
- hospices publics ;

- maisons de retraite publiques, à l'exclusion de celles qui sont rattachées au bureau d'aide sociale de Paris ;

- établissements publics ou à caractère public relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance et maisons d'enfants à caractère social ;

- établissements publics ou à caractère public pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés, à l'exception des établissements nationaux et des établissements d'enseignement ou d'éducation surveillée ;

- centres d'hébergement et de réadaptation sociale, publics ou à caractère public, mentionnés à l'article 185 du code de la famille et de l'aide sociale ;

- centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre.

Cette contribution est assise sur le montant des rémunérations soumises à retenues pour pension. Son taux, qui ne peut excéder 1,8 % depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, est fixé par décret.

Le présent article complète la loi précitée du 25 juillet 1994 par un III comportant quatre alinéas.

Le premier alinéa prévoit que le FEH contribue au financement des droits à congés acquis au titre de la réduction du temps de travail non pris ou portés dans un CET en raison de la réalisation progressive des recrutements.

Il est précisé que ne peuvent être ainsi financés que les droits acquis en 2002, 2003 et 2004 par les médecins, pharmaciens et odontologistes (praticiens concernés par le protocole du 22 octobre 2001) et, en 2002 et 2003, par les agents concernés par le protocole du 27 septembre 2001.

Cette prise en charge ne concerne que les rémunérations prises en compte pour le calcul des ressources allouées par l'assurance maladie à l'établissement employeur des personnes concernées.

Le deuxième alinéa précise qu'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant des crédits ouverts à ce titre dans les comptes du fonds.

Le troisième alinéa prévoit que les opérations du fonds réalisées pour l'exercice de cette mission font l'objet d'un suivi distinct en comptabilité.

Le quatrième alinéa prévoit que cette nouvelle mission du fonds est financée par les régimes obligatoires d'assurance maladie à la hauteur du montant des crédits ouverts chaque année à ce titre par l'arrêté interministériel susmentionné.

D'après l'exposé des motifs, le fonds remboursera les établissements sur une base forfaitaire selon une répartition fixée par les ARH pour les établissements de santé, par le représentant de l'Etat dans le département pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

L'Assemblée nationale a adopté à cet article deux amendements de clarification rédactionnelle présentés par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie.

II – La position de votre commission

Les difficultés générées par l'application de la RTT dans les établissements publics de santé sont abondamment retracées dans l'exposé général du présent rapport¹.

Le présent article témoigne une nouvelle fois de l'impéritie du précédent Gouvernement qui a décidé l'application précipitée de la RTT aux hôpitaux sans avoir prévu les financements nécessaires à cette réforme.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 14 bis (nouveau)

(art. L. 6154-3 du code de la santé publique)

Conditions d'exercice d'une activité libérale à l'hôpital

Objet : Cet article permet aux praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital de percevoir directement leurs honoraires.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel introduit par l'Assemblée nationale résulte de l'adoption d'un amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie, sous-amendé par M. Paul-Henri Cugnenc.

Il vise à revenir sur une disposition introduite par la loi du 27 juillet 1999 imposant au praticien hospitalier de percevoir ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

Depuis 1958, les praticiens hospitaliers à temps plein ont en effet le droit d'exercer une activité privée dans le cadre de leur activité hospitalière. Jusqu'en 1999, ils avaient la possibilité de se faire verser leurs honoraires soit directement par le patient, soit par la caisse de l'hôpital.

¹ Cf. *exposé général sur l'assurance maladie, tome I du présent rapport.*

La loi du 27 juillet 1999 les a obligés à percevoir leurs honoraires par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital, supprimant ainsi toute possibilité de paiement direct.

Selon le rapporteur de l'Assemblée nationale, « *cette loi n'est pas seulement vexatoire pour les médecins, dont elle semble encadrer l'activité d'une certaine méfiance, elle a en outre l'inconvénient de ne pas être applicable. Dans plus de 50 % des hôpitaux, en effet, elle n'a pas pu être mise en place à cause du manque de personnel qu'a entraîné la RTT et parce que les activités privées des médecins se déroulent bien souvent en dehors des heures d'ouverture des caisses, si bien que les malades ne peuvent pas s'y rendre* ».

Le **I** de l'article procède à une nouvelle rédaction du premier alinéa de l'article L. 6154-3 du code de la santé publique afin de prévoir que le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement, ou par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

Le **II** complète le même article afin de préciser, dans un souci de transparence, que les organismes d'assurance maladie transmettent aux commissions de l'activité libérale des établissements les informations relatives à l'activité et aux honoraires perçus par chacun des praticiens y exerçant une activité libérale.

II – La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 15

(art. L. 162-5-9, L. 162-15-2, L. 162-15-3, L. 162-15-13, L. 162-15, L. 322-5-1, L. 162-12-16, L. 315-3, L. 615-13 du code de la sécurité sociale et art. L. 732-5 du code rural)

**Suppression du mécanisme dit des « lettres-clés flottantes »
et des comités médicaux régionaux**

Objet : Cet article supprime le dispositif dit des « lettres-clés flottantes » et les comités médicaux régionaux.

I - Le dispositif proposé

Cet article met un terme définitif à la pratique de la maîtrise comptable des dépenses en supprimant le mécanisme dit « des lettres-clés flottantes », introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et en supprimant les comités médicaux régionaux.

Dans le dispositif dit des « lettres-clés flottantes », une annexe fixe pour chacune des professions sous convention un objectif de dépenses remboursables ainsi que les tarifs et honoraires. Les caisses sont chargées du suivi infra-annuel de ces dépenses, au moins deux fois dans l'année, et peuvent proposer l'ajustement de la valeur des lettres-clés aux volumes d'actes.

Ainsi, si l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec l'objectif initial, les caisses et les professionnels ou, en cas de désaccord, les caisses unilatéralement, peuvent prendre des mesures de toute nature pour rétablir l'équilibre initialement prévu. Il peut s'agir notamment de baisses de tarifs (jusqu'à 20 % de la cotation des actes inscrits à la nomenclature et pris en charge par l'assurance maladie).

Ce mécanisme de modification de la cotation des actes a rapidement été appelé « lettres-clés flottantes », bien qu'en cas de gonflement imprévu du volume d'actes, aucun ajustement de la lettre-clé automatique, instantané et avec effet rétroactif n'ait été prévu.

Ce dispositif a connu un échec prévisible. La loi du 6 mars 2002 l'a supprimé, sauf dans le cas où les professions concernées n'ont pas signé de convention.

Le I du présent article propose, en cas d'absence de convention nationale, de revenir au système de fixation des tarifs et honoraires dans le cadre du *règlement conventionnel minimal* (RCM) : il s'agit d'un arrêté interministériel pris après l'avis du conseil d'administration de la CNAMTS et

des organisations syndicales représentatives. Il s'agit ainsi de revenir à l'état du droit antérieur à l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

A cette fin, le **I** modifie l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale issu de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, modifié par l'article 24 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 et par la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002, article relatif au RCM.

Le 1° du **I** précise que la consultation de la CNAMTS précède l'application du RCM aux professions de santé (après consultation de l'instance ordinale correspondante).

Le 2° complète le **IV** de l'article L.° 162-5-9 du code de la sécurité sociale afin de préciser que le RCM fixe les tarifs des honoraires, les rémunérations et les frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels.

Le **II** supprime la sous-section 2 de la section 3-1 du chapitre II du livre Ier du code de la sécurité sociale, en abrogeant les articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3, articles issus de la loi de la loi de financement de sécurité sociale pour 2000 et modifiés par la loi du 6 mars 2002.

L'article L. 162-15-2 prescrit aux caisses d'assurance maladie, en l'absence de convention, de fixer les tarifs et l'évolution des dépenses, et de prendre « *les mesures de toute nature propres à garantir le respect de l'objectif fixé* » (dont la modification des lettres-clé). L'article L. 162-15-3 concerne la procédure des rapports d'équilibre établis par les caisses et transmis au Parlement et aux ministres compétents.

Le **III**, le **IV** et le **V** du présent article sont des dispositions de cohérence visant à actualiser des références du code de la sécurité sociale.

Les **VI** et **VII** suppriment les comités médicaux régionaux (CMR) institués par l'article 19 de l'ordonnance n°63-345 de 1996.

Ces CMR sont des instances paritaires composées de représentants de médecins libéraux (généralistes et spécialistes) et du service médical de l'assurance maladie. Elles sont présidées par le médecin inspecteur régional, qui dispose d'une voix prépondérante.

Ces organes devaient servir d'instances pré-contentieuses en permettant aux caisses de contester le volume de quatre types de prescriptions lorsqu'il apparaissait qu'elles n'étaient pas médicalement justifiées, selon l'appréciation faite par le service du contrôle médical :

- non-respect de l'ordonnancier bizona ;

- prescriptions de transports sanitaires (ambulance, VSL) ou de taxi ;
- prescriptions d'indemnités journalières (arrêts de travail) ;
- non-respect de l'obligation de signalement de l'indication pour laquelle sont prescrits certains médicaments.

Les CMR devaient émettre un avis en proposant une sanction et les caisses appliquent la sanction. Compte tenu de l'état des relations entre les caisses et les syndicats de médecins, le système, qui supposait une bonne coopération des deux acteurs principaux, n'a jamais véritablement fonctionné.

L'Assemblée nationale a adopté à cet article un amendement de coordination présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie.

II – La position de votre commission

Votre commission approuve sans réserves cet article, qui supprime un mécanisme purement comptable de maîtrise des dépenses, dénoncé à maintes reprises par le Sénat.

Dès l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, le Sénat, par la voix de son rapporteur, avait souligné les défauts attendus de ce mécanisme pervers consistant à baisser les tarifs au fur et à mesure de l'augmentation des dépenses.

Le Sénat avait souligné en effet que le dispositif des lettres-clés flottantes :

- renforçait le cloisonnement du système de soins ;
- non seulement limitait la régulation aux seuls honoraires des professionnels, mais limitait également le mode de régulation à une action sur les tarifs des professionnels, ce qui ne peut constituer un outil pour faire évoluer structurellement le système de soins ;
- mettait en danger le dispositif conventionnel, car il fragilisait les syndicats de professionnels qui ont accepté de s'engager et confortait du même coup ceux qui s'installent dans des positions d'immobilisme ;
- n'apportait pas même une garantie d'efficacité économique.

Le dispositif était en outre absurde, car il incitait naturellement les professionnels à «prendre de l'avance» sur les volumes pour anticiper les baisses de tarifs qui peuvent intervenir tous les trimestres. Il était également

injuste, car il sanctionnait de manière collective sans tenir compte des comportements individuels.

Le Sénat s'est donc opposé avec obstination, à l'occasion des trois dernières lois de financement de la sécurité sociale, à ce système pernicieux et dangereux. Il a ainsi supprimé à trois reprises le dispositif de régulation par les lettres-clés flottantes, cette suppression constituant à ses yeux un préalable à la reprise du dialogue avec les professionnels de santé.

Votre commission ne peut dès lors que se féliciter de la décision prise par le nouveau Gouvernement de mettre fin à ce dispositif.

Le présent article supprime en outre les CMR. Contestés par les syndicats de médecins qui voyaient en eux des « tribunaux d'exception », ils n'ont jamais vraiment pu fonctionner et ont rapidement cessé toute activité.

Ces comités étant supprimés, *l'article 19* du projet de loi confie aux partenaires conventionnels le soin de définir les outils visant à prévenir les pratiques abusives.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 15

(art. L. 162-12-18, L. 162-12-19

et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale)

**Transformation des « contrats de bonne pratique » en
« contrats de pratique professionnelle »**

Objet : Le présent article additionnel propose de modifier la dénomination des « contrats de bonne pratique », qui deviendraient des « contrats de pratique professionnelle ».

La loi du 6 mars 2002 a prévu que les conventions signées entre l'assurance maladie et les professionnels de santé détermineraient les conditions dans lesquelles les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un *contrat de bonne pratique* qui ouvre droit, en contrepartie du respect des engagements de ce contrat, à un complément forfaitaire de rémunération ou à la majoration de la participation des caisses à la prise en charge des cotisations sociales dues par ces professionnels.

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

Le contrat comporte nécessairement des engagements relatifs :

- à l'évaluation de la pratique du professionnel ;
- aux modalités de suivi avec le service du contrôle médical de son activité et, s'agissant d'un professionnel habilité à prescrire, de ses pratiques de prescription ;
- s'agissant des professions habilitées à prescrire, au niveau, à l'évolution et aux pratiques de prescription, en particulier à la prescription en dénomination commune ou à la prescription de médicaments génériques.

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

- le niveau de l'activité du professionnel ;
- sa participation aux programmes d'information destinés aux assurés et mis en place par les caisses d'assurance maladie ;
- le cas échéant, sa collaboration aux différents services mis en place par les caisses d'assurance maladie à destination des assurés.

Dans le cadre des négociations conventionnelles actuelles, est apparu un blocage dû au problème de terminologie que semble susciter le « contrat de bonne pratique ».

Cette appellation semble en effet porter un jugement sur les pratiques des professionnels de santé qui n'adhèrent pas à ces contrats.

A la demande de la CNAMTS et dans un souci de faciliter les négociations conventionnelles, votre rapporteur vous propose de remédier à ce blocage par un simple changement terminologique, en retenant l'appellation plus neutre de « *contrat de pratique professionnelle* » qui fait disparaître toute suspicion de mauvaise pratique. Cette modification est purement sémantique car le contenu desdits contrats n'est pas modifié.

L'article additionnel qu'il vous est proposé d'adopter remplace donc les termes « *contrat de bonne pratique* » par les termes « *contrat de pratique professionnelle* » dans les articles L. 162-12-18, L. 162-12-19 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Votre commission vous propose d'adopter le présent article additionnel ainsi rédigé.

Art. 16

(art. L. 228-1 du code de la sécurité sociale)

**Missions du conseil de surveillance de la Caisse nationale
d'assurance maladie**

Objet : Cet article vise à élargir les missions du conseil de surveillance de la CNAMTS, afin qu'il « veille à la cohérence » des conventions passées entre la CNAMTS et les professionnels de santé avec l'ONDAM.

I - Le dispositif proposé

Le I de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 relative à l'organisation de la sécurité sociale, devenu l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, a créé un conseil de surveillance dans chaque caisse nationale de sécurité sociale (CNAMTS, CNAF, CNAVTS) et à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) « chargé d'examiner les conditions de mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion (COG) ».

Selon l'article L.227-1 du code de la sécurité sociale, les COG, conclues « dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale » entre « l'autorité compétente de l'Etat » et les caisses, « déterminent (...) les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont (les caisses) disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires ».

Toujours selon cet article, les COG « précisent » :

« 1° Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;

« 2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;

« 3° Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ;

« 4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion administrative et, s'il y a lieu, des budgets de contrôle médical, d'action sanitaire et sociale et de prévention ;

« 5° Le cas échéant, les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales. »

Dans son II, l'article L. 227-1 fait un sort particulier à la branche maladie :

« Pour la branche maladie, la convention d'objectifs et de gestion mentionne notamment les orientations pluriannuelles de l'action du Gouvernement dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale, du médicament et de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins.

« 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 oeuvre de ces objectifs ».

La COG est ainsi *« communiquée »* au conseil de surveillance ; ce dernier qui se réunit *« au moins deux fois par an »*, *« examine un rapport à cet effet »* (l'examen des conditions de mise en oeuvre de la COG) présenté par la caisse.

Et c'est en définitive le président du conseil de surveillance qui *« remet un avis au Parlement »* sur cette mise en oeuvre.

Si la loi (*art. L. 221-3 du code de la sécurité sociale*) entre dans le détail pour la désignation par catégorie des 33 membres du conseil d'administration de la CNAMTS, elle s'exprime en termes très généraux s'agissant de la composition de son conseil de surveillance.

L'article L. 228-1 comporte des prescriptions d'ordre général pour la composition des conseils de surveillance de l'ensemble des caisses et de l'ACOSS dont il précise qu'ils sont présidés par *« un membre du Parlement désigné d'un commun accord par les deux assemblées »*.

De façon générale, ces conseils de surveillance sont ainsi *« composés de représentants du Parlement et de représentants des collectivités locales, ainsi que, selon l'organisme national, des retraités, des familles, des handicapés et accidentés du travail et des organisations oeuvrant dans le domaine économique et social et en faveur des populations les plus démunies ainsi que de personnalités qualifiées. »*

Cet article précise toutefois que : *« Le conseil de surveillance, institué auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, est, en outre, composé de représentants des professions et établissements de santé. »*

Il revient à la partie réglementaire du code de la sécurité sociale (*art. R. 228-1*) de fixer la composition du conseil de surveillance de la CNAMTS qui comporte 34 membres :

« 1° Trois députés désignés par le président de l'Assemblée nationale ;

« 2° Trois sénateurs désignés par le président du Sénat ;

« 3° Un maire désigné par l'Association des maires de France ;

« 4° Un président de conseil général désigné par l'Assemblée des présidents de conseils généraux ;

« 5° Trois représentants des retraités et des personnes âgées, désignés par le comité national des retraités et des personnes âgées institué par le décret n° 82-697 du 4 août 1982 ;

« 6° Quatre représentants des professions de santé désignés par le Centre national des professions de santé ;

« 7° Trois représentants des établissements de santé, désignés respectivement par la Fédération hospitalière de France, par la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif et, conjointement, par la Fédération intersyndicale des établissements hospitaliers privés et par l'Union hospitalière privée ;

« 8° Deux représentants des personnels des établissements de santé, dont :

a) un représentant des personnels médicaux, désigné conjointement par les conférences des présidents de commission médicale d'établissement ;

b) un représentant des personnels non médicaux, désigné par le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière ;

« 9° Dix représentants des organisations oeuvrant dans le domaine économique, sanitaire ou social, désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale et choisis notamment au sein d'organismes oeuvrant dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, d'organismes oeuvrant dans le secteur de l'action sociale et de la santé, d'associations représentatives des handicapés et des accidentés du travail, d'associations familiales et d'organismes de protection sociale complémentaire ;

« 10° Quatre personnalités qualifiées désignées par le ministre chargé de la sécurité sociale. »

*

* *

Le présent article confie au conseil de surveillance une nouvelle mission : veiller « à la cohérence » avec l'ONDAM des conventions conclues entre la CNAMTS et les professions de santé.

L'exposé des motifs de l'article¹ va même légèrement plus loin que son dispositif puisque le conseil de surveillance serait « chargé désormais de suivre la mise en oeuvre de l'ONDAM ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de sa commission, dont l'amendement a été sous-amendé par le Gouvernement, l'Assemblée nationale a souhaité, à bon droit, « préciser de quelle manière le conseil de surveillance veille à la cohérence des conventions conclues entre la caisse nationale et les professions de santé avec l'ONDAM »².

Le présent article comporte désormais une procédure à cet effet :

- le conseil de surveillance est saisi par le conseil d'administration de la caisse de l'ensemble des textes conventionnels ;

¹ *Projet de loi AN n° 250 (12^e législature).*

² *Exposé sommaire de l'amendement n° 54 rectifié.*

- lorsque le conseil de surveillance estime qu'une ou plusieurs dispositions ne sont pas cohérentes avec l'ONDAM, il en informe le conseil d'administration ;

- cette information prend la forme d'un avis motivé ;

- cet avis est adopté à la majorité des membres du conseil, le président ayant une voix prépondérante ;

- le conseil d'administration transmet alors (l'indicatif semble vouloir indiquer qu'il ne peut se dispenser de cette formalité) l'avis au Parlement et au Gouvernement.

Parallèlement, l'Assemblée nationale a prévu que le conseil de surveillance adopte chaque année (avant le 30 juin) un « *rapport sur la politique conventionnelle de la CNAMTS* ».

Ce rapport est adopté dans les mêmes conditions (majorité des membres et voix prépondérante du président) que les avis motivés ci-dessus. Mais il est adressé directement au Parlement et au Gouvernement sans passer par l'étape d'une transmission au conseil d'administration de la CNAMTS.

III - La position de votre commission

Votre commission constate tout d'abord la difficulté à aborder un sujet très vaste connu globalement sous l'appellation « nouvelle gouvernance » par le biais des compétences du conseil de surveillance de la CNAMTS.

Ce dernier se verrait reconnaître par la loi des responsabilités importantes puisqu'il s'agirait de « veiller à la cohérence » avec l'objectif de dépenses voté par le Parlement des conventions conclues avec la CNAMTS et les professions de santé, c'est-à-dire, en réalité, d'interpeller le Gouvernement et le Parlement sur « l'incohérence » de ces conventions.

Dès lors, le législateur, comme l'Assemblée nationale l'a fait, est contraint de rentrer dans les détails de la procédure selon laquelle cette « interpellation » sera adoptée et transmise.

Or, cette démarche contraste à son tour :

- d'une part avec le caractère peu formalisé dans la loi de la procédure aujourd'hui suivie pour le « cœur de compétence » des conseils de surveillance des différentes caisses et de l'ACOSS ;

- d'autre part, avec le caractère purement réglementaire de la composition des conseils de surveillance.

De fait, la composition actuelle du conseil de surveillance de la CNAMTS fait apparaître quelques grandes masses :

- un premier groupe de 8 membres « institutionnels » : députés, sénateurs, maire et président de conseil général;
- un second groupe lui-même assez hétérogène des 9 membres représentant les professionnels et les établissements de santé ainsi que les personnels de ces derniers ;
- un troisième groupe fort de 13 membres qui rassemble les représentants des retraités et des personnes âgées ainsi que ceux des organisations oeuvrant dans le domaine sanitaire et social;
- un quatrième groupe de 4 personnalités qualifiées.

Il semble évidemment difficile de donner un sens, sur chaque avis motivé, à une majorité réunissant 17 membres (y compris le président qui a voix prépondérante). Chaque catégorie de membres, au premier rang desquelles les parlementaires, peut avoir le sentiment de voir ses voix diluées dans un ensemble flou.

Aussi, en première analyse, votre rapporteur considère-t-il avec prudence les conditions dans lesquelles pourrait être concrètement mise en œuvre cette extension de la compétence du conseil de surveillance de la CNAMTS au-delà de la mission générale qui est la sienne « *d'examiner les conditions de mises en œuvre de la convention d'objectif et de gestion* ».

Il observe au demeurant que le conseil est chargé à ce titre d'examiner l'avenant annuel à la COG qui doit déterminer en principe l'objectif de dépenses déléguées au sein de l'objectif de soins de ville.

A contrario, votre commission ne peut que se montrer très favorable à toute mesure ou à toute procédure permettant d'assurer la cohérence avec l'ONDAM des décisions relatives aux dépenses d'assurance maladie.

Par le passé, elle a dénoncé avec vigueur le manque de crédibilité qui entachait le vote de l'ONDAM.

Certes, cet objectif ne s'apparente pas à un « crédit limitatif » et votre commission n'a jamais considéré qu'une épidémie de mauvaise grippe devait conduire, toute affaire cessante, le Gouvernement à saisir le Parlement.

En revanche, elle avait vivement protesté contre les protocoles ou négociations qui, dès le mois de janvier ou, en tous les cas, pas plus tard qu'en mars, venaient bouleverser l'ONDAM promulgué fin décembre. Elle s'était au demeurant montrée choquée qu'à aucun moment de la négociation de ces protocoles ou conventions, la contrainte que représentait le vote d'un objectif par le Parlement ait été ne serait-ce qu'évoquée.

Aussi, est-elle particulièrement sensible au souci manifesté par le Gouvernement que les conventions conclues avec les professionnels de santé soient cohérentes avec l'objectif voté par le Parlement.

De même, approuve-t-elle vivement l'engagement pris par le même gouvernement de présenter un « collectif social » dans l'hypothèse où apparaîtrait « *un décalage significatif avec les objectifs fixés dans la loi de financement (...)* ».

Mais dès lors que l'on demande au Parlement de voter solennellement un objectif de dépenses et que, dans ce cadre, sa mission est de suivre l'application des lois de financement de la sécurité sociale, qu'il dispose, pour ce faire, de prérogative de contrôle sur pièces et sur place et de l'assistance constitutionnelle de la Cour des comptes, dès lors que le Gouvernement est nécessairement amené à valider les accords susceptibles d'avoir un impact sur les dépenses de l'ONDAM, il peut sembler paradoxal de confier au conseil de surveillance de la CNAMTS la mission de « dénoncer » en quelque sorte le conseil d'administration de la caisse auprès du Gouvernement et du Parlement qui, pour le premier, est parfaitement informé et, pour le second, devrait l'être.

Aussi, il semble à votre commission que la démarche la plus cohérente voudrait que le Gouvernement, quand il agrée un accord voire quand il conclut un protocole, informe précisément le Parlement des conséquences de cet accord ou de ce protocole sur l'évolution de l'ONDAM en cours d'année et en année pleine.

Cette information pourrait prendre la forme par exemple de la communication aux commissions compétentes du Parlement de la décision d'agrément accompagnée de l'étude d'impact dont elle est nécessairement assortie, du moins faut-il l'espérer.

Rien ne s'opposerait au demeurant à ce que ce document soit communiqué au conseil de surveillance de la CNAMTS. Une telle information lui permettrait de nourrir et de développer l'examen des conditions de mise en oeuvre de la COG auquel il procède aujourd'hui.

C'est cette démarche que votre commission vous propose de retenir.

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 17

(art. L. 162-16 du code de la sécurité sociale)

Spécialités délivrées sur présentation d'une prescription rédigée en dénomination commune internationale

Objet : Cet article modifie les conditions de remboursement d'une spécialité délivrée par un pharmacien d'officine sur la présentation d'une prescription rédigée en dénomination commune internationale.

I – Le dispositif proposé

Cet article vise à compléter la réforme engagée par l'article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, qui a ouvert aux médecins la possibilité de prescrire en *dénomination commune internationale* (DCI).

Le **I** de cet article 19 modifiait pour ce faire l'article L. 5125-23 du code de la santé publique afin de préciser notamment que le pharmacien, lorsque le médecin prescrit un médicament sans dénomination de spécialité, c'est-à-dire en DCI, délivre une spécialité du groupe générique.

Le **II** de l'article 19 modifiait l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, qui fixe les modalités de remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments.

Il prévoit qu'en cas de délivrance d'une spécialité sur présentation d'une prescription sans dénomination de spécialité, l'écart entre le prix de la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique ne pourra excéder un montant déterminé par la convention mentionnée à l'article L. 162-16-1 (dispositif dit du « corridor » ou du « tunnel »). Cette convention nationale règle les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine pour une durée au plus égale à cinq ans. A défaut, ce montant est fixé par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget. Cette disposition vise à empêcher que le pharmacien ne délivre les produits génériques les plus coûteux ; elle est comparable à celle déjà adoptée pour le droit de substitution.

Dans la rédaction figurant dans le projet de loi initial, l'article 19 obligeait le pharmacien à délivrer, au-delà du champ des produits substituables définis par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), une spécialité parmi les moins chères pour un principe actif donné, dès lors que la prescription est faite en DCI.

Le Sénat s'était opposé à cette disposition et avait adopté, à l'initiative de votre commission, un amendement limitant sa portée aux seuls médicaments figurant dans un groupe générique. Cet amendement avait été repris par l'Assemblée nationale.

Votre commission avait en effet fait valoir que la loi encadre strictement les conditions dans lesquelles la substitution d'une spécialité peut être réalisée par le pharmacien d'officine, et ne l'autorise qu'au sein de groupes génériques inscrits au répertoire définis par l'AFSSAPS.

Ces groupes génériques sont constitués de deux ou trois médicaments de référence et de génériques associés. Chaque médicament du groupe a le même principe actif, le même dosage et la même forme pharmaceutique. L'AFSSAPS tient le répertoire public des groupes génériques, qui paraît au Journal officiel.

Votre commission avait rappelé que le législateur avait ainsi souhaité favoriser des économies pour la sécurité sociale tout en instaurant un dispositif garantissant, au préalable, la qualité et la sécurité sanitaire.

Afin de respecter le principe de précaution et de favoriser le caractère opérationnel du répertoire des génériques de l'AFSSAPS, votre commission avait fait adopter par le Sénat un amendement alignant la prescription en DCI sur ce qui existe aujourd'hui pour le générique : le pharmacien ne serait obligé de délivrer une spécialité parmi les moins chères pour un principe actif donné que lorsque la molécule prescrite en DCI s'inscrit dans un groupe générique.

Le présent article vise à revenir sur cette modification apportée par le Sénat en élargissant la portée de l'article L. 162-16 du code de la santé publique. Désormais, le pharmacien délivre, sur la présentation d'une prescription en DCI, une spécialité dont l'écart entre son prix et la spécialité la moins chère conforme à la prescription, qu'elle appartienne à un groupe générique ou non, ne peut être supérieur à un montant déterminé de manière conventionnelle

L'objectif de cette disposition était de parvenir à appliquer aux médicaments sans groupe générique les dispositions légales qui empêchent la délivrance d'un princeps par le pharmacien face à une prescription en DCI. Etaient explicitement visées par cette disposition des spécialités telles que le paracétamol ou l'aspirine, pour lesquelles il n'existe pas, pour des raisons historiques, de princeps reconnu et pour lesquelles il était donc impossible jusqu'à présent de constituer un groupe générique. Le présent article permettait par exemple d'éviter que face à une prescription de *paracetamol* le pharmacien ne délivre du *doliprane*.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article a été supprimé par l'Assemblée nationale, à l'initiative de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie, par coordination avec les modifications apportées par les députés à l'article 27.

Dans la mesure où l'Assemblée nationale a ouvert à l'article 27 la possibilité de créer des groupes génériques même en l'absence de spécialité de référence (princeps), le présent article n'avait plus de raison d'être.

III – La position de votre commission

Votre commission avait souligné l'année dernière combien elle était attachée à la notion de groupe générique, seule à même de garantir la qualité et la sécurité sanitaire des médicaments délivrés au malade.

Elle est donc satisfaite de la solution retenue par l'Assemblée nationale consistant à permettre la création de groupes génériques en l'absence de princeps.

Votre commission vous propose de confirmer la suppression de cet article.

Art. 18

(art. L. 183-1, L. 315-1, L. 315-1-1 nouveau et L. 615-13 du code de la sécurité sociale et art. L. 732-5 du code rural)

Dénomination et missions du service médical de l'assurance maladie

Objet : Cet article réforme le service du contrôle médical de l'assurance maladie, en modifiant sa dénomination et ses missions.

I – Le dispositif proposé

Organisé et dirigé par la CNAMTS, le service médical est constitué en un service national unique, indépendant des caisses régionales et primaires. Le *service médical* comporte trois niveaux d'intervention : un *échelon national* (ENSM), 17 *échelons régionaux* (ERSM) et 133 *échelons locaux* (ELSM). L'ENSM participe, notamment, à la refonte des nomenclatures, aux négociations des conventions médicales, aux études destinées à modifier la législation.

Le médecin conseil national apporte un conseil médical au directeur de la CNAMTS et au conseil d'administration. Il dirige l'ENSM et anime le réseau des échelons régionaux et locaux. Il est assisté de praticiens conseils chargés de mission.

Depuis quelques années, le service du contrôle médical se transforme de plus en plus en instance de conseil, de pédagogie et d'expertise plutôt que de sanction, évolution que vient conforter le présent article.

Le **I**, **II** et **III** du présent article visent à modifier la dénomination du service concerné, en supprimant le mot « contrôle ».

Dans sa rédaction initiale, le **I** tendait à transformer dans tout le code de la sécurité sociale l'expression « *service du contrôle médical* » en « *service médical de l'assurance maladie* ».

L'Assemblée nationale a souhaité préciser cette rédaction en visant tous les articles où il convenait d'effectuer une telle modification. Elle a également ajouté un alinéa pour opérer la même substitution dans le code rural.

Le **II** procède à la modification correspondante en ce qui concerne l'échelon régional, en modifiant la rédaction de l'article L. 183-1 du code de la sécurité sociale relatif aux unions régionales de caisses d'assurance maladie.

Le **III** remplace l'intitulé du chapitre V du titre Ier du livre troisième du même code « *Contrôle médical* » par « *Bon usage des prestations et relations avec les professionnels de santé* ».

L'Assemblée nationale a inséré un **III bis** de coordination.

Le **IV** modifie l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale qui fixe les missions du service médical. Conformément à la rédaction actuelle, le service médical a quatre fonctions : expertise médicale (visée au I de l'article L. 315-1), analyse de l'activité et conseil aux établissements de santé et aux professionnels (visés au III et au IV) et enfin contrôle (II de l'article L. 315-1).

La rédaction actuelle dispose que « *le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité* ».

La rédaction proposée précise que la mission du service médical de l'assurance maladie est d'« examiner » les éléments mentionnés ci-dessus, en y ajoutant une mission d'analyse de l'activité des prestataires de soins, dès lors que cette analyse poursuit deux buts : « *promouvoir les bonnes pratiques* » et « *lutter contre les prescriptions abusives* ».

L'Assemblée nationale a inséré un **IV bis** afin de procéder aux mêmes modifications dans le code rural.

Le **V** insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 315-1-1, qui confie au service médical trois nouvelles missions.

Il s'agit d'abord de confier au service la réalisation d'actions de bon usage des soins auprès des assurés sociaux et des professionnels de santé (en coopération avec les unions régionales de médecins libéraux s'agissant des médecins). Cette action menée en direction des assurés sociaux s'inscrit dans la perspective de l'article 26 de la loi n° 99-1140 de financement de sécurité sociale pour 2000, qui permettait au service du contrôle médical de donner des recommandations à l'assuré. Les actions de bon usage de soins doivent viser la promotion des avis et recommandations scientifiques émis par les instances compétentes, notamment de *l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé* (ANAES).

Le service participera en outre aux actions menées par les organismes d'assurance maladie afin de porter à la connaissance des professionnels de santé l'évolution de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

Enfin, le service mettra à disposition des professionnels concernés les documents « de toute nature » leur permettant d'analyser leur activité individuelle et d'améliorer leur exercice.

Le **VI** modifie l'article L. 615-13 du code de la sécurité sociale afin de rendre applicables au régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés (CANAM) les dispositions relatives aux nouvelles missions du service médical, figurant à l'article L. 315-1-1.

Le **VII** réalise une opération similaire s'agissant de l'article L. 732-5 du code rural pour le régime d'assurance maladie des personnes non salariées des professions agricoles.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article cinq amendements présentés par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie, qui tendent à apporter d'utiles précisions rédactionnelles ou à effectuer de judicieuses coordinations.

III – La position de votre commission

Votre commission vous propose d’adopter cet article sans modification.

Art. 19

(art. L. 162-5 du code de la sécurité sociale)

Mesures et procédures applicables aux médecins en cas de pratiques abusives

Objet : Cet article prévoit que les conventions conclues entre les médecins et les organismes d’assurance maladie comporteront les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bons usages des soins.

I – Le dispositif proposé

Cet article modifie l’article L. 162-5 du code de la sécurité sociale afin d’étendre le champ d’application de la convention nationale régissant les rapports entre les organismes d’assurance maladie et les médecins libéraux à la détermination des « mesures et procédures » applicables aux médecins ayant des pratiques abusives. Les autres professions de santé ne sont pas concernées par le présent article.

Cet article est le pendant logique de la suppression du mécanisme de maîtrise comptable par les lettres-clés flottantes et de la disparition des comités médicaux régionaux, proposées par l’article 15 du projet de loi.

Il est en effet important de maintenir un moyen juridique de sanctionner un médecin aux pratiques abusives.

L’Assemblée nationale a adopté à cet article un amendement rédactionnel présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l’assurance maladie.

II – La position de votre commission

Votre commission approuve le contenu de cet article qui renvoie à la négociation conventionnelle la détermination des sanctions applicables aux médecins dont les pratiques sont jugées abusives.

Cet article témoigne du choix effectué par le Gouvernement de privilégier, dans ses rapports avec les professionnels de santé, le dialogue et la confiance.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 19 bis (nouveau)

(art. L. 162-7-4 et L. 138-10 du code de la sécurité sociale)

**Accord-cadre entre le Comité économique des produits de santé
et l'industrie pharmaceutique**

Objet : Cet article donne une base légale à l'accord-cadre sectoriel signé entre le Comité économique des produits de santé et l'industrie pharmaceutique.

I – Le dispositif proposé

Cet article introduit par l'Assemblée nationale résulte de l'adoption d'un amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie, sous-amendé par le Gouvernement.

Les relations entre l'industrie pharmaceutique et le *Comité économique des produits de santé* (CEPS) sont aujourd'hui régies par un accord sectoriel, signé le 19 juillet 1999. Cet accord, qui couvre la période allant jusqu'au 31 décembre 2002, définit un cadre général pour les relations conventionnelles entre les laboratoires pharmaceutiques et le CEPS. Cet accord n'a cependant aucune base légale

Le présent article a pour objet de remédier à cette carence.

Le I complète l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale afin de préciser que les conventions qui déterminent les relations entre le CEPS et chaque entreprise peuvent s'inscrire dans un cadre précisé par un accord sectoriel.

Le II modifie l'article L. 138-10 du même code afin de prévoir que les conventions doivent être conformes aux modalités définies par l'accord-cadre, si celui-ci existe.

II – La position de votre commission

Depuis maintenant plusieurs années, votre commission appelle de ses vœux l'inscription dans la loi de l'accord-cadre sectoriel, afin de donner une base juridique plus solide aux dispositions qu'il contient. Elle n'avait pas été entendue jusqu'à présent par le précédent Gouvernement.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 19 ter (nouveau)

(article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)

Prorogation de l'agrément des réseaux de soins

Objet : Cet article vise à proroger l'agrément dont bénéficient, jusqu'au 31 décembre 2002, certains réseaux de soins.

I – Le dispositif proposé

Cet article introduit par l'Assemblée nationale résulte de l'adoption d'un amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, sous-amendé par le Gouvernement.

L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, créé par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, a permis, pour cinq ans, la mise en œuvre d'actions expérimentales visant à promouvoir des formes nouvelles de prise en charge des patients et à organiser un accès plus rationnel au système de soins, ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins (notamment dans le cas de pathologies lourdes) ou de prévention.

Un agrément ministériel était accordé au maximum pour trois ans compte tenu de l'intérêt médical et économique des projets, après avis d'un conseil d'orientation comprenant notamment des représentants des organismes d'assurance maladie, ainsi que des professions et des établissements de santé. A cette fin étaient possibles des dérogations tarifaires aux dispositions du code de la sécurité sociale, en ce qui concerne notamment le périmètre de remboursement (panier de biens et services), le mode de rémunération des professionnels de santé (paiement à l'acte et paiement direct) et la participation de l'assuré (ticket modérateur).

Au total, 19 projets ont fait l'objet d'un agrément ministériel au titre de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale au cours de la période d'expérimentation. Ils ont notamment pour objectif l'amélioration de la prise en charge des soins palliatifs à domicile, des patients diabétiques, des personnes âgées à domicile. Par ailleurs, deux réseaux portent sur l'exercice global des soins ambulatoires. Toutefois, les promoteurs du réseau global d'exercice du bassin de vie de Lens et de sa région ont décidé de mettre fin à l'expérimentation le 8 juillet 2002, en l'absence d'une montée en charge suffisante du dispositif. Quatre actions expérimentales arrivent ou sont arrivées à échéance en 2002. Aucune évaluation finale n'a été, pour le moment, réalisée et seuls cinq rapports intermédiaires d'activité ont été transmis au ministre sur les réseaux ONCORESE, soins palliatifs de Tarbes, d'exercice global de Lens, GROUPAMA Partenaires Santé et les réseaux gérontologiques mis en œuvre par la MSA.

Toutefois, alors que le législateur avait opté, dans un premier temps en 2001, une déconcentration et une prorogation pour cinq années supplémentaires du dispositif expérimental, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a profondément modifié le financement des réseaux de soins. Cette réforme vise avant tout à passer d'un cadre expérimental à une logique de développement durable des réseaux grâce à un mode de financement pérenne.

Cet article crée, en effet, une enveloppe limitative au sein de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), destinée à financer des actions réalisées au sein des réseaux de santé tels que définis à l'article 84 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'objectif est donc de créer une procédure unique de financement pérenne des réseaux de santé, sans distinction de nature, auxquels les professionnels de santé libéraux comme les différentes catégories d'établissements de santé et les établissements médico-sociaux pourront participer.

Le décret relatif au financement des réseaux et portant application des articles L.162-43 à L.162-46 du code de la sécurité sociale a été publié au Journal Officiel du 27 octobre 2002.

Autorisés sous l'empire d'une législation maintenant abrogée, certains réseaux de soins créés en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 vont voir leur agrément arriver à échéance le 31 décembre prochain ou dans les mois qui suivent.

L'article introduit par l'Assemblée nationale vise, pour ces réseaux, à proroger d'un an la durée fixée par l'agrément, tout en limitant l'échéance au 31 décembre 2004 au plus tard.

Cette possibilité de prolongation permettra de continuer à assurer le fonctionnement de ces réseaux et expérimentations et de disposer du temps nécessaire à leur poursuite et à leur évaluation. Elle facilitera l'élaboration et la mise en place de la nouvelle réglementation prévue pour les réseaux de santé, qui nécessitent la poursuite de la concertation en cours avec les différents acteurs concernés.

II – La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter à cet article deux amendements :

- le premier vise à permettre la poursuite du fonctionnement de ces réseaux ou filières expérimentales jusqu'au 31 décembre 2004, quelle que soit la date initiale prévue par l'agrément ;

- le second complète le précédent en assurant une continuité jusqu'au 31 décembre 2004 des financements accordés par les organismes d'assurance maladie à ces réseaux et expérimentations.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 20

(art. L. 162-17-8 nouveau du code de la sécurité sociale)

Inscription accélérée sur la liste des médicaments remboursables

Objet : Cet article met en place une procédure accélérée d'inscription sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux.

I – Le dispositif proposé

Cet article s'inscrit dans la démarche du Gouvernement d'accorder, en matière de médicament, une place privilégiée à l'innovation. L'objectif est de permettre un accès plus rapide des patients aux produits innovants.

Selon l'exposé des motifs du texte initial, les laboratoires pharmaceutiques auront désormais la possibilité de bénéficier d'une procédure accélérée d'inscription sur la liste des médicaments remboursables pour leurs

médicaments présentant un intérêt particulier pour la santé publique, par leur caractère innovant ou l'importance du service médical rendu.

Les procédures applicables aujourd'hui sont parfois très longues et conduisent parfois à mettre tardivement les médicaments innovants à la disposition des patients en ville.

La délivrance par l'AFSSAPS *d'autorisations temporaires d'utilisation* (ATU) permet une mise à disposition rapide des médicaments les plus innovants aux patients hospitalisés, sans le passage devant la commission de la transparence et le *comité économique des produits de santé* (CEPS).

En revanche, la procédure actuelle pour le médicament en secteur ambulatoire est caractérisée par la longueur des délais : selon les données fournies par le Gouvernement, il s'écoule en moyenne 237 jours (dont uniquement 70 jours d'examen par la commission de la transparence) entre le début de l'examen par la commission de la transparence et la publication au *Journal officiel* de l'arrêté signé.

Lorsqu'une entreprise exploitant un médicament souhaite qu'une spécialité soit remboursable, elle dépose une demande à l'AFSSAPS. Celle-ci décide, conformément aux dispositions du code de la santé publique, d'une *autorisation de mise sur le marché* (AMM). Ensuite, si l'entreprise souhaite que son médicament soit remboursé par l'assurance maladie, elle dépose un dossier à la commission de la transparence. Cette commission donne un avis aux ministres compétents sur le *service médical rendu* (SMR) par ce médicament et sur son intérêt par rapport à la thérapeutique déjà sur le marché (*amélioration du service médical rendu* dite ASMR). La commission propose aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un avis favorable ou non sur :

- l'inscription sur la liste des spécialités agréées pour les collectivités publiques dans le cadre d'un médicament devant être commercialisé à l'hôpital ;

- l'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux avec un taux de remboursement de 35 %, 65 % ou 100 % pour un médicament commercialisé en officine.

L'avis de la commission de la transparence est transmis au CEPS (selon les données fournies par le Gouvernement, cette seule transmission durerait 29 jours). Conformément à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, le prix de vente au grand public du médicament mentionné dans la liste L. 162-17 est fixé par convention entre le laboratoire et le CEPS.

Le dispositif proposé par le présent article pose le principe d'une accélération de la procédure afin de réduire le délai de mise à disposition du médicament aux patients de ville.

La procédure proposée vise à permettre à l'entreprise de demander à bénéficier d'une procédure accélérée d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, sans passer par la procédure de fixation du prix via une convention avec le CEPS. Le délai de mise à disposition d'un médicament aux patients de ville pourrait ainsi être réduit de moitié.

Dans la rédaction initiale de l'article, la procédure était susceptible de concerner deux sortes de médicaments :

- les médicaments dont le SMR présente un intérêt particulier pour la santé publique ; ce service est apprécié par la commission de la transparence en application du code de la sécurité sociale ;

- les médicaments dont le caractère « innovant » présente un intérêt particulier pour la santé publique.

Selon l'exposé des motifs, le nouveau dispositif prévoit, sauf opposition des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de commercialiser à un prix provisoire fixé par l'entreprise, les produits dans les six semaines suivant l'avis de la commission de la transparence, dans l'attente du résultat de la négociation conventionnelle portant sur le prix.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article deux amendements présentés par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie :

- le premier réécrit le premier alinéa de l'article L. 162-17-7 afin de préciser que la nouvelle procédure proposée ne constitue pas une dérogation aux critères de détermination des prix fixés à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale mais une modalité particulière des procédures et des délais de détermination de ce prix. La nouvelle rédaction fait mention de « *l'amélioration du service médical rendu* », ce qui apporte une clarification bienvenue par rapport à la combinaison délicate des critères figurant dans la rédaction initiale que sont le caractère innovant et l'importance du SMR, critères tous les deux supprimés ;

- le second amendement précise que les modalités de mise en œuvre et les contreparties demandées aux entreprises concernées sont définies par l'accord-cadre sectoriel conclu entre l'Etat et les organisations représentatives des industries pharmaceutiques. Ce n'est qu'en cas d'échec de ces négociations qu'un décret fixera le prix des médicaments.

III – La position de votre commission

Votre commission approuve les précisions apportées à l'article par l'Assemblée nationale. La rédaction initiale du texte qui visait « *le caractère innovant* » ou « *l'importance du service médical rendu* » était, à l'évidence, trop floue et l'Assemblée nationale a été bien inspirée d'encadrer plus étroitement le nouveau dispositif.

Selon les informations recueillies par votre rapporteur, le souhait du Gouvernement serait de faire bénéficier de cette nouvelle procédure une dizaine de spécialités par an : celles qui présentent une *amélioration du service médical rendu* (ASMR) de niveaux 1 (majeure) et 2 (importante) ainsi que quelques spécialités de niveau 3.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 21

(art. L. 162-17-4 et L. 162-17-9 nouveau du code de la sécurité sociale)

Pénalités financières applicables aux entreprises exploitant des médicaments

Objet : Cet article renforce les sanctions applicables aux entreprises dont les médicaments ont fait l'objet d'une interdiction de publicité et aux entreprises n'ayant pas fourni toutes les informations relatives aux médicaments pour lesquelles elles ont demandé leur remboursement par l'assurance maladie.

I – Le dispositif proposé

L'objectif de cet article est de favoriser la transparence et l'exactitude des informations transmises par les laboratoires pharmaceutiques tant aux autorités sanitaires qu'aux professionnels de santé en adaptant les dispositifs de sanctions à l'encontre de comportements contraires à la déontologie.

La commission de contrôle de la publicité de l'*Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé* (AFSSAPS) a aujourd'hui pour fonction de contrôler les publicités des spécialités pharmaceutiques en direction des professionnels.

Conformément à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, l'AFSSAPS prononce une mesure d'interdiction de publicité pour un

médicament en cas de méconnaissance des dispositions réglementant la publicité des médicaments.

La rédaction actuelle des huitième et neuvième alinéas de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale assortit cette sanction de la possibilité pour le *Comité économique des produits de santé* (CEPS) de demander à l'entreprise concernée, dans le délai d'un mois après la publication de l'interdiction, soit la modification du prix des médicaments frappés par l'interdiction, soit le versement d'une remise sur le chiffre d'affaires du médicament. Le montant de ces remises n'est pas précisé par la loi. Si l'avenant correspondant n'a pas été signé, le comité peut résilier la convention ; un arrêté interministériel, après avis du comité économique des produits de santé, fixe alors les prix du médicament.

Une des recommandations du rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale (septembre 2001) était de renforcer les sanctions en cas d'infraction au régime juridique de la publicité relative aux médicaments. Or, cette procédure est complexe et longue. Elle est de plus source d'insécurité juridique. Le rapport du CEPS sur l'année 2001 indique que le comité n'a demandé en 2001 aucune baisse comme suite d'une demande de publicité.

Le rapport évoque un arrêt rendu par le Conseil d'Etat saisi d'un recours contre un arrêté de baisse consécutif à une interdiction de publicité. Selon l'interprétation donnée par le rapport du CEPS, le Conseil d'Etat a précisé que de telles baisses de prix devaient « *en outre être justifiées sur le fondement des critères de droit commun posés par le code de la sécurité sociale pour la fixation ou la modification des prix. Il en résulte en particulier que le risque pour la santé publique lié au mésusage entraîné par une publicité interdite ne peut justifier une baisse de prix, sauf à démontrer qu'en outre, cette publicité a causé ou a pu causer un dommage économique mesurable à l'assurance maladie obligatoire* ». Dans les cas examinés par le CEPS en 2001, il lui a été impossible d'établir ce constat dans les délais très brefs dont il disposait.

Les nouvelles dispositions prévues au **I** de cet article visent donc à permettre aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'imposer des sanctions pécuniaires significatives, et non plus par le biais d'une baisse de prix, en cas d'interdiction d'une publicité par l'AFSSAPS.

Le dispositif proposé vise à substituer à cette procédure de baisse des prix le prononcé d'une pénalité financière par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après l'avis du CEPS. La pénalité est plafonnée à 10 % du chiffre d'affaires relatif aux spécialités concernées. Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction et de l'évolution des ventes de la spécialité concernée.

La pénalité est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Son montant est réparti entre les régimes d'assurance maladie qui financent le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés suivant des clés de répartition identiques à celles gouvernant la répartition de la contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, contribution visée à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale.

L'objet du **II** de cet article est différent.

La commission de la transparence a pour fonction, rappelons-le, de rendre un avis sur le *service médical rendu* (SMR) et *l'amélioration du service médical rendu* (ASMR) aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en vue de l'inscription des médicaments sur la liste des spécialités remboursables.

L'entreprise souhaitant que son médicament titulaire d'une *autorisation de mise sur le marché* (AMM) fasse l'objet d'un remboursement par les régimes d'assurance maladie, dépose un dossier auprès de cette commission. Au vu des informations fournies, la commission donne un avis aux ministres compétents sur le SMR et l'ASMR, ceux-ci arrêtant la décision de l'inscription sur la liste des médicaments remboursables.

Le Gouvernement estime que le régime des sanctions applicables aux laboratoires pharmaceutiques en cas de défaut de transmission d'informations relatives à un médicament n'est aujourd'hui pas assez incitatif.

Le **II** vise par conséquent à sanctionner les entreprises n'ayant pas transmis à la *commission de la transparence* des informations qu'elles détenaient et qui étaient susceptibles de modifier son avis. Le dispositif proposé vise toutes les informations, c'est-à-dire celles détenues par l'entreprise avant et après l'inscription sur la liste des spécialités remboursables.

Une charge supplémentaire pèse sur l'entreprise, qui doit « *signaler la portée* » de ces informations, ce qui pourrait être interprété, sous certaines conditions, comme une obligation de ne pas se limiter à une simple transmission sans commentaires. L'entreprise devrait, dans ce cas, expliquer la signification des informations et leurs éventuelles conséquences.

La sanction est une pénalité financière, prononcée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après l'avis du CEPS et après que l'entreprise a pu présenter ses observations. Le montant de la taxe est plafonné à 5 % du chiffre d'affaires total hors taxes réalisé en France (au titre du dernier exercice clos). La pénalité, recouvrée par l'ACOSS, abonde les ressources des régimes d'assurance maladie. Un décret en Conseil d'Etat règlera les modalités d'application de cet article.

L'Assemblée nationale a adopté à cet article trois amendements de forme présentés par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie.

II – La position de votre commission

Si votre rapporteur partage le souci exprimé par le Gouvernement de responsabiliser les laboratoires pharmaceutiques, il s'interroge néanmoins sur le niveau très élevé des pénalités prévues par le présent article et sur les conséquences que pourrait avoir, pour les industriels concernés, l'application de telles pénalités.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 22

*(art. L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles,
L. 3411-2 et L. 3311-2 du code de la santé publique
et L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale)*

Transfert à l'assurance maladie du financement des dépenses des centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes

Objet : Cet article transfère de l'Etat à l'assurance maladie le financement des dépenses médico-sociales des centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes.

I – Le dispositif proposé

La prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie a déjà donné lieu, par étapes successives, à un transfert de financement de l'Etat à l'assurance maladie.

Le transfert du financement des dépenses médico-sociales des *centres de cure ambulatoires en alcoologie* (CCAA) a ainsi été décidé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Un deuxième transfert du même ordre a été effectué par l'article 88 de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Celui-ci a, en effet, transféré de l'Etat à l'assurance maladie les dépenses de fonctionnement des *appartements de coordination thérapeutiques* (ACT).

Le présent article poursuit les transferts déjà engagés vers l'assurance maladie en y ajoutant les dépenses des *centres spécialisés de soins aux toxicomanes* (CSST).

Rappelons que les structures de lutte contre l'alcoolisme ou la toxicomanie s'inscrivent dans un cadre institutionnel nouveau, depuis la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

En effet, au 9° de l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles, figure désormais une nouvelle catégorie d'établissements sociaux et médico-sociaux : les *centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie* (CSAPA). Fondés sur l'idée d'une approche transversale en matière de lutte contre les addictions, quelle que soit la substance psychoactive, ils regroupent les activités des anciens CCAA, qui étaient depuis 1998 dans le périmètre du médico-social, et des anciens CSST qui ont acquis ce statut par la loi précitée du 2 janvier 2002.

Ce cadre institutionnel nouveau oblige à certaines modifications de coordination qui étaient opérées par le présent article dans sa rédaction initiale.

Le **I** complète l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles relatif aux règles de financement des établissements médico-sociaux afin de prévoir que l'ensemble des activités médico-sociales des CSAPA sont pris en charge par l'assurance maladie.

Il préserve la règle de gratuité et d'anonymat qui présidaient au fonctionnement des CSST et dont le principe est posé à l'article L. 3414-1 du code de la santé publique.

Le montant total des sommes ainsi transférées est évalué à 107,5 millions d'euros.

Le **II** tire les conséquences du transfert opéré par le I dans l'article L. 3411-2 relatif aux autorités en charge de la lutte contre la toxicomanie.

Il en résulte que, comme pour la lutte contre l'alcoolisme, l'Etat reste le financeur de principe des dépenses de prévention de la toxicomanie et de la prise en charge des soins y afférents, à l'exception des dépenses médico-sociales des CSAPA.

Le **III** est un paragraphe de coordination rendu nécessaire par la création des CSAPA par la loi du 2 janvier 2002 précitée.

Le **IV** prévoit que le financement de ces centres sera effectué au moyen d'une dotation globale de fonctionnement. Sa répartition entre les différents régimes d'assurance maladie s'effectuera selon les règles de droit commun.

Le V ouvre un délai d'un an aux centres qui avaient passé une convention avec l'Etat pour leur financement pour solliciter l'autorisation désormais requise pour leur fonctionnement en raison de leur statut d'institution médico-sociale.

Le VI met en place un dispositif transitoire permettant le financement des centres de soins aux toxicomanes en 2003. Pour éviter toute rupture, le financement sera effectué par acomptes mensuels dans l'attente de la fixation de la dotation globale de fonctionnement pour 2003, le passage d'un financement à l'autre s'effectuant à la date de promulgation de la loi.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par le Gouvernement, sous-amendé par le M. Jean Bardet, comportant une nouvelle rédaction de cet article, qui en modifie à la fois le fond et la forme.

L'exposé des motifs de cet amendement rappelle que la loi n° 2002-2 du janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale intègre les CSST dans le dispositif de droit commun des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette loi prévoit d'englober les activités des CCAA, ainsi que celles des CSST sous la nouvelle dénomination de CSAPA. La création des CSAPA relève d'une doctrine qui fonde la lutte contre les addictions sur une approche unique vis-à-vis des substances psychoactives, qu'elles soient licites ou illicites, axée sur les comportements et non sur les produits.

Les CSAPA ont été présentés comme une catégorie d'établissement unique, dans le cadre de laquelle s'effectue la fusion des dispositifs existants.

Comme l'explique l'exposé des motifs de l'amendement, le Gouvernement n'a finalement pas souhaité entériner, sans examen approfondi, le fait accompli de la création des CSAPA. Dans la mesure où un nouveau plan de lutte contre la toxicomanie va être élaboré par le nouveau président de la *mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie* (MILDT) et les administrations concernées, il ne souhaite pas s'engager de façon irréversible.

S'agissant des CSST, qui offrent des soins individuels, l'exposé des motifs de l'amendement souligne qu'il paraît opportun et cohérent d'en transférer le financement de l'Etat vers l'assurance maladie tout en garantissant les principes d'anonymat et de gratuité qui régissaient le fonctionnement de ces centres, conformément à l'article L. 3414-1 du code de la santé publique issu de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970.

Le Gouvernement souhaite donc mettre en cohérence le financement des CCAA et celui des CSST sans préjuger de ce que sera sa politique de prise en charge en se liant prématurément avec la création des CSAPA.

Dans la mesure où le dispositif de prise en charge n'est pas consolidé, le Gouvernement ne souhaite pas voir les CSST agréés pour une période longue. Il est donc prévu de les autoriser pour une durée de trois ans, ce qui sera suffisant pour arrêter une organisation stabilisée.

Le **I** du projet d'article met les dépenses médico-sociales des CSST à la charge de l'assurance maladie et permet aux personnes prises en charge dans ces structures, d'être exonérées des règles de droit commun en matière de sécurité sociale.

Le **II** met en cohérence l'article L. 3411-2 du code de la santé publique avec les nouvelles modalités de financement des CSST.

Le **III** précise que les CSST sont financés sous forme de dotation globale annuelle.

Le **IV** permet aux CSST, à titre de transitoire, de disposer d'un délai d'autorisation de fonctionnement de trois ans au lieu du délai de quinze ans, appliqué traditionnellement aux établissements médico-sociaux.

Le **V** du projet d'article prévoit une disposition transitoire pour le dispositif actuel, au regard du droit de l'autorisation défini dans le code de l'action sociale et des familles.

Enfin le **VI** prévoit un régime transitoire afin que le financement des CSST par les organismes de sécurité sociale puisse être assuré entre la publication de la loi et la délivrance de l'autorisation de droit commun à laquelle sont soumis les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

III – La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 23

(art. L. 132-1 du code de la sécurité sociale)

**Transfert à l'assurance maladie du financement des dépenses
d'interruption volontaire de grossesse**

Objet : Cet article a pour objet de transférer de l'Etat à l'assurance maladie la prise en charge des frais de soins et d'hospitalisation afférents aux interruptions volontaires de grossesse (IVG).

I – Le dispositif proposé

La loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse avait distingué, pour la prise en charge, les interruptions de grossesse effectuées pour des motifs thérapeutiques, remboursées par l'assurance maladie, des autres interruptions volontaires de grossesse qui n'étaient pas remboursées et pouvaient seulement être prises en charge au titre de l'aide médicale pour les intéressées rencontrant des difficultés financières.

La loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement cette mesure, a mis fin à ce régime en permettant le remboursement par la sécurité sociale de toutes les interruptions de grossesse (*art. L. 321-1 du code de la sécurité sociale*). Toutefois, il avait été jugé préférable, pour des raisons essentiellement politiques, de faire assumer la dépense correspondante par l'État.

En pratique, l'Etat remboursait aux organismes d'assurance maladie, sur les crédits budgétaires de la santé, les sommes résultant des dépenses de prise en charge des IVG.

Le Gouvernement souhaite aujourd'hui, pour des raisons de simplification comptable et de clarification des relations entre l'État et l'assurance maladie, mettre fin à ce mécanisme de remboursement par l'Etat.

Cette décision n'aura naturellement aucune conséquence pour les femmes concernées, qui continueront à bénéficier du remboursement des dépenses engagées à l'occasion d'une IVG.

Il en résultera pour l'assurance maladie une charge supplémentaire de 24,7 millions d'euros (montant de la dotation budgétaire qui avait été prévue pour 2002 et 2003).

Le **II** supprime le premier alinéa de l'article L. 132-1 du code de la sécurité sociale, qui pose le principe du remboursement par l'État à l'assurance maladie des frais afférents à une IVG.

Le **I** et le **III** opèrent le transfert du financement s'agissant du dispositif applicable aux mineures non émancipées dépourvues d'autorisation parentale, mis en place par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001.

L'article L. 2212-7 du code de la santé publique, dans la rédaction issue de la loi précitée, a en effet posé les conditions dans lesquelles une mineure non émancipée pouvait recourir à une IVG même en l'absence d'accord de ces parents, si elle désire garder le secret ou faute d'avoir pu recueillir cette autorisation. Cet article n'est pas modifié, mais à la prise en charge intégrale par l'État des frais liés à l'intervention prévue par le deuxième alinéa de l'article L. 132-1 est substituée la prise en charge intégrale par l'assurance maladie.

Les mineures relèvent en principe de la couverture sociale de leurs parents. Si la mineure a informé l'un de ceux-ci du recours à une IVG et qu'il a donné son consentement, le régime d'assurance maladie des parents prend en charge les frais relatifs à l'IVG. Aux mineures désirant garder le secret ou pour celles pour lesquelles aucun consentement parental n'a été donné, aucun paiement n'est demandé : ni pour les consultations préalables, les examens complémentaires, la consultation pré-anesthésique, les frais de soins -que ce soit les analyses de laboratoire ou les frais d'intervention elle-même ou l'anesthésie- ni pour les frais d'hospitalisation.

Le principe d'une prise en charge intégrale des frais est donc maintenu.

Le médecin doit ensuite se faire rembourser selon des modalités prévues par le dernier alinéa de l'article L. 132-1 qui dispose que les conditions leur permettant de réserver l'anonymat des mineures sont fixées par décret. Cette disposition est également maintenue.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II – La position de votre commission

Votre rapporteur comprend et partage les objectifs de simplification et de clarification poursuivis par cet article. Il espère cependant cette disposition ne constitue pas un nouveau tour de passe-passe financier - dont le ministère des finances a le secret - pour décharger le budget de l'Etat des dépenses jugées « indues ».

Il souligne que le transfert à l'assurance maladie des dépenses d'IVG ne doit pas pour autant conduire l'Etat à se désengager des politiques de santé publique destinées précisément à prévenir les IVG. Si la prise en charge de l'IVG en tant qu'acte médical peut bien être assumée par l'assurance maladie, le problème de santé publique -et de société- que constitue le nombre trop important d'IVG dans notre pays est bien de la seule responsabilité de l'Etat.

Il s'interroge enfin sur le sort réservée à la dette contractée par l'Etat à l'égard de l'assurance maladie au titre des dépenses d'IVG. Les dotations budgétaires étant généralement insuffisantes pour un remboursement total des dépenses effectivement engagées, l'Etat a contracté à l'égard de la sécurité sociale une dette qui atteignait 12 millions d'euros en 2001.

Votre rapporteur prend acte des engagements formulés par le ministre de la santé, de la famille et des personnes âgées, lors de son audition par votre commission sur le projet de loi de finances pour 2003, le 7 novembre dernier, pour qui la dette contractée à ce titre par l'Etat devrait normalement être partiellement ou totalement honorée dans le cadre du collectif de fin d'année.

Sous réserve des ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 24

*(art. L. 6312-5 du code de la santé publique
et art. L. 161-34 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale)*

**Financement du forfait de garde pour les entreprises
de transports sanitaires**

Objet : Cet article permet aux entreprises de transports sanitaires d'être rémunérées par un forfait pour les gardes qu'elles doivent effectuées au titre de la continuité et de la permanence des soins.

I – Le dispositif proposé

En application des textes sur la réduction du temps de travail, les entreprises de transport ambulancier doivent rémunérer les personnels d'astreinte. Auparavant, ces personnels étaient payés par sortie, avec le versement d'une prime d'astreinte. Ainsi, le coût des gardes départementales, qui était minime, a augmenté brusquement.

Depuis novembre 2001, l'expérimentation de nouvelles modalités d'organisation des gardes départementales ambulancières a été lancée dans

huit départements. Suite à ces expérimentations, il a été décidé de généraliser le financement des gardes au moyen d'un forfait.

Cet article donne une base légale au financement du forfait de garde rémunérant des professionnels en-dehors d'un acte spécifique rattaché à un assuré identifié. Ce forfait sera conditionné à l'insertion des entreprises dans un dispositif de garde organisée sous l'égide du préfet. Les modalités d'organisation de cette garde seront précisées par un décret en Conseil d'Etat.

Par ailleurs, l'article prévoit aussi de permettre aux entreprises de transport sanitaire de transmettre par voie électronique les documents nécessaires au remboursement et à la prise en charge (dispositif SESAM-Vitale).

Le **I** de cet article renvoie à un décret en Conseil d'Etat le soin de déterminer les conditions dans lesquelles le préfet, qui est l'autorité autorisant l'exercice de la profession de transport sanitaire, organise un tour de garde pour le transport sanitaire dans son département.

Le préfet est tenu de consulter préalablement le comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, lequel veille notamment à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente et à son ajustement aux besoins de la population. Il s'agit d'une simple consolidation de la situation existante puisque le préfet est déjà légalement habilité à instituer un tour de garde des entreprises privées de transports sanitaires agréées, en délimitant notamment des secteurs de tour de garde à l'intérieur du département.

Le **II** renvoie à la convention nationale conclue entre les organisations syndicales représentatives des entreprises de transports sanitaires et l'assurance maladie le soin de déterminer les conditions de rémunération des gardes ainsi effectuées. Le tour de garde constitue une obligation de service public qui peut être forfaitairement rémunérée, indépendamment des actes effectués directement pour un patient. Le montant du forfait sera librement négocié entre les partenaires conventionnels.

Enfin, le **III** est une disposition annexe qui permet aux entreprises de transports sanitaires, comme le peuvent déjà les autres professions de santé, de transmettre par voie électronique les feuilles de soins, dans le cadre du dispositif SESAM-Vitale. Il s'agit d'une mesure favorable aux assurés, car elle accélèrera les délais de remboursement des frais de transports sanitaires. Elle devrait également entraîner des économies de gestion pour les caisses d'assurance maladie.

II – Les modifications adoptées par l’Assemblée nationale

L’Assemblée nationale a adopté à cet article un amendement de précision, présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l’assurance maladie.

III – La position de votre commission

Votre commission vous propose d’adopter cet article sans modification.

Art. 25

*(art. L. 313-12 du code de l’action sociale et des familles
et article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001)*

Prolongation du délai pour la signature des conventions tripartites par les établissements assurant l’hébergement des personnes âgées dépendantes

Objet : Cet article a pour objet de repousser au 31 décembre 2006 la date butoir pour la signature des conventions pluriannuelles tripartites entre les établissements pour personnes âgées dépendantes, les conseil généraux et l’Etat.

I - Le dispositif proposé

Le I du présent article repousse au 31 décembre 2006 la date butoir pour la signature des conventions pluriannuelles tripartites prévues aux articles L. 313-11 et L. 313-12 du code de l’action sociale et des familles.

La signature de ces conventions conditionne la possibilité pour les *établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes* (EHPAD) d’accueillir effectivement ces personnes.

Prévues dans le cadre de la réforme de la tarification des prestations de ces établissements, les conventions tripartites signées entre ces derniers, le conseil général et l’autorité compétente de l’Etat (préfet ou ARH) définissent pour une durée de cinq ans, à partir d’un cadre national, les conditions de fonctionnement de l’établissement sur le plan budgétaire et formalisent les engagements pris par l’établissement dans le cadre de la démarche qualité.

Les conventions précisent également les objectifs d’évolution de l’établissement, les modalités de son évaluation et la façon dont il s’inscrit dans les réseaux gérontologiques existants ou à créer.

Elles prévoient en outre les modalités de l'ajustement progressif des recettes supplémentaires apportées par l'assurance maladie dans le cadre du tarif soins. Elles permettent enfin de déterminer un tarif relatif à la dépendance.

Tous les établissements accueillant des personnes âgées ne sont toutefois pas soumis à l'obligation de signature de ces conventions pluriannuelles tripartites.

APA, conventionnement et tarification selon les établissements

	GIR moyen pondéré inférieur à 300	GIR moyen pondéré supérieur à 300
moins de 25 places	<ul style="list-style-type: none"> - ces établissements sont des EHPA - pas d'obligation de convention tripartite - respect du cahier des charges de la qualité - tarification binaire : hébergement et dépendance - régimes d'APA à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - ces établissements sont des EHPAD - ils doivent signer une convention tripartite - régime d'APA à domicile - possibilité de déroger à la tarification ternaire
plus de 25 places		<ul style="list-style-type: none"> - ces établissements sont des EHPAD - ils doivent signer une convention tripartite - tarification ternaire : si la convention tripartite est signée, cette tarification est négociée ; si la convention n'est pas encore signée, un régime transitoire s'applique avec une tarification ternaire « de base »

En conséquence, le II du présent article proroge jusqu'au 30 décembre 2006 la durée d'application du mécanisme provisoire de financement.

Les principes de la tarification « transitoire »

- Le montant du forfait global de soins alloué antérieurement à l'établissement (forfaits de section de cure médicale, forfaits de soins courants, forfaits de soins de longue durée) est reconduit à l'identique. Une actualisation est cependant prévue afin de financer le glissement vieillesse technicité (GVT), la RTT et les mesures des différents protocoles filières ;

- Le tarif dépendance est calculé conformément aux règles qui seraient applicables si l'établissement avait signé une convention ;

- A budget inchangé par rapport à 2001, la différence entre les charges et les produits calculés ci-dessus constitue le tarif afférent à l'hébergement ;

- Dans ce cadre, le montant de l'APA est égal à la différence entre le tarif dépendance fixé par le président du conseil général et la participation du bénéficiaire.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a ramené la date butoir au 31 décembre 2005 pour l'ensemble de l'établissement et au 31 décembre 2006 pour les seuls logements-foyers pour personnes âgées.

III – La position de votre commission

Constatant qu'il s'agit là de la troisième prorogation¹ d'un délai, initialement conçu pour durer trois ans et qui, finalement s'étalera sur huit, votre commission s'interroge sur les raisons justifiant que moins de 900 conventions sur les 8.000 attendues aient été signées fin 2002.

Certaines explications mettent en avant les difficultés organisationnelles que rencontrent les établissements eux-mêmes pour s'engager résolument dans l'autodiagnostic permettant d'aboutir à la signature du volet qualité de la convention. La mise en place des 35 heures et la montée en charge de l'APA, qui s'est faite à un rythme rapide, expliquent certains retards.

Mais la mise en avant des freins pesant sur les aspects qualitatifs de la réforme ne doivent pas masquer que beaucoup de difficultés restent à résoudre sur le plan financier.

En effet, les établissements contestent les modalités de mise en œuvre de la réforme de la tarification tant sur le volet « dépendance » que sur le volet « soins ».

Sur le premier, les conseils généraux ont manifestement fait preuve d'une certaine créativité dans l'évaluation des charges relevant du tarif dépendance : certains conseils généraux évaluent les charges réelles, d'autres ces mêmes charges réelles minorées d'un coefficient, d'autres encore ont fixé un tarif forfaitaire identique pour tous les établissements sans rapport avec les charges supportées par les résidents. Un département aurait même pour sa part ignoré la référence à la grille AGGIR et délivrerait le même montant d'APA quel que soit le niveau dépendance des bénéficiaires.

Il n'est pas aisé pour un établissement d'entériner par voie conventionnelle un tarif dépendance beaucoup moins avantageux que celui figurant dans les conventions signées par les établissements installés dans les

¹ La loi du 24 janvier 1994, instaurant la PSD qui posait le principe de la réforme de la tarification prescrivait la signature de ces conventions avant le 31 décembre 1998, délai repoussé par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, puis par l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

départements voisins : les sommes qui ne relèveront pas du tarif dépendance seront *in fine* reportées sur le résident.

Le coût de mise en place des dispositions relatives aux soins figurant dans les conventions est tout aussi problématique. En effet, la réforme de la tarification prévoit un plan de médicalisation des établissements.

Or, et, ainsi que le note la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002¹, « *dès le départ, l'objectif de médicalisation comporte au moins trois mécanismes de croissance des dépenses qu'aucun dispositif de redéploiement ou d'économies ne vient compenser.*

« La garantie de maintien de la dotation (dénommée « clapet anti-retour ») pour certains établissements signataires représente un coût global de 304,9 millions d'euros.

« Le financement de la réduction de l'écart des dépenses médicalisées entre les établissements, pour le ramener de 1 à 4 contre 1 à 8 actuellement, est assuré pour partie par une dotation minimale de convergence (appelée « effet mécanique ») accordée aux établissements signataires les moins bien dotés.

« L'imputation des charges entre les trois sections tarifaires s'effectue en principe sur la base de leur coût réel, cependant le coût du personnel est réparti forfaitairement selon des clés qui aboutissent à faire financer plus que sa part à l'assurance maladie. »

Pour faire face à cette dépense, un plan de financement pluriannuel de 950 millions d'euros avait été prévu. Certes aujourd'hui le coût de la réforme de la tarification pour l'assurance maladie reste faible mais les premières conventions signées induisaient un coût supplémentaire de 230.000 euros par convention, à celui initialement budgété.

Ainsi que le constate la Cour, « si le surcoût moyen se confirmait pour les 7.600 établissements restants, le surcoût final du plan atteindrait 1.840 millions d'euros soit le double de celui qui était initialement prévu ».

Dans ce contexte, les autorités de l'Etat sont contraintes de négocier au plus près les dispositions financières entourant le volet « soins » dans les conventions tripartites, et notamment le niveau de la dotation minimale de convergence (DOMINIC). Or, une fixation trop faible de cette dotation réduit les moyens des établissements, notamment en personnel infirmier, les mettant en proie à des difficultés d'encadrement et rendant à bien des égards illusoire la démarche de qualité dont les objectifs figurent dans les conventions.

¹ Cour des comptes, rapport 2002 sur la sécurité sociale, p. 99.

Au total, c'est donc une pluralité de freins qui gêne la signature des conventions à un rythme plus élevé. Il n'est pas certain, au regard des difficultés posées, que le recul de la date butoir permette à lui-seul de résoudre ces obstacles.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Art. 26

(art. L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles)

Réintégration des médicaments remboursables dans les tarifs de soins des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur

Objet : Cet article, qui supprime des dispositions issues de la loi du 4 mars 2002, vise à réintégrer les médicaments dans le « forfait-soins » des établissements d'hébergement des personnes âgées ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur.

I - Le dispositif proposé

L'article 96 de la *loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, introduit par deux amendements identiques de nos collègues MM. Dominique Leclerc et Serge Franchis, a modifié l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.

Il prévoit que les médicaments remboursables et les « produits TIPS » sont exclus du forfait de soins des établissements accueillant des personnes âgées et ne disposant pas de *pharmacie à usage intérieur* (PUI). De fait, les produits de santé des personnes âgées résidant dans ces établissements¹ sont alors exclusivement fournis par les pharmacies libérales, les personnes âgées se faisant directement rembourser par l'assurance maladie.

Cette disposition tendait donc à revenir sur la réforme de la tarification, issue du décret du 4 mai 2001, qui autorisait l'intégration du médicament dans les forfaits de soins et permettait alors aux établissements de se fournir en médicaments par appel d'offres.

¹ On estime qu'environ 80 % de ces établissements sont dépourvus de PUI.

Le présent article revient sur cette récente disposition en proposant de la supprimer. Son exposé des motifs souligne la volonté du Gouvernement de « *revenir à une situation conforme à l'esprit de la réforme de la tarification* », précisant que « *l'intérêt des tarifs de soins comprenant les médicaments et le matériel médical est de permettre au médecin coordinateur de jouer pleinement son rôle, notamment en rationalisant les prescriptions* ».

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a supprimé cet article, le Gouvernement s'en remettant à la sagesse des députés, par l'adoption de trois amendements de suppression présentés respectivement par la commission des Affaires culturelles, par M. Michel Heinrich et plusieurs de ses collègues, et par M. Pascal Terrasse et les membres du groupe socialiste.

III - La position de votre commission

Votre commission s'était prononcée en faveur de l'adoption de l'article 96 de la loi du 4 mars 2002. Elle ne peut donc qu'être favorable à la suppression du présent article.

L'introduction du médicament dans le forfait de soins des établissements n'apparaît en effet pas opportune.

D'une part, les dépenses de médicaments relèvent actuellement des prescriptions des médecins traitants des résidents, qui interviennent pour la plupart à titre libéral dans les établissements, en dehors de tout lien de subordination avec ceux-ci. Il n'apparaît donc pas souhaitable d'envisager leur prise en charge par le budget de l'établissement.

D'autre part, cette disposition ne garantirait pas l'égalité d'accès aux médicaments entre les personnes dépendantes à domicile et celles vivant en établissement. Comme le soulignait notre collègue Gérard Dériot, rapporteur du titre II de la loi du 4 mars 2002, « *la personne hébergée en maison de retraite n'aura pas droit, elle, aux mêmes prestations. En effet, le «forfait soins» dont elle bénéficie sera nécessairement moins élevé et il sera progressivement réduit en raison des budgets très limités dont disposeront les directeurs de maison de retraite* »¹.

En l'état actuel, et en l'absence de tout autre dispositif d'accompagnement, cette disposition risque en effet de conduire à un rationnement de l'offre de médicaments pour les personnes âgées accueillies

¹ JO – Débats Sénat, séance du 6 février 2002, p. 1072.

en établissement. On peut craindre en effet que la plupart des établissements ne soient plus en mesure d'engager des dépenses pharmaceutiques dès le mois de septembre de l'année budgétaire en cours.

Il reste, par ailleurs, très difficile de se livrer à un quelconque exercice de prévision budgétaire en matière de médicaments, tant leur consommation est soumise à de multiples aléas. C'est tout particulièrement le cas pour les personnes âgées dépendantes. Ce poste de dépenses est en effet soumis à de fortes et imprévisibles fluctuations dont il s'avère difficile d'écarter les pics les plus aigus et qui risquent alors de fragiliser la trésorerie des établissements.

Enfin, cette disposition risque de mettre en péril l'équilibre de nombreuses petites pharmacies de proximité qui fournissent actuellement les établissements et assurent l'indispensable service de proximité.

Tous ces éléments d'analyse conduisent donc votre commission à réaffirmer la position qui était la sienne lors des débats sur la loi du 4 mars 2002 et à repousser une disposition inacceptable en l'état.

Elle vous propose de confirmer la suppression de cet article.

Art. 27

(art. L. 162-16 et L. 162-17-6 nouveau du code de la sécurité sociale)

Tarif forfaitaire de remboursement pour les médicaments

Objet : Cet article permet au Gouvernement d'instituer un tarif forfaitaire de remboursement pour les médicaments et ouvre la possibilité de créer des groupes génériques en l'absence de spécialité de référence.

I - Le dispositif proposé

Cet article est incontestablement le plus important du volet médicament de ce projet de loi.

Il a été très profondément modifié par l'Assemblée nationale.

Le **I** modifie le code de la sécurité sociale afin de créer un remboursement sur la base d'un tarif forfaitaire. Il s'agit de fixer, sous certaines conditions, un tarif unique de remboursement, quel que soit le prix du médicament délivré conforme à la prescription.

L'objectif est de responsabiliser les assurés et de les impliquer dans la politique de développement du générique.

Le I propose ainsi de modifier l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, qui fixe les conditions de remboursement de médicaments par l'assurance maladie.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale auraient la faculté, après avis *du Comité économique des produits de santé* (CEPS), d'arrêter un tarif forfaitaire de responsabilité sur la base duquel est calculé le remboursement des frais exposés par les assurés.

Ce tarif concernerait soit les médicaments inscrits dans un groupe générique, soit les médicaments appartenant à un groupe d'équivalence, concept nouveau créé par le II de l'article.

Lorsque le forfait est appliqué, si le patient souhaite qu'on lui délivre un médicament dont le prix est supérieur au tarif forfaitaire, il lui revient de prendre en charge la différence de prix.

Le but de cette disposition est de permettre de baisser - ou d'enrayer la hausse - de certaines dépenses de remboursement de médicaments prises en charge par les régimes d'assurance maladie grâce au développement accru de la consommation de médicaments génériques ou grâce à la diminution du prix des médicaments induite par la mise en place du forfait.

Le troisième alinéa du I précise que lorsque le tarif forfaitaire s'applique aux médicaments inscrits dans un groupe générique, le plafond de remises dont peut bénéficier le pharmacien est fixé à 2,5 % du prix des médicaments.

L'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale plafonne en effet le montant mensuel des remises, ristournes et avantages consentis par les fournisseurs de médicaments aux officines. Ce taux est égal à 2,5 % du prix du médicament et à 10,74 % du prix fabricant hors taxe pour les médicaments génériques. Ce plafond différencié, issu de l'article 29 de la loi de financement de sécurité sociale pour 1999, vise à promouvoir la délivrance de médicaments génériques en pharmacies d'officine.

La rédaction du troisième alinéa du I vise à unifier au taux applicable aux princeps, soit 2,5 %, la remise dont peut bénéficier le pharmacien dès lors que le mécanisme du tarif de responsabilité s'applique. Rien ne justifie en effet de maintenir l'avantage accordé aux génériques dans ce cas puisque princeps et génériques seront remboursés sur la même base.

Le quatrième alinéa du I précise en outre que le mécanisme visé par le deuxième alinéa de l'article L. 162-16 ne s'applique pas aux médicaments remboursés sur une base forfaitaire. Il s'agit de neutraliser les dispositions qui,

s'agissant de la délivrance par le pharmacien d'une spécialité sur la base d'une prescription en dénomination commune, réglementent l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique (dispositif appelé « du corridor » ou du « tunnel » selon les goûts). Lorsque le mécanisme du forfait s'applique, cette procédure n'a plus lieu d'être applicable, le médicament étant remboursé sur la base du tarif de responsabilité.

Dans sa rédaction initiale, le II visait à créer des « *groupes d'équivalence* ».

Il insérait dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-17-6 nouveau déterminant les conditions de la composition des groupes d'équivalence. Ces groupes auraient été constitués de médicaments remplissant les conditions suivantes :

- ils sont inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale qui vise les médicaments et spécialités remboursables ;

- ils appartiennent à une « même classe pharmacologique », notion utilisée en pharmacologie mais qui ne correspond pas à un concept juridique défini ;

- ils ont la même visée thérapeutique, notion au demeurant imprécise ;

- ils rendent un *service médical rendu* (SMR) de même niveau, service apprécié par la commission de la transparence.

Les groupes d'équivalence auraient été arrêtés par les ministres de la santé et de la sécurité sociale après l'avis de la commission de la transparence.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements à cet article, présentés par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie :

- le premier amendement supprime la notion de groupe d'équivalence. M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie, avait estimé dans son rapport que « *la création ex nihilo d'une nouvelle catégorie juridique peut comporter, lorsque certaines conditions relatives à la sélection des groupes ne sont pas remplies, des risques importants pour la santé des assurés. En effet, elle pourrait conduire à ce que deux médicaments soient rendus substituables, alors même que les spécialités concernées pourraient produire des effets thérapeutiques et surtout des effets secondaires différents sur des patients différents.* » ;

- le deuxième ouvre la possibilité de créer des groupes génériques, même en l'absence de spécialité de référence (princeps) ; cet amendement vise à permettre la création de groupes génériques dans les cas, par exemple, du paracétamol ou de l'aspirine, pour lesquels il n'existe pas, pour des raisons historiques, de princeps reconnu ;

- les deux autres amendements sont des coordinations.

III – La position de votre commission

Votre commission approuve pleinement la décision prise par l'Assemblée nationale de supprimer les groupes d'équivalence, dont les contours apparaissaient particulièrement flous et qui pouvaient soulever des problèmes de risque sanitaire.

Elle est plus réservée sur le principe même des tarifs de référence forfaitaires. Si elle comprend et partage les motivations du Gouvernement s'agissant du développement des génériques et du souci de limiter la croissance du volet médicament dans les dépenses de l'assurance maladie, elle s'interroge néanmoins sur les effets à long terme que peut générer un tarif de référence. Ces effets sont, à l'évidence, encore mal mesurés. Tout dépendra naturellement du niveau de prix retenu pour ce tarif de référence.

Votre commission n'est pas insensible aux risques que comporterait, pour le marché du médicament, une spirale à la baisse des prix. Si le tarif de référence est fixé au niveau des génériques, il est vraisemblable que les fabricants de princeps alignent à moyen terme leurs prix sur ceux des génériques. Rien n'empêchera alors les génériqueurs de fixer un prix en dessous du tarif de référence. Une guerre des prix à outrance serait susceptible d'entraîner des conséquences dommageables s'agissant de la sécurité sanitaire des médicaments vendus sur le marché français.

Initialement, votre commission avait cru comprendre que le recours au tarif de référence serait rare et constituerait pour l'essentiel un moyen de pression sur les fabricants. Lors de son audition par votre commission, le ministre de la santé, de la famille et des personnes âgées a toutefois laissé entendre qu'il utiliserait cette possibilité de manière systématique, à compter du 1^{er} juillet 2003

Votre commission préconise pour sa part une utilisation raisonnable et prudente de ce nouveau dispositif, dont les effets sur le marché restent à ce jour inconnus.

Votre commission vous propose d'adopter à cet article *cinq amendements*.

Le *premier amendement* propose de maintenir le plafond de remises à 10,74 % dans le cas où le pharmacien délivre un générique à un prix inférieur au tarif de responsabilité.

Le présent article ramène à 2,5 % le plafond des remises autorisées, dont bénéficient les pharmaciens, pour tous les médicaments d'un groupe générique auquel serait appliqué un tarif forfaitaire de responsabilité. Ce plafond est aujourd'hui de 10,74 % pour les génériques.

Or, il peut arriver que le pharmacien conserve une possibilité de substitution, notamment si le prix d'un générique passe sous le niveau du tarif forfaitaire. Dans ce cas, il faut inciter le pharmacien à pratiquer la substitution puisqu'elle permet de délivrer une spécialité à un prix inférieur au tarif forfaitaire de responsabilité, ce qui représente une économie pour l'assurance maladie.

Le *deuxième amendement* proposé vise à faciliter la délivrance par le pharmacien d'un générique lorsqu'il est confronté à une prescription en dénomination commune.

Afin d'éviter que le pharmacien ne délivre le princeps face à une prescription en dénomination commune dans un groupe générique, ce qui serait contraire à la volonté du prescripteur et préjudiciable à l'assurance maladie, la loi a mis en place un dispositif dit de « tunnel » qui s'avère en pratique inapplicable : le pharmacien est censé délivrer une spécialité dont le prix ne doit pas être supérieur d'un certain montant à la spécialité la moins chère du même groupe générique.

Cet amendement propose d'instituer une règle simple facilement applicable par les pharmaciens et contrôlable par l'assurance maladie.

Dès lors que les génériques ne peuvent être admis au remboursement que si leur prix fabricant est inférieur à celui du princeps d'un pourcentage fixé par le CEPS, toutes les spécialités du groupe répondant à ce critère doivent pouvoir être délivrées par les pharmaciens et remboursées par l'assurance maladie.

L'amendement prévoit donc que le pharmacien doit délivrer une spécialité n'entraînant pas une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.

Le *troisième amendement* transpose le dispositif proposé dans l'amendement précédent aux cas où le pharmacien exerce son pouvoir de substitution. L'adoption de ces deux amendements conduirait à instaurer un régime légal identique pour la prescription en dénomination commune et la substitution.

Les deux derniers amendements sont des coordinations avec les trois amendements évoqués plus haut.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 28

(article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988)

Fin du mécanisme de cessation anticipée d'activité

Objet : Cet article vise à mettre progressivement fin au dispositif de cessation anticipée d'activité, dit « MICA », destiné aux médecins libéraux conventionnés.

I - Le dispositif proposé

L'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 a créé une allocation de remplacement de revenus en faveur des médecins libéraux conventionnés choisissant de cesser leur activité avant l'âge de 65 ans.

L'objectif était de réduire l'offre de soins ambulatoires et donc de contribuer à maîtriser les dépenses d'assurance maladie, moyennant la prise en charge par l'assurance maladie de 70 % environ des cotisations nécessaires au financement du dispositif. L'allocation est versée par le fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL).

Pour amplifier l'incitation au départ, l'article 5 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a rendu plus favorables les conditions ouvrant droit à l'allocation : abaissement de l'âge d'accès, relèvement important du montant du plafond de l'allocation de remplacement pour les adhérents et assouplissement des conditions de cumul.

L'article 24 de la loi n° 98-1194 de financement de la sécurité sociale pour 1999 a prorogé le dispositif jusqu'au 31 décembre 2004, mais à des conditions moins favorables. Le mécanisme ouvre à la négociation conventionnelle la possibilité de fixer certaines modalités du dispositif, notamment la modulation de ses conditions d'attribution en fonction de la situation de la démographie médicale appréciée régionalement. Le montant du plafond annuel de l'allocation a été réduit par le décret du 24 juillet 2000.

Le MICA a bénéficié à environ 9000 médecins en 14 ans, dont 264 en 2001 (775 en 2000 et 868 en 1999).

La nouvelle problématique de la démographie médicale française conduit le Gouvernement à revoir l'opportunité d'un tel dispositif.

De nombreux rapports ont déjà attiré l'attention sur les évolutions en cours et pointé la réduction prévisible des effectifs des professionnels de santé, réduction qui se profile déjà à l'horizon de 2005 pour les médecins spécialistes. Un rapport de la Direction générale de la santé de 2001 recommandait d'agir rapidement en la matière. Dans ces conditions, maintenir un dispositif d'incitation à la cessation d'activité serait non seulement coûteux mais incohérent avec la politique du Gouvernement.

Le dispositif proposé par le présent article ferme l'accès au MICA tout en préservant les droits des médecins ayant déjà opté pour ce mécanisme

Le 1^o modifie la date avant laquelle les médecins doivent cesser définitivement toute activité médicale non salariée, l'avançant du 31 décembre 2004 au 1^{er} juillet 2003. A partir de cette date, aucune nouvelle entrée dans le dispositif ne pourra plus intervenir. Les médecins qui perçoivent actuellement l'allocation la percevront jusqu'à leur retraite.

Le 2^o supprime le cinquième alinéa du I de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988, qui concerne les possibilités de modulation de l'allocation en fonction de critères géographiques ou professionnels, possibilité qui n'avait guère été utilisée.

Le 3^o supprime dans le I toute référence à la convention pour ne laisser subsister que la référence au décret.

Le 4^o complète le II de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988, paragraphe relatif au financement de l'allocation. Il précise que le solde annuel des cotisations encaissées et des prestations versées est affecté au financement des prestations complémentaires de vieillesse servies aux médecins ayant exercé en libéral.

Le 5^o procède à une nouvelle rédaction du III de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 afin de prévoir que le montant de l'allocation, le montant de la cotisation ainsi, sa répartition entre les médecins et les régimes d'assurance maladie et les cas d'exonération sont fixés par décret.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article trois amendements présentés par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie :

- le premier repousse du 1^{er} juillet au 1^{er} octobre la date-limite d'entrée dans le dispositif ;
- les deux autres sont rédactionnel et de coordination.

III - La position de votre commission

Lors de sa mission de contrôle sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, consacrée aux fonds médicaux et hospitaliers¹, M. Charles Descours, rapporteur de votre commission, avait estimé que le bilan du MICA apparaissait pour le moins décevant : ce dispositif avait eu un impact limité sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie et avait représenté une dépense considérable pour le FORMMEL, et donc pour l'assurance maladie.

Dans son rapport de septembre 1999 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes constatait de même que « *devenu plus coûteux, le régime a connu des difficultés. Son bilan tant numérique que financier s'avère au total médiocre.* »

Des difficultés de financement ont en effet résulté de la progression du montant moyen de la nouvelle allocation, de l'allongement de la durée de vie des droits (trois ans en moyenne dans l'ancien régime, cinq ans dans le nouveau), du gonflement du stock d'allocataires, de l'effet de cumul des deux mécanismes constaté en 1997 et 1998 et de l'absence de réévaluation de la cotisation avant le 30 août 1998.

Pour sa part, la Cour des comptes jugeait en septembre 1999, chiffres à l'appui, que l'effet global du dispositif de cessation anticipée d'activité sur la démographie médicale avait été très limité.

Peu efficace sur le plan numérique, ce dispositif n'a sans doute pas entraîné d'économie globale pour l'assurance maladie et n'a probablement pas permis d'économiser l'équivalent de son coût.

En outre, l'aide étant indifférenciée, alors que la densité d'implantation des médecins varie fortement, des départs ont pu se produire dans des zones où ils n'étaient pas souhaitables.

¹ Les fonds sociaux, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales par MM. Charles Descours, Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle, Sénat, n° 382 (2000-2001).*

Enfin, le MICA n'apparaît plus adapté aux impératifs d'aujourd'hui, qui visent précisément à remédier à la pénurie de médecins dans certaines régions et dans certaines spécialités.

Votre commission approuve donc sans réserves le principe fixé par cet article de mettre fin au dispositif.

Elle vous propose d'adopter trois amendements à cet article :

- le premier repousse du 1er octobre 2003 au 31 décembre 2003 la date-limite pour entrer dans le dispositif, afin de laisser un délai supplémentaire de trois mois aux médecins qui avaient d'ores et déjà décidé de demander à bénéficier du MICA ;

- le deuxième lève, pour les bénéficiaires du MICA qui démarrent une activité médicale salariée postérieurement à leur adhésion au MICA, l'interdiction d'exercer une activité donnant lieu à des actes et prescriptions prises en charge par l'assurance maladie. Cet amendement s'inscrit dans le prolongement de la disposition prévue à l'article 29 (possibilité pour les médecins en retraite de cumuler un revenu d'activité et une pension de retraite). Dans le contexte de pénurie de médecins, cette interdiction entrave aujourd'hui le fonctionnement de certains établissements de santé car ils ne peuvent pas faire appel à cette catégorie de médecins. Les revenus de cette activité médicale salariée étant plafonnés en vertu de l'article 4 de la loi du 5 janvier 1988, les risques de dérapage sont inexistantes ;

- le troisième amendement est une simple coordination.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 29

(art. L. 161-22 et L. 643-2 du code de la sécurité sociale)

**Incitation à la poursuite et à la reprise d'activité pour les médecins
et les infirmières**

Objet : Cet article vise à inciter les médecins et les infirmières à poursuivre ou à reprendre leur activité.

I – Le dispositif proposé

En raison des évolutions démographiques prévisibles, particulièrement dans les zones à faible densité, il apparaît indispensable d'utiliser tous les mécanismes possibles autorisant les médecins et les infirmiers à la retraite, quel que soit leur statut antérieur, libéral ou salarié, à être encore professionnellement actifs.

Le **I** de l'article propose donc de compléter l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, qui concerne les ressortissants au régime général ou à un régime spécial.

L'article L. 161-22, après avoir précisé que le service d'une pension de vieillesse « *est subordonné à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur ou, pour les assurés exerçant une activité non salariée, à la cessation définitive de cette activité* », dresse une liste de dérogations à ce principe.

Le présent article propose d'ajouter une dérogation supplémentaire : les « *activités correspondants à des vacances accomplies dans des établissements de santé par des médecins ou infirmiers en retraite* ». Un décret fixera les conditions d'application de cette disposition. L'article vise les activités exercées par des personnels médicaux ou infirmiers qui présentent les deux caractéristiques suivantes : il s'agit de vacances (activités exercées à temps partiel) et ces vacances doivent avoir lieu dans des établissements de santé (il ne s'agit pas d'activités exercées à titre libéral).

Le **I** permettra donc à des infirmiers ou médecins d'effectuer des vacances dans l'établissement de santé où ils étaient auparavant actifs, tout en cumulant ces revenus avec la perception d'une pension de vieillesse.

Le **II** concerne les professionnels exerçant en libéral. Il vise à modifier le dernier alinéa de l'article L. 643-2 du code de la sécurité sociale relatif à l'ouverture des droits et à la liquidation des allocations de vieillesse des professions libérales. La rédaction actuelle du dernier alinéa dispose que des décrets peuvent subordonner l'attribution de l'allocation à la cessation de

l'activité pour des activités professionnelles déterminées et sur la demande des organisations professionnelles. Le présent article propose de réglementer le cumul des revenus tirés de l'activité libérale et ceux correspondants à l'allocation de vieillesse.

Le premier alinéa pose une condition générale de cessation de l'activité libérale pour l'attribution de l'allocation de vieillesse.

Le deuxième alinéa propose que des décrets pris après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales fixent les conditions dans lesquelles le cumul de l'allocation avec les revenus tirés de l'activité libérale est autorisé. Cette mesure est encadrée de la manière suivante :

- il s'agit d'activités professionnelles déterminées ;
- le décret est pris « pour des raisons d'intérêt général » ;
- le cumul n'est autorisé que dans la limite d'un plafond, dont le franchissement entraîne une réduction à due concurrence de l'allocation de vieillesse ;
- enfin, l'activité libérale doit présenter un caractère accessoire à partir de la date à laquelle l'allocation de vieillesse est liquidée

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article

- le premier, présenté par le Gouvernement, vise à préciser les modalités d'application de l'autorisation de cumuler un emploi et une retraite pour les médecins et les infirmières des établissements de santé, pour aller dans le sens d'une plus grande souplesse et d'une incitation à la reprise d'activité pour les agents ayant déjà liquidé leur retraite.

Afin de garantir l'efficacité de la disposition, cette possibilité est ouverte à partir de l'âge normal réglementaire ou légal de départ en retraite. En cohérence avec le dispositif prévu pour les professionnels libéraux, les vacations en établissement de santé doivent, par ailleurs, être plafonnées. Un décret en Conseil d'Etat devra préciser le plafond et la durée du cumul.

- le deuxième, présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie, concerne les conditions du service d'une pension de retraite prévues par le code rural.

Celui-ci prévoit des exceptions au principe de la cessation définitive d'activité non salariée et, pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur. Ces conditions sont fixées par une référence faite à l'article L. 161-22, qui fixe les exceptions relatives aux ressortissants du régime général, des salariés agricoles ou d'un régime spécial de retraite. Le présent article élargissant la liste de ces exceptions, l'amendement procède, par cohérence, à la modification correspondante des références dans le code rural ;

- le troisième, présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie, vise à préciser les raisons susceptibles de permettre le cumul de l'allocation vieillesse avec les revenus tirés de l'activité. L'article propose d'autoriser par décret le cumul de l'allocation vieillesse avec les revenus tirés de l'activité « *pour des raisons d'intérêt général* ». Cette disposition n'ayant guère de portée normative, l'amendement précise que le décret prend en compte les données issues de l'étude de la démographie médicale et de celle des infirmiers.

III - La position de votre commission

Votre commission partage pleinement les objectifs poursuivis par cet article. **Elle vous propose de l'adopter sans modification.**

Art. 30

Dotation de financement de l'ONIAM

Objet : Cet article dote l'ONIAM de 70 millions d'euros en 2002 et 2003.

I – Le dispositif proposé

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a créé un dispositif d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Ce dispositif repose sur :

- des *commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales* qui rendent, après expertise, un avis indiquant si le dommage est indemnisable ou non (lien avec une activité ou un produit de santé, caractère de gravité des

dommages apprécié dans des conditions définies par décret), l'étendue des dommages subis et le régime d'indemnisation applicable ;

- un *Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales* (ONIAM) -établissement public à caractère administratif de l'Etat- qui présente une offre d'indemnisation lorsque le dommage résulte d'un aléa thérapeutique.

- une *Commission nationale des accidents médicaux* qui est chargée du suivi de l'application de l'ensemble du dispositif.

L'objectif de ce nouveau dispositif est d'améliorer la réparation des dommages liés à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins en permettant aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales ou à leurs ayants droit d'obtenir, dans le cadre d'une procédure amiable, la réparation intégrale des dommages subis, que ces dommages résultent d'une faute ou non. Il faut toutefois que le dommage présente un caractère de gravité apprécié au regard notamment du taux d'incapacité permanente ou des conséquences sur la vie privée et professionnelle.

Les victimes d'accidents médicaux fautifs disposent ainsi d'une voie alternative à la voie contentieuse et les victimes d'accidents non fautifs graves pourront être intégralement indemnisées.

Si la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée, l'indemnisation est à la charge de l'assureur du responsable qui doit faire une offre à la victime. Si ce n'est pas le cas, l'indemnisation est à la charge de l'Office, au titre de la solidarité nationale. Par ailleurs, afin de préserver les droits de la victime, l'Office se substitue à l'assureur qui refuse de faire une offre, dans le cas où les plafonds de garantie sont atteints, ou en l'absence d'assurance du responsable.

La procédure de règlement amiable va permettre aux victimes d'obtenir une indemnisation d'accès facile, rapide et gratuite, les frais d'expertise étant pris en charge par l'ONIAM ou par l'assureur en cas de faute.

L'ONIAM a été officiellement installé le 14 octobre 2002 par M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes âgées.

Les premières commissions régionales seront installées avant la fin de l'année et pourront dès lors commencer à instruire les dossiers qui auront été déposés.

Le président du conseil d'administration de l'ONIAM n'est autre que notre ancien collègue M. Claude Huriet, Conseiller d'Etat, qui fut un membre particulièrement éminent de votre commission.

Le présent article permet de financer l'ONIAM à hauteur de 70 millions d'euros en 2002 et 2003.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 avait déjà doté l'ONIAM, par une majoration de l'objectif de dépenses de la branche maladie, de 40 millions d'euros en 2002.

Le présent article augmente donc de 30 millions d'euros la dotation au titre de 2002, la portant ainsi à 70 millions d'euros. Une même dotation est prévue en 2003.

II - La position de votre commission

Votre commission rappelle que la proposition de loi relative à la responsabilité civile médicale, déposée par son Président M. Nicolas About et adoptée par le Sénat le 12 novembre dernier, confie deux nouvelles missions à l'ONIAM :

- l'indemnisation des dommages graves résultant d'infections nosocomiales ;

- l'indemnisation des victimes de la maladie de Creutzfeldt-Jakob après traitement du nanisme hypophysaire par hormone de croissance, dans le cadre d'un transfert à l'Office des obligations de l'association France-Hypophyse.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 31

(article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

**Missions et dotation du Fonds d'aide
à la qualité des soins de ville**

Objet : Cet article élargit les missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et fixe sa dotation pour l'année 2003.

I – Le dispositif proposé

Le *Fonds d'aide à la qualité des soins de ville* (FAQSV) a été créé au 1^{er} janvier 1999 par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Il distribue des aides destinées à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville ; ces aides sont attribuées à des professionnels de santé, médecins et auxiliaires médicaux, individuellement ou collectivement, et aux centres de santé. Ces aides peuvent également soutenir le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins.

L'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a élargi les missions du fonds au financement des aides aux professionnels de santé, autres que des médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Cette disposition n'a cependant jamais été appliquée, faute de textes réglementaires.

Le **I** de cet article propose une nouvelle extension des missions du fonds, qui pourra participer au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les *unions régionales des médecins exerçant à titre libéral* (URML).

Les ressources du fonds étant constituées par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie, il incombe à la loi de financement de la sécurité sociale de fixer chaque année le montant de cette contribution et de déterminer le montant maximal des dépenses autorisées du fonds pour l'année suivante. Les crédits non consommés au titre d'une année restent acquis au fonds et peuvent donc être reportés sur les exercices suivants.

Pour l'année 2003, le **II** propose de fixer la dotation du fonds à 20 millions d'euros, contre 76,23 millions d'euros en 2002.

En outre, le montant maximal des dépenses du fonds est fixé en 2003 à 106 millions d'euros, soit autant qu'en 2002. La différence significative entre les dépenses susceptibles d'être engagées au titre de l'année 2003 et les

moyens financiers nouveaux attribués au fonds pour la même année s'explique par l'existence de réserves importantes.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article un « *amendement d'harmonisation rédactionnelle* », présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie.

III – La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 32

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2003

Objet : Cet article fixe à 123,5 milliards d'euros l'ONDAM pour 2003.

En application du 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 123,5 milliards d'euros l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour 2003.

Ceci correspond à une augmentation de 5,3 % des dépenses par rapport aux prévisions actuelles pour l'ONDAM 2002, auxquelles sont ajoutés 580 millions d'euros de dépenses transférées sur l'ONDAM à partir de 2003.

Votre rapporteur a longuement analysé cette disposition dans l'exposé général consacré à l'assurance maladie du présent rapport, auquel il renvoie le lecteur¹.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Cf. tome I du présent rapport.

Art. 33

**Fixation de l'objectif de dépenses
de la branche maladie pour 2003**

Objet : Cet article fixe à 136,33 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche maladie en 2003.

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 136,33 milliards d'euros en 2003 l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Initialement fixé à 136,31 milliards d'euros, cet objectif a été majoré de 0,02 milliard d'euros par l'Assemblée nationale suite à l'insertion de l'article 7 *bis* sur les frontaliers français travaillant en Suisse et à l'adoption d'un amendement relatif à la réforme du contentieux technique de la sécurité sociale.

On notera que, pour la première fois, les objectifs de dépenses de la branche maladie figurent à la suite des mesures prises dans le domaine concerné et qu'un article spécifique est consacré à l'objectif de dépenses de chaque branche.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 34

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé pour 2002

Objet : Cet article fixe à 116,7 milliards d'euros l'ONDAM révisé pour 2002.

En application du 4° du I et du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à titre rectificatif l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale à 116,7 milliards d'euros pour 2002,

ce qui correspond à un dépassement de 3,9 milliards d'euros par rapport au chiffre prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Votre rapporteur a longuement analysé l'évolution de l'ONDAM 2002 dans l'exposé général consacré à l'assurance maladie du présent rapport, auquel il renvoie le lecteur¹.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Cf. tome I du présent rapport.

TITRE IV
-
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Section 1
-
Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Art. 35
(article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)
**Contribution de la branche accidents du travail et maladies
professionnelles du régime général au financement
du FIVA en 2002 et 2003**

Objet : Cet article fixe à 180 millions d'euros en 2002 et à 190 millions d'euros en 2003 le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du FIVA.

I – Le dispositif proposé

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu que serait fixé, chaque année, par des lois de financement à venir, le montant de la contribution demandée à la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général pour financer le FIVA.

Le FIVA

« L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a créé un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) qui permettra à l'ensemble des victimes d'obtenir, sous le contrôle des juridictions, une indemnisation intégrale du préjudice né d'une exposition à l'amiante.

« Ce dispositif couvre un champ très large. Il intéresse les salariés que la CPAM a reconnu atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante. Il concerne aussi les personnes qui ne bénéficient pas d'une couverture du risque accidents du travail/maladies professionnelles. Enfin, les ayants droit peuvent faire valoir leurs préjudices propres.

« La création du fonds doit permettre une réparation rapide des préjudices. Les délais ne pourront dépasser six mois à compter de la saisine (neuf mois pendant la première année de fonctionnement du fonds). Les salariés ayant obtenu la reconnaissance par un organisme de sécurité sociale du caractère professionnel d'une maladie occasionnée par l'amiante pourront demander au fonds le versement d'une provision sur laquelle il sera statué dans un délai d'un mois.

« L'indemnisation versée par le fonds fait l'objet d'une réévaluation en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

« La loi prévoit une indemnisation intégrale des victimes.

« La notion d'indemnisation intégrale, à retenir par le FIVA, n'est pas définie juridiquement.

« A la demande des associations de victimes, le législateur a fait obligation au fonds de rechercher la faute inexcusable de l'employeur pour prévenir le risque d'une indemnisation moins favorable que celle qui pourrait être obtenue devant les tribunaux dans le cas d'une reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. Le fonds a l'obligation d'intervenir devant les juridictions civiles au lieu et place de la victime, en recherche de la responsabilité de l'employeur en cas de faute inexcusable.

« La création du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante entraîne la disparition de procédures pour faute inexcusable de l'employeur engagées par les victimes elles-mêmes dès lors qu'elles acceptent l'offre de réparation du fonds. En revanche, elle n'a pas d'incidence sur d'éventuelles actions pénales.

« Le fonds est financé pour partie par l'Etat et pour partie par la branche AT-MP. »

Source : Cour des comptes, rapport public particulier précité.

Le présent article fixe le montant de cette contribution pour 2003 et révisé à la hausse celui prévu pour 2002.

Le premier alinéa porte de 76,22 millions d'euros à 180 millions d'euros la contribution pour 2002 telle que fixée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Le second alinéa fixe à 190 millions d'euros le montant de cette contribution pour 2003.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a complété cet article, à l'initiative de M. Jean Bardet, rapporteur au nom de la commission des Affaires culturelles, et avec l'avis favorable du Gouvernement, afin de prévoir que le rapport d'activité du FIVA est transmis chaque année au Parlement et au Gouvernement avant le 15 octobre.

III – La position de votre commission

S'agissant des dotations du FIVA, votre commission observe que le fonds dispose déjà de 552 millions d'euros de réserves et qu'il n'a, au 24 octobre dernier, versé que 3,8 millions d'euros de provisions dans le cadre des procédures d'indemnisation en cours.

Toutefois, et sous réserve des observations formulées par votre rapporteur dans son commentaire de *l'article premier quinquies (nouveau)*, la montée en charge du FIVA devrait être très rapide.

Les réserves du FIVA et les nouvelles dotations prévues par cet article pourront alors permettre au fonds de satisfaire, selon les informations fournies par le Gouvernement, entre 10.000 et 20.000 demandes d'indemnisation.

Aussi, et même si les dotations prévues pour 2002 et 2003 peuvent apparaître élevées, votre commission considère qu'il est nécessaire d'anticiper d'ores et déjà la future montée en charge du fonds afin de ne pas prendre le risque de devoir reporter certaines indemnisations.

Pour autant, dans la mesure où la situation financière du fonds apparaît très confortable à la fin 2002 (il serait en effet doté de 656 millions d'euros de « réserves » en application du présent projet de loi) et où la montée en charge des dépenses sera plus lente que prévu compte tenu des retards dans son installation, votre commission propose, par **amendement**, de réduire de 50 millions d'euros la contribution révisée de la branche AT-MP du régime général au financement du FIVA en 2002 afin d'affecter cette somme au financement du FCAATA, dont la situation financière apparaît préoccupante.

Un tel basculement, qui n'affecterait en rien le montant global de la contribution de la branche à l'indemnisation des victimes de l'amiante, permettrait alors de garantir l'équilibre du FCAATA, sans bien entendu limiter pour autant les indemnisations versées par le FIVA sur la période.

Votre commission regrette également l'instabilité de la clé de répartition des dotations du FIVA et les fluctuations de ces différentes dotations.

Ces dotations ont en effet considérablement évolué sans que leurs fluctuations ne soient directement corrélées à l'évolution des besoins.

Dotations du FIVA

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003
. Contribution CNAMTS-AT	438,0	180,0 ¹	190,0
. Contribution Etat	38,1	0,1	40,0

¹La dotation initialement prévue par le PLFSS pour 2002 était de 76,22 millions d'euros

Mais surtout, votre commission souhaite qu'une clé de répartition stable des dotations entre l'Etat et la branche soit au plus vite fixée.

A la différence du FCAATA, le FIVA ne se borne pas en effet à indemniser des risques pris en charge par la branche AT-MP du régime général. Il doit prendre en charge l'indemnisation de fonctionnaires, de non-salariés et de salariés relevant d'autres régimes et l'indemnisation de risques « environnementaux » déconnectés de toute source professionnelle.

Dans ces conditions, et au regard de l'analyse des demandes d'indemnisation, il conviendra de définir dans les meilleurs délais une clé de répartition stable et équilibrée des dotations du fonds entre ses différents financeurs.

S'agissant de la précision apportée par l'Assemblée nationale sur la date de transmission du rapport d'activité du FIVA, votre commission observe que le décret du 23 octobre 2001 prévoit déjà que ce rapport doit être transmis au Parlement et au Gouvernement avant le 1^{er} juillet.

Dès lors, il semble inutile de reporter de trois mois et demi la date de transmission de ce rapport. Votre commission vous proposera donc de supprimer, par **amendement**, la précision adoptée à l'Assemblée nationale.

D'une part, le FIVA dispose, d'ores et déjà, du temps nécessaire pour rédiger son rapport d'activité entre le 1^{er} janvier et le 30 juin. Sa publication, tardive cette année, ne s'explique en effet que par le report de l'installation du conseil d'administration du FIVA qui ne s'est faite qu'en avril.

D'autre part, on peut craindre que la date du 15 octobre n'apparaisse quelque peu tardive non seulement pour l'information du Parlement, mais aussi pour celle du Gouvernement. On rappellera en effet que l'article 53 de la loi de financement pour 2001 prévoit que le montant annuel de la contribution de la branche, fixée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, est déterminé sur la base de ce rapport d'activité.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 36

(article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)

Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du FCAATA

Objet : Cet article fixe à 300 millions d'euros en 2002 et à 450 millions d'euros en 2003 le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du FCAATA.

I – Le dispositif proposé

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a prévu que serait fixé, chaque année par les lois de financement à venir, le montant de la contribution demandée à la branche AT-MP du régime général pour financer le FCAATA.

Le FCAATA

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé, dans son article 41, une allocation de cessation anticipée d'activité destinée aux « travailleurs de l'amiante ». Le bénéfice de ce dispositif a d'abord été ouvert aux personnes :

- travaillant ou ayant travaillé dans un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante ;
- reconnues atteintes d'une maladie provoquée par l'amiante.

Les établissements ainsi que les maladies professionnelles en question ont été précisés par arrêté.

En 2000, le dispositif a été étendu :

- aux établissements de flocage et de calorifugeage à l'amiante ;
- aux établissements de construction et de réparation navales ;
- aux dockers, dans la mesure où ils avaient exercé leur activité dans un port et pendant une période indiquée par arrêté.

Enfin, un arrêté du 3 décembre 2001 a ouvert cette allocation aux personnes atteintes de plaques pleurales (tableau des maladies professionnelles n° 30 B).

Par ailleurs, chaque année, de nouveaux établissements et métiers de la construction et des réparations navales ont été intégrés au dispositif.

Un fonds spécifique, le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), prend en charge les allocations ainsi que les cotisations de retraite complémentaire qui les accompagnent. Sa gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations.

Les recettes du fonds sont constituées par une fraction (0,39 %) du produit du droit de consommation sur les tabacs et par une contribution de la branche AT-MP du régime général de la sécurité sociale, fixée chaque année.

Ses dépenses sont constituées par le versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité et par la prise en charge des cotisations retraite des allocataires.

Un conseil de surveillance est chargé du suivi et du contrôle des activités du fonds et de son fonctionnement. Il examine les comptes et le rapport annuel d'activité, au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle de l'exercice concerné. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit que le rapport d'activité doit également être transmis au Gouvernement et au Parlement.

Source : rapport annuel 2001 du FCAATA

Le présent article fixe le montant de cette contribution pour 2003 et révisé à la hausse celui prévu pour 2002.

Le premier alinéa porte de 76,22 millions d'euros à 180 millions d'euros la contribution pour 2002 telle que fixée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Le second alinéa fixe à 450 millions d'euros le montant de cette contribution pour 2003.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a complété cet article, à l'initiative de M. Jean Bardet, rapporteur au nom de la commission des Affaires culturelles, et avec l'avis favorable du Gouvernement, afin de prévoir que le rapport annuel d'activité du FCAATA est transmis chaque année au Parlement et au Gouvernement avant le 15 octobre.

III – La position de votre commission

S'agissant des dotations du FCAATA, votre commission ne peut que prendre acte de la rapide montée en charge du FCAATA, notamment du fait de l'élargissement progressif de son champ d'intervention.

Le nombre d'allocataires a ainsi fortement augmenté, et devrait continuer de progresser compte tenu de la poursuite de l'augmentation du nombre de dossiers adressés au fonds (9.510 en 2000, 18.429 en 2001).

Évolution du nombre d'allocataires du FCAATA

Fin décembre 2000	Fin décembre 2001	Fin juin 2002
3.785	9.152	12.677

La situation financière du fonds ayant déjà été examinée dans l'exposé général (*tome I*), votre commission se bornera ici à rappeler que les hypothèses présentées dans le rapport d'activité du fonds ne rendent pas certain son équilibre ni en 2002, ni en 2003, en dépit de l'ampleur même des dotations versées par la branche AT-MP du régime général.

La situation financière du fonds apparaît en effet fragile. Il ne disposait, fin 2001, que de 150 millions d'euros de « réserves » et les dernières simulations transmises à votre commission n'écartent pas un déficit en 2002 et prévoient un déficit pour 2003, voire une trésorerie négative.

Situation financière du FCAATA

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002 ¹	2002 ²	2003 ¹	2003 ²
Dotations	15,2	133,8	238,0	333,9	333,9	486,5	484,6
. contribution CNAMTS-AT	0	102,9	205,8	300,0	300,0	450,0	450,0
. contribution de l'Etat	15,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
. droits sur les tabacs	0,0	30,5	31,5	33,2	33,2	34,6	33,2
. produits financiers	0,0	0,4	0,6	0,6	0,6	1,9	1,3
Charges	8,6	54,4	166,4	351,1	322,9	724,6	544,0
Résultat net	6,6	79,4	71,6	- 17,2	10,0	- 238,1	- 59,5
Résultat net cumulé	-	79,4	150,9	133,7	160,9	- 104,4	102,4

¹ Hypothèses « hautes »

² Hypothèses « basses »

Source : direction de la sécurité sociale

Aussi, compte tenu des risques induits par une insuffisance possible des dotations affectées au FCAATA en 2002 et 2003 et par souci de précaution, votre commission juge souhaitable de majorer, par **amendement**, de 50 millions d'euros la contribution de la branche AT-MP du régime général pour 2002 au financement du fonds. Cette majoration ne constituerait pas une charge supplémentaire pour la branche car elle serait compensée à due concurrence par une diminution de sa contribution au financement du FIVA.

Votre commission observe en outre que le présent projet de loi modifie, une fois encore, la clé de répartition entre les différentes sources de financement du fonds. Son article 3 ramène en effet de 0,39 % à 0,35 % du produit du droit de consommation sur les tabacs affecté au financement du fonds, sans doute au motif que l'augmentation des prix du tabac permettra de

compenser la diminution de 0,04 % du produit et de stabiliser en conséquence la recette correspondante.

Or, cette diminution, explicable par ailleurs, intervient au moment où la contribution de la branche AT-MP du régime général augmente fortement et où la montée en charge du fonds est la plus vive.

Dans ces conditions, votre commission souhaite une clarification du financement du fonds. Si la proposition qu'elle avait pu formuler en son temps d'un financement paritaire entre l'Etat et la branche¹ ne semble désormais plus d'actualité, il conviendrait à tout le moins de figer le clé actuelle de répartition des différentes sources de financement. A défaut, on voit mal pourquoi le fonds ne pourrait pas être géré directement par la branche.

S'agissant de la précision apportée par l'Assemblée nationale sur la date de transmission du rapport annuel d'activité du fonds, votre commission observe que le décret du 29 mars 1999 prévoit, à son article 9, que le conseil de surveillance du fonds examine le rapport d'activité au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle de l'exercice concernée.

Dès lors, un délai de trois mois et demi entre l'examen du rapport par le conseil de surveillance et sa transmission au Parlement et au Gouvernement apparaît plus que confortable².

Aussi, votre commission vous propose, par **amendement**, de ramener la date limite de transmission du 15 octobre au 15 juillet.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

¹ Voir à ce propos le rapport de la Commission sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 58, 1999-2000, tome IV, p. 171).

² Même si cette année, ce rapport d'activité n'a été adressé à votre commission que le 23 octobre...

Art. 37

Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Objet : Cet article fixe à 330 millions d'euros en 2003 le montant du reversement forfaitaire de la branche AT-MP du régime général à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

I – Le dispositif proposé

L'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, codifié à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, a institué un reversement forfaitaire annuel de la branche AT-MP du régime général vers la branche maladie, afin de prendre en compte les dépenses supportées par cette dernière au titre des affections non prises en charge en application de la législation sur les maladies professionnelles. L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a étendu ce mécanisme à la prise en compte de la sous-déclaration des accidents du travail.

On rappellera que l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, issu du même article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, dispose qu'une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes remet tous les trois ans au Parlement et au Gouvernement, après avis de la commission des AT-MP, un rapport évaluant « *le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles* ».

Ce rapport a été transmis le 19 septembre dernier.

Le présent article prévoit de porter ce reversement forfaitaire à 330 millions d'euros en 2003 contre 300 millions d'euros en 2002.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a complété cet article, à l'initiative de M. Jean Bardet, rapporteur au nom de la commission des Affaires culturelles, et avec l'avis favorable du Gouvernement, afin de prévoir que le rapport triennal établi par la commission institué à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale est transmis au Parlement et au Gouvernement avant le 15 octobre.

III – La position de votre commission

Le présent article prévoit une majoration de 10 % du reversement forfaitaire.

Il n'en demeure pas moins que ce montant apparaît légèrement inférieur à la fourchette basse de l'évaluation réalisée en septembre dernier par la commission « Lévy-Rosenwald ».

Certes, une telle évaluation apparaît très délicate, comme le souligne d'ailleurs ladite commission dans son rapport :

« Le législateur a confié à la commission le soin de chiffrer « le coût réel de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles ». Cette tâche n'a pu être menée dans toute son ampleur. La commission n'a pu disposer d'informations suffisamment précises sur le volume de la sous-déclaration comme sur les coûts, notamment des maladies professionnelles ».

La commission, en se fondant sur l'analyse de la sous-déclaration des cancers professionnels, de l'asthme et des accidents du travail, avance néanmoins une hypothèse :

« Sur la base des trois estimations auxquelles elle a procédé, la commission estime que la dépense imputée à tort à l'assurance maladie atteint probablement, a minima, une fourchette se situant entre 368 millions d'euros et 550 millions d'euros, soit un montant supérieur à celui inscrit en loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ».

Aussi, votre commission considère que la forte majoration du reversement forfaitaire prévue en 2003 n'est sans doute que l'amorce d'un mouvement plus progressif de remise à niveau du versement au regard des évaluations rendues publiques peu avant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale en conseil des ministres.

A cet égard, votre commission souhaite que la date de remise du rapport telle que précisée à l'Assemblée nationale soit avancée afin que le Gouvernement puisse intégrer les évaluations de ce rapport pour les prendre en compte dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Elle vous propose donc, par **amendement**, d'avancer cette date du 15 octobre au 1^{er} juillet.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 38

*(art. L. 221-4, L. 221-5, L. 227-1, L. 227-2, L. 227-3, L. 228-1
et L. 231-5-1 du code de la sécurité sociale)*

**Renforcement de l'autonomie de la branche accidents du travail
et maladies professionnelles du régime général**

Objet : Cet article vise à renforcer l'autonomie de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général, en la dotant d'une convention d'objectifs et de gestion, en instaurant un conseil de surveillance spécifique et en prévoyant une nomination directe des membres de la commission des accidents du travail et maladies professionnelles.

I - Le dispositif proposé

La loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale a profondément clarifié la gestion des branches du régime général de la sécurité sociale.

A ce titre, elle a introduit dans le code de la sécurité sociale la notion de branche, notion d'ordre comptable permettant d'individualiser la gestion des différents risques couverts par le régime général. En ce sens, en séparant la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) de la branche maladie, elle garantit l'autonomie de la branche AT-MP en posant le principe de son équilibre financier.

Pour autant, à la différence des autres branches du régime général, l'autonomie de la branche AT-MP est loin d'être totale :

- la gestion de la branche est assurée par la CNAMTS ;
- les missions dévolues aux conseils d'administration des autres branches sont exercées, pour la branche AT-MP, en application de l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale, par la commission des AT-MP, composée paritairement de représentants des assurés sociaux et des employeurs, choisis par les membres du conseil d'administration de la CNAMTS en leur sein, ou au sein des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail ;
- la branche AT-MP ne dispose pas d'un conseil de surveillance spécifique, les conseils de surveillance étant placés auprès des conseils d'administration et non auprès des branches ;

- la branche AT-MP n'est pas non plus dotée d'une convention d'objectifs et de gestion spécifique, ces conventions étant conclues entre l'Etat et les caisses.

Le présent article, qui s'inscrit dans la continuité de la démarche d'autonomisation posée par la loi du 25 juillet 1994, renforce l'autonomie de la branche de trois manières.

• **La modification des modes de désignation des membres de la commission des accidents du travail et maladies professionnelles**

A l'heure actuelle, les dix membres de la commission sont choisis par les membres du conseil d'administration de la CNAMTS.

Le présent article prévoit de remplacer ce mode de désignation indirect par une nomination directe des membres de la commission par les partenaires sociaux représentatifs au niveau national.

Le **paragraphe I**, qui modifie l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale, aligne les conditions de désignation et d'exercice des mandats des membres de cette commission sur celles des membres du conseil d'administration de la CNAMTS.

Le **paragraphe II**, qui réécrit l'article L. 221-5 du code de la sécurité sociale, détermine la composition de la commission et les modalités de désignation de ses membres.

Sa composition demeure inchangée : cinq membres représentant les assurés sociaux et cinq membres représentant les employeurs.

En revanche, les modalités de désignation des membres de la commission sont modifiées : ceux-ci sont directement désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national et par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives. Il est également précisé que les suppléants sont désignés dans les mêmes conditions.

Le **paragraphe III**, qui modifie l'article L. 231-5-1 du code de la sécurité sociale, renvoie à un décret le soin de déterminer, en tant que de besoin, les modalités d'application de ce nouveau mode de désignation.

• **L'institution d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la branche AT-MP du régime général**

L'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale prévoit la conclusion de conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et les organismes nationaux du régime général de sécurité sociale (CNAMTS, CNAVTS, CNAF, ACOSS). De telles conventions sont également conclues entre l'Etat et les

organismes nationaux des régimes de protection sociale des travailleurs indépendants (à l'exception de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales), ainsi qu'avec la caisse centrale de mutualité sociale agricole.

Ces conventions visent à déterminer « *les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins pour les atteindre* ».

La conclusion de ces conventions s'inscrit donc dans une démarche de modernisation du service public de la protection sociale. Elles conduisent les caisses et l'Etat à s'assigner des objectifs clairs et publics pour améliorer la qualité du service rendu à l'usager.

Or, à l'heure actuelle, il n'existe pas de convention de ce type spécifique à la branche AT-MP.

Le présent article a pour objet de donner une base juridique à la conclusion d'une convention d'objectifs et de gestion applicable à la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles du régime général.

Le **paragraphe IV**, qui modifie l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, étend le champ des branches concernées par ces conventions à la branche AT-MP.

Le **paragraphe V**, qui modifie l'article L. 227-2 du code de la sécurité sociale, précise les conditions de conclusion de la convention. A l'image des conventions existantes pour les autres branches qui sont signées par le président du conseil d'administration et son directeur, la convention sera signée par le président de la commission des AT-MP et par le directeur de la CNAMTS.

Le **paragraphe VI**, qui modifie l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale, est relatif aux contrats pluriannuels de gestion établis pour permettre la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion au niveau local.

Il prévoit en conséquence que, pour la branche AT-MP, ces contrats sont conclus entre, d'une part, le président de la commission des AT-MP et le directeur de la CNAMTS et, d'autre part, par le président et le directeur de l'organisme régional ou local (ici la CRAM).

• **L'instauration d'un conseil de surveillance spécifique à la branche**

L'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale prévoit que chaque caisse du régime général est dotée d'un conseil de surveillance, chargé

d'examiner les conditions de mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion.

Le **paragraphe VII** du présent article institue, par son 1°, un conseil de surveillance spécifique à la branche des AT-MP. En conséquence, la CNAMTS sera donc dotée de deux conseils de surveillance : l'un pour la branche maladie, l'autre pour la branche AT-MP.

Ce paragraphe apporte en outre deux précisions.

D'une part, le conseil de surveillance de la branche des AT-MP ne comportera pas de représentants des professions et établissements de santé, contrairement à celui de la branche maladie (2°).

D'autre part, le président de la commission des AT-MP assiste, avec voix délibérative, au conseil de surveillance de la branche AT-MP (3°).

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur au nom de la commission des Affaires culturelles, au paragraphe II de cet article, afin de supprimer la disposition relative aux conditions de désignation des membres suppléants de la commission des accidents du travail – maladies professionnelles. Cette disposition apparaissait en effet inutile. Les conditions de désignation des membres suppléants sont déjà prévues par l'article L. 231-3 du code de la sécurité sociale, également applicable à la commission des AT-MP par le renvoi opéré au I du présent article.

III – La position de votre commission

Votre commission partage la volonté d'amélioration de l'autonomie de la branche AT-MP du régime général concrétisée par le présent article.

Si les contraintes de gestion rendent actuellement nécessaire le maintien de la gestion de la branche par la CNAMTS, une plus grande autonomie de la branche devrait, en effet, permettre une utile clarification des responsabilités à l'intérieur du régime général, mais aussi une plus forte lisibilité des relations entre la branche et l'Etat, notamment au travers de la convention d'objectifs et de gestion.

Cela étant, les présentes dispositions ne constituent sans doute encore qu'une première étape dans la voie de l'autonomisation de la branche.

Votre commission considère que cette question devra être abordée plus en profondeur lors de la préparation de la « *réforme de la gouvernance de notre système de santé et de sécurité sociale* » lancée par le Gouvernement. Cette réforme devra être notamment l'occasion d'examiner la possibilité de faire gérer la branche par une caisse autonome et de la doter d'un conseil d'administration à part entière en prenant en compte les spécificités de la branche.

S'agissant de la **révision des modes de nomination des membres de la commission des AT-MP**, une désignation directe des membres apparaît être un moyen approprié d'affirmer l'autonomie de la commission vis-à-vis du conseil d'administration de la CNAMTS. En outre, comme le relève M. Jean Bardet dans son rapport, ces nouvelles modalités pourraient permettre au MEDEF et à la CGPME, qui ont « *quitté le conseil d'administration de la CNAMTS en septembre 2001 et donc, par voie de conséquence, la commission des AT-MP, de réintégrer cette commission sans siéger à nouveau à la CNAMTS* ».

S'agissant de l'**instauration d'une convention d'objectifs et de gestion** spécifique à la branche, votre commission y est particulièrement favorable. Elle observe d'ailleurs qu'il s'agit là d'une des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport public particulier de février 2002.

Votre commission considère, en effet, qu'une telle convention devrait permettre d'optimiser la gestion de la branche, tout en apportant une nécessaire clarification aux relations financières entre la branche et l'Etat, en matière de risques professionnels.

Selon les informations transmises à votre rapporteur¹, cette convention devrait avoir un triple objet :

« Cette convention aura pour objectif essentiel d'améliorer le service rendu aux victimes, par exemple en prévoyant des engagements relatifs aux délais -délais de traitement des demandes de prestations, délais de liquidation de ces prestations- et plus généralement aux relations avec les victimes, ainsi qu'en favorisant une application de la réglementation homogène sur le territoire.

« Elle devra aussi permettre d'améliorer la collecte et la gestion des données concernant la branche par la poursuite de la modernisation du système d'information et de développer le partage de celles-ci.

« Une convention d'objectifs et de gestion est également l'outil d'une modernisation des relations entre l'Etat et la branche. Elle devra permettre une pluriannualisation des engagements financiers relatifs notamment au

¹ En réponse à son questionnaire écrit.

fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et une évaluation des actions menées par ce fonds. Elle devra aussi fixer des objectifs en matière de simplification des procédures tant en matière de réparation que de tarification. »

Sur ce dernier point, votre commission considère que la convention serait également un support adéquat pour clarifier et programmer dans la durée la part respective des engagements de l'Etat et de la branche en matière d'indemnisation des victimes de l'amiante, mais aussi pour permettre une nécessaire pluriannualisation du reversement forfaitaire de la branche à la branche maladie, pour prendre en compte la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

S'agissant enfin de l'**instauration d'un conseil de surveillance** spécifique à la branche, votre commission en partage le principe, mais s'interroge sur sa composition.

Certes, elle observe que, lors des débats à l'Assemblée nationale, le Gouvernement, par la voix de Mme Nicole Ameline, ministre déléguée à la parité et à l'égalité professionnelle, s'est engagé à ce que les associations de victimes soient représentées au conseil de surveillance.

Il est vrai que l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, qui détermine la composition des conseils de surveillance, sera applicable à ce nouveau conseil de surveillance et en offre dès lors la possibilité. Il prévoit, en effet, que le conseil de surveillance est *« composé de représentants du Parlement et de représentants des collectivités locales, ainsi que, selon l'organisme national, des retraités, des familles, des handicapés et accidentés du travail et des organisations oeuvrant dans le domaine économique et social et en faveur des populations les plus démunies, ainsi que de personnalités qualifiées »*.

Mais, il est également nécessaire de prévoir, par **amendement**, la présence de représentants des professions et établissements de santé au sein de ce conseil de surveillance.

Dans sa rédaction actuelle, le présent article exclut, en effet, les représentants des professions et établissements de santé, qui siègent pourtant actuellement au conseil de surveillance de la CNAMTS.

Cette exclusion est regrettable à double titre.

D'abord, la nouvelle convention d'objectifs et de gestion devra nécessairement comporter un important volet sur la prévention des risques professionnels. Elle devra notamment permettre une meilleure évaluation des actions menées par le Fonds national de prévention. Or le conseil de surveillance est justement chargé d'examiner les conditions de mise en œuvre de cette convention. Il semble donc nécessaire d'associer les professionnels de

santé, la politique de prévention étant, à l'évidence, un enjeu de santé publique.

Ensuite, la nouvelle convention d'objectifs et de gestion devra favoriser une programmation pluriannuelle des engagements financiers de la branche. Dans ce cadre, elle devrait notamment s'attacher à mieux prendre en compte l'actuelle sous-imputation des dépenses hospitalières au titre de la branche AT-MP. Dès lors, une présence de représentants des établissements de santé au conseil de surveillance paraît indispensable.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 39

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2003

Objet : Cet article fixe à 9,4 milliards d'euros en 2003 l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants.

I – Le dispositif proposé

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

Pour la branche des AT-MP, l'objectif de dépenses « *rassemble, outre les dépenses des fonds déjà existants (CNAMTS, salariés agricoles, Mines, FCATA, FCAATA, Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales), les dépenses effectuées directement par les régimes d'employeurs en contrepartie de cotisations dites « fictives ». Les maintiens de salaire ne sont pas retracés dans l'agrégat de dépenses de la branche AT. Le FCAT, ayant moins de 20.000 bénéficiaires, ne rentre plus dans les agrégats de dépenses à compter de 2002* »¹.

Le présent article fixe cet objectif de dépenses pour 2003 à 9,40 milliards d'euros, en progression de 10,2 % par rapport à l'objectif fixé

¹ Annexe C du projet de loi.

par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (mais de 4,2 % seulement par rapport à cet objectif tel que révisé par le présent projet de loi).

Cet objectif de dépenses, défini à partir du total des dépenses brutes de l'ensemble des régimes de base obligatoires de plus de 20.000 cotisants, auxquelles sont retranchés les transferts entre régimes, a été déterminé comme suit :

Détermination de l'objectif de dépenses pour 2003

(en droits constatés et en millions d'euros)

Dépenses brutes (1)	Transferts intra-branches (2)	Dépenses consolidées (1-2)	Transferts inter-branches (3)	Transferts à consolider (4=2+3)	Agrégats de dépenses (1-4)
10.373	639	9.734	330	969	9.404

Source : annexe C

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II – La position de votre commission

Votre commission a longuement analysé l'évolution des dépenses de la branche dans son exposé général (*tome I*).

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Section 2

-

Branche famille

Art. 40

(art. L. 521-1 du code de la sécurité sociale)

Création d'une allocation pour les familles perdant une partie de leurs allocations familiales pour des raisons liées à l'âge des enfants

Objet : Cet article prévoit la création d'une allocation pour les familles perdant une partie de leurs allocations familiales pour des raisons liées à l'âge des enfants.

I – Le dispositif proposé

Le présent article a pour objet de verser un montant d'allocation forfaitaire par enfant, qui sera fixé par décret à 70 euros, aux familles ayant au moins trois enfants à charge et qui perdent le bénéfice des allocations familiales du fait que l'un ou plusieurs enfants (en cas d'enfants issus de naissances multiples) atteignent leur vingtième anniversaire, soit l'âge limite de versement des allocations familiales.

En effet, lorsque les enfants atteignent leur vingtième anniversaire, les familles perdent le bénéfice des allocations familiales alors qu'elles continuent très souvent à assumer la charge des enfants, qui est d'autant plus lourde pour les familles nombreuses. Ainsi, selon l'exposé des motifs du projet de loi, une famille de trois enfants dont l'aîné atteint son vingtième anniversaire peut perdre jusqu'à 249,57 euros d'allocations familiales, majorations pour âge comprises.

Le I de cet article permet le maintien partiel des allocations familiales pendant un an pour les aînés des familles de trois enfants et plus, âgés de 20 ans.

Pour la création de cette allocation, l'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale, relatif aux allocations familiales, est complété par deux alinéas qui en fixent le régime, à savoir :

- un montant forfaitaire fixé par décret qui devrait être de 70 euros en 2003. Le montant sera exprimé en pourcentage de la BMAF, il sera donc, comme celle-ci, indexé sur les prix ;

- une durée de versement d'un an à compter du 20^e anniversaire de l'aîné des enfants à charge ;

- une limitation aux familles comprenant un nombre minimal d'enfants à charge. Ce nombre, qui sera fixé par décret, sera de trois minimum ;

- un droit conditionné aux règles de droit commun relatives à la notion d'enfant à charge au sens des prestations familiales.

Actuellement, les familles de trois enfants pouvaient voir leurs revenus amputés d'environ 248 euros par mois au vingtième anniversaire de l'aîné, car elles n'avaient alors plus droit à trois éléments qui se cumulent :

- la part d'allocation liée à la présence d'un troisième enfant à charge dans la famille (139 euros) ;

- la majoration liée à l'âge de l'aîné (54 euros) ;

- la majoration que la famille touchait pour le deuxième enfant si celui-ci avait plus de 11 ans ou 16 ans.

En vertu du dispositif proposé, la perte maximale d'allocation passerait donc de 248 euros actuellement à 178 euros après la réforme.

Par le **II** de cet article, l'entrée en vigueur de cette mesure est fixée au 1^{er} juillet 2003.

Cette mesure devrait concerner 143.700 familles et représenter, en année pleine, une dépense de 130 millions d'euros, soit 32,5 millions d'euros prévus pour les six derniers mois de 2003.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Les allocations familiales ne sont perçues qu'à partir du deuxième enfant et cessent, en majeure partie, d'être versées lorsque les enfants atteignent l'âge de 20 ans.

Or, c'est à cette période que les jeunes adultes deviennent une charge financière lourde pour les familles.

On ne peut donc que se réjouir d'un dispositif qui aide les familles à assumer cette charge en rendant plus progressive la fin du versement des allocations familiales.

A cet égard, cette mesure se rapproche de l'esprit de la loi relative à la famille du 25 juillet 1994, qui prévoyait le versement des allocations familiales jusqu'à 22 ans, même si les contraintes budgétaires actuelles expliquent que le présent dispositif n'aille pas aussi loin.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 41

(art. L. 223-1 du code de la sécurité sociale)

**Accélération de la prise en charge par la CNAF
des majorations de pension pour enfant**

Objet : Cet article a pour objet, dans le cadre du transfert prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, de mettre à la charge de la branche famille 60 % des majorations de pension pour enfants.

I - Le dispositif proposé

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) prend en charge le financement des avantages vieillesse à caractère redistributif relevant de la solidarité nationale (*minimum vieillesse, cotisations des périodes validées gratuitement au titre du service national ou du chômage*), ainsi que les sommes correspondant au service, par les régimes d'assurance vieillesse, des majorations de pension pour conjoint à charge et des majorations de pension accordées en fonction du nombre d'enfants à charge.

Les majorations pour enfants ont pour effet d'augmenter de 10 %, sans condition de ressources, la pension de tout assuré si celui-ci a élevé au moins trois enfants pendant au moins neuf ans, avant leur 16^e anniversaire.

Le présent article propose de porter à 60 % le pourcentage des majorations de pension pour enfants remboursées par la CNAF au FSV soit le franchissement d'une étape supplémentaire par rapport au plan de marche

annoncé lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociales pour 2001.

En 2003, la branche famille va donc assumer à ce titre un financement supplémentaire de 945 millions d'euros, soit un transfert total de 1,89 milliard d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

A l'occasion de l'examen du projet de loi de financement pour 2001, votre rapporteur avait contesté le principe même de ce prélèvement sur la branche famille.

Les majorations de pension pour enfants restent pour lui un avantage vieillesse qui, historiquement, était un juste retour accordé aux parents qui avaient contribué, en élevant des enfants, à l'équilibre des régimes de retraite par répartition.

Tout au plus, votre rapporteur prend-il acte que, selon la sagesse populaire, il n'y a que le premier pas qui coûte et que les deux premiers ont été vivement franchis par le précédent gouvernement.

Ce dernier est, en outre, lourdement responsable de la situation financière très dégradée du fonds de solidarité vieillesse, résultant de la double ponction dont il a fait lui-même l'objet pour alimenter le fonds de financement des 35 heures (FOREC) et le fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FAPA).

Or, c'est cette situation alarmante qui, sinon justifie, du moins explique la contribution qu'il est encore demandé à la branche famille d'apporter en 2003.

Aujourd'hui, la branche famille prend donc en charge le financement d'une partie de la majoration de pension pour enfants, prestation relevant initialement de l'assurance vieillesse puis prise en charge, au titre de la solidarité, par le FSV.

Mais, *a contrario*, pour des raisons anecdotiques liées à la nécessité de bouclages financiers conjoncturels, l'allocation de parent isolé (API), prestation familiale historique, est inscrite au budget général.

Enfin, le FSV est mis à contribution pour apurer la dette de l'Etat à l'égard des régimes complémentaires de retraite, mission tout à fait étrangère à sa raison d'être et à sa place au sein des lois de financement qui ne traitent que des régimes de base.

En résumé, au terme de trois ans de manipulation des flux financiers, l'Etat finance une prestation familiale, la CNAF finance une prestation de solidarité vieillesse et le FSV prend en charge les dettes de l'Etat.

Aussi, votre commission a-t-elle jugé urgent de permettre un retour au bon sens dans la détermination des missions de chacun.

Elle propose en conséquence, tant sous la forme d'un article additionnel après l'article 4 (*cf. ci-dessus*) qu'au présent article, une opération de clarification que votre rapporteur a développée dans son exposé général¹ dont il rappellera ici brièvement la teneur concernant les missions de la CNAF, du FSV et de l'Etat.

- La CNAF serait allégée de la charge des majorations de pension pour enfants et retrouverait le service de l'API. La neutralisation financière de cette opération serait effectuée par un transfert de 0,1 point de CSG famille au FSV ; le taux de la CSG Famille serait de fait « sanctuarisé » à 1 point.

La branche famille serait ainsi garantie contre une nouvelle progression de sa contribution au titre des majorations de pension pour enfants, progression au demeurant irréaliste d'un point de vue financier et fragile d'un point de vue constitutionnel.

- Retrouvant le service de la majoration de pension pour enfants qui relève bien de sa mission, le FSV en serait compensé, comme il a été dit, par 0,1 point de CSG famille mais également par deux moyens s'inscrivant eux-mêmes dans un souci de cohérence :

- il serait libéré de la charge de la dette de l'Etat à l'égard des régimes de retraite complémentaire qui lui a été imposée en 2001 ;

- il rentrerait en possession de la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire (dite taxe sur les contrats de prévoyance) créée à son profit en 1996, détournée depuis au bénéfice du FOREC.

- L'Etat reprendrait en charge sa dette à l'égard des régimes de retraite complémentaire mais verrait ses masses budgétaires dégonflées par le retour de l'API au sein de la branche famille ; il limiterait les interfaces complexes dans le domaine fiscal qu'il entretient aujourd'hui avec la sphère sociale ; il bénéficierait en outre en 2003 du reversement des excédents du FOREC.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi substantiellement amendé.

¹ Cf. Tome I du présent rapport.

Art. 42

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2003

Objet : Cet article a pour objet de fixer l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2003.

I – Le dispositif proposé

En application du 3° du paragraphe I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe le montant des dépenses de la branche famille pour 2003 à 43,63 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20.000 cotisants.

Pour la première fois cette année, dans un souci de cohérence, les objectifs de dépenses de chaque branche figurent à la suite des mesures prises dans le domaine concerné.

Les dépenses de la branche famille sont pour l'essentiel celles de la CNAF, qui retrace déjà dans ses comptes l'ensemble des prestations légales servies par les différents organismes, ainsi que les charges annexes supportées par les organismes du régime général. Y sont ajoutés les frais de gestion administrative et d'action sociale de régimes agricoles pour la partie correspondant aux cotisations complémentaires familiales, ainsi que ceux du régime minier.

L'objectif de dépenses est fixé en fonction des montants prévisionnels des dépenses de la branche compte tenu des évolutions prévisibles du nombre des allocataires des prestations familiales, des objectifs des caisses en matière d'action sociale, ainsi que du taux retenu pour le BMAF.

Ce taux est de 1,7 % pour 2003. En application de l'article L. 551-1 de la sécurité sociale, il est fixé en fonction de l'inflation prévisible pour 2003 (soit 1,5 %) et d'un rattrapage par rapport aux prévisions de la hausse des prix constatée en 2002 (soit + 0,2 %).

L'objectif de dépenses intègre également les mesures nouvelles, soit :

- 50 millions d'euros¹ pour l'allocation forfaitaire versée aux familles perdant leurs droits aux allocations familiales (*article 40*) ;

- 945 millions d'euros au titre de la prise en charge des majorations de pension pour enfants (*article 41*).

¹ Cf. ci-dessous les modifications apportées par l'Assemblée nationale.

Par rapport à l'objectif rectifié pour 2002 figurant à l'article 46, l'objectif des dépenses de la branche famille progresse de 2,15 milliards d'euros (+ 5,18 %). Près de la moitié de cette progression est imputable à la contribution demandée à la branche au profit du FSV.

Par cette contribution, l'objectif pour 2003 progresse de 1,2 milliard d'euros par rapport à l'objectif révisé pour 2002 (soit + 2,9 %).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a ramené l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2003 de 43,63 à 43,62 milliards d'euros par le biais d'un amendement présenté par le Gouvernement.

Cette modification (+ 0,01 milliard d'euros) vise à rectifier l'évaluation du coût de l'article 40 (*allocation forfaitaire versée aux familles qui perdent le bénéfice des allocations familiales du fait de l'âge d'un ou plusieurs enfants*) ramenée de 50 à 32,5 millions d'euros, ce dernier chiffre étant conforme à l'évaluation figurant dans l'exposé des motifs de l'article et à prendre en compte l'amendement voté par l'Assemblée nationale, relatif à la réforme du contentieux technique de la sécurité sociale (*article 47*).

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose, à cet article, un amendement de coordination avec l'amendement qu'elle a déposé à l'article 41 et qui traduit ses propositions de clarification des missions de la branche.

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Section 3

-

Branche vieillesse

Art. 43

(art. L. 351-11 du code de la sécurité sociale)

Revalorisation des pensions de retraites du régime général et des avantages alignés en fonction de l'évolution prévisionnelle des prix

Objet : Cet article fixe à 1,5 % le coefficient de revalorisation des pensions de retraite pour l'année 2003.

Le présent article fixe à +1,5 % le coefficient de revalorisation des pensions pour 2003, soit le coefficient estimé d'augmentation des prix hors tabac pour cette année.

Revalorisation des pensions

(en pourcentage)

		1999	2000	2001	2002	2003
Prix hors tabac estimés pour l'année N de la revalorisation (PLF N)	(1)	1,2	0,9	1,2	1,5	1,5
Prix hors tabac estimés pour l'année N-1 de la revalorisation (PLF N)	(2)	0,8	0,5	1,4	1,6	1,7
Prix hors tabac estimés pour l'année N-1 de la revalorisation (PLF N-1)	(3)	1,3	1,2	0,9	1,2	1,5
Ecart dans les prévisions dans les prix hors tabac entre les PLF et N-1	(4)=(2)-(3)	- 0,5	- 0,7	0,5	0,4	0,2
Revalorisation par application de la règle de rattrapage	(5)=(1)-(4)		0,2	1,7	1,9	1,7
Coup de pouce	(6)		0,3	0,5	0,3	- 0,2
Revalorisation au 1 ^{er} janvier N	(7)=(6)-(5)	1,2	0,5	2,2	2,2	1,5

Source : d'après le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2002, p. 179 ; actualisation commission des Affaires sociales du Sénat.

Cette revalorisation, prudente puisqu'elle n'inclut pas l'écart entre la prévision d'inflation estimée fin 2001 et celle effectivement constatée pour 2002, ne pénalise cependant pas les retraités. En effet, ces derniers ayant bénéficié d'un « coup de pouce » initial de 0,3 % en 2002, mais l'inflation ayant été plus forte que prévu de 0,2 %, le gain au titre de l'année 2002 n'est plus que de 0,1 %.

Sous le bénéfice de ces observations, et de celles figurant au tome III du présent rapport, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

*Art. 44***Fixation de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2003**

Objet : Cet article fixe l'objectif de dépenses pour la branche vieillesse veuvage pour 2003.

La branche vieillesse rassemble les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, les prestations d'assurance veuvage et les prestations d'invalidité servies à des bénéficiaires de droits dérivés.

L'objectif de dépenses de la branche vieillesse-veuvage pour 2003, prévu à l'article 44 du projet de loi, s'élève à 140,36 milliards d'euros après adoption par l'Assemblée nationale en première lecture. A cette occasion, l'objectif a été majoré de 10 millions d'euros afin de prendre en compte les conséquences financières de la réforme du contentieux technique de la sécurité sociale.

La définition des dépenses de vieillesse est précisée dans l'annexe c) du projet de loi : leur champ couvre l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres. L'objectif de dépenses porte sur l'ensemble des dépenses des régimes et non sur les seules prestations.

Ces dépenses comprennent :

- . les prestations sociales légales ou extralégales ;
- . les prestations des services sociaux (notamment la prise en charge partielle des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux) ;
- . les frais de gestion engagés par les organismes de sécurité sociale ;
- . les transferts entre régimes de protection sociale ;
- . les frais financiers et les autres dépenses.

Les objectifs de dépenses par branche du projet de loi de financement sont définis à partir du total des dépenses de l'ensemble des régimes de base obligatoires, de la façon suivante :

- . sont soustraites les dépenses des régimes de moins de 20.000 cotisants ou bénéficiaires, les transferts internes aux régimes de base considérés, ainsi que les dépenses constituant la contrepartie des cotisations prises en charge par la sécurité sociale ;
- . sont ajoutées les dépenses dans les départements d'outre-mer (DOM) qui, dans les comptes de la sécurité sociale, sont consolidées avec les recettes perçues dans les DOM.

Cet objectif est en hausse de 3,2 % par rapport à l'objectif de dépenses révisé pour 2002 qui s'élève à 135,96 milliards d'euros.

En 2003, les prestations légales représenteront 97,8 % des dépenses de la branche.

L'objectif de dépense de l'Assurance vieillesse pour 2003, ainsi que l'objectif révisé pour 2002 posent une série de difficultés.

A l'instar de la loi de financement pour 2001 et 2002, l'objectif de la branche vieillesse-veuvage comprend une dépense également enregistrée dans l'objectif de dépenses de la branche famille. En effet, les *majorations de pension pour enfants* versées par la CNAVTS et remboursées par le FSV sont aujourd'hui, du fait des dispositions du code de la sécurité sociale et de l'article 41 du présent projet de loi, partiellement remboursées par la CNAF au FSV. Cette dépense figure donc en poste prestation au sein de l'agrégat de dépenses vieillesse-veuvage et en transfert dans l'objectif de dépenses de la branche famille.

Les objectifs de dépenses consolidés des régimes de base pour les quatre branches comprennent donc *deux fois le même montant à hauteur de 1.890 millions d'euros*. Cette difficulté de présentation rend difficile la confrontation de l'article des prévisions de recettes à ceux des agrégats de dépenses, afin de juger de l'équilibre de la sécurité sociale pour 2003.

Cette confrontation est rendue également difficile par la présence, au sein des dépenses du FSV, du *remboursement de la dette de l'Etat à l'égard de l'AGIRC et de l'ARRCO*. Les ressources permettant sa prise en charge figurent parmi les prévisions de recettes de la sécurité sociale mais la dépense à laquelle ces dernières sont affectées ne le sont pas. L'effet favorable sur le solde résultant de cette confrontation est de + 457 millions d'euros en 2003.

Demeure enfin la question de la « *dette absolue* »¹ du FSV au titre de 2002. En effet, aucune recette nouvelle n'est prévue pour abonder ce fonds au titre de cet exercice alors qu'il affiche un déficit, après consommation des réserves, de 211 millions d'euros. Pourtant le FSV transfère aux régimes de la branche les sommes nécessaires à couvrir des prestations. Impossible à combler, puisque le Fonds ne peut recourir à l'emprunt, ce déficit laisse supposer qu'une prestation figurant dans l'objectif de dépenses ne sera pas versée. Au titre de 2002, une prestation de l'agrégat de dépenses cherche donc toujours son financement. Cette situation est paradoxalement inverse à la difficulté précédente, où, *in fine*, un financement cherchait sans la trouver en loi de financement, la prestation qu'elle devait couvrir.

Ces trois éléments perturbent donc la confrontation recettes-dépenses de la sécurité sociale dans des sens et à des degrés divers.

¹ Cf. *exposé général, Tome III - A, II - C*.

Effet solde sur la confrontation recettes dépenses de la sécurité sociale

	2002		2003	
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses
Déficit du FSV	+ 211	-	-	-
Remboursement AGIRC-ARRCO	+ 442	-	+ 457	-
Majorations de pension pour enfants	-	- 950	-	- 1.890
Total	+ 653	- 950	+ 457	- 1.890
Solde	- 297		- 1.433	

Source : Commission des affaires sociales

A bien des égards, les recettes et les dépenses votées en loi de financement de la sécurité sociale et déterminées tel que le prescrivent les dispositions de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, relèvent davantage du *Soleil et la lune*¹ de Charles Trenet que d'une construction comptable rigoureuse et cohérente.

Pour sa part, votre commission entend avancer résolument dans sa réflexion sur la nécessaire réforme de la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, dont M. Charles Descours² avait démontré la nécessité, et dont les difficultés ici exposées rappellent l'actualité.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

¹ « Le soleil et la lune, paroles et musiques Charles Trenet, 1939.

² Charles Descours, rapport d'information n° 433(98-99) - Commission des Affaires sociales - Les lois de financement : un acquis essentiel, un outil perfectible.

*Art. 45***Fixation du total des objectifs de dépenses pour 2003**

Objet : Cet article, supprimé par l'Assemblée nationale, sur proposition de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, avec l'accord du Gouvernement, totalisait les divers objectifs de dépenses précédemment définis aux articles 33, 39, 42 et 44 du présent projet de loi.

Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, et pour la première fois, les objectifs de dépenses de chaque branche figurent à la suite des mesures prises dans le domaine concerné.

L'article 45 se contentait donc de totaliser ces objectifs de dépenses déjà adoptés séparément, pour chacune des branches, aux articles 33 (maladie), 39 (*accidents du travail et maladies professionnelles*), 42 (*famille*) et 44 (*vieillesse-veuvage*) du présent projet de loi.

Parce qu'il ne présentait, de ce fait, « *aucun caractère normatif ou prévisionnel* », l'Assemblée nationale a supprimé cet article.

En réalité, le présent article ne correspond à aucune prescription de la loi organique. L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose, en effet, que la loi de financement « *fixe, par branche, les objectifs de dépenses (...)* ». La présentation, sous la forme d'un article par branche, est ainsi plus conforme à la loi organique et le présent article 45 est superfétatoire.

Votre commission ne vous propose pas de rétablir, en conséquence, cet article.

TITRE IV BIS (NOUVEAU)

-

OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2002

Cette division additionnelle a été adoptée par l'Assemblée nationale, sur proposition de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, et avec l'accord du Gouvernement.

Votre commission vous propose de l'adopter sans modification.

Art. 46

Fixation des objectifs de dépenses révisés pour 2002

Objet : Cet article, adopté par l'Assemblée nationale sans modification, a pour objet de réviser les objectifs de dépenses par branche fixés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, afin de prendre en compte les modifications intervenues depuis lors.

I – Le dispositif proposé

En application du dernier alinéa du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, seules des lois de financement peuvent modifier des dispositions faisant partie de leur domaine obligatoire. Sont notamment concernés les objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale comptant plus de 20.000 cotisants, actifs ou retraités, titulaires de droits propres.

Le présent article vise donc, d'une part, à faire apparaître l'évolution des dépenses par branche intervenue depuis le vote de la dernière loi de financement de la sécurité sociale et, d'autre part, à valider les mesures nouvelles proposées pour l'exercice 2002, à titre rectificatif, par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

Révision des objectifs de dépenses pour 2002

(en milliards d'euros)

	LFSS 2002	PJLFSS 2003	Variation en %
Maladie-maternité-invalidité	125,37	129,24	+ 3,08
Vieillesse-veuvage	136,08	135,96	- 0,09
Accidents du travail	8,53	9,02	+ 5,74
Famille	42,01	41,48	-1,26
Total des dépenses	311,99	315,70	+ 1,2

L'écart entre le total des objectifs de dépenses initialement votés et celui des objectifs de dépenses révisés s'établit à 3,71 milliards d'euros, soit une progression de 1,2 %.

Principal facteur de correction, les dépenses de l'assurance maladie-maternité-invalidité, qui progressent de 3,87 milliards d'euros (+ 3,08 %) en raison, pour l'essentiel, de la correction de l'ONDAM 2002 (cf. article 34 du présent projet de loi). Le taux initial, particulièrement irréaliste, retenu par le précédent gouvernement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, soit + 3,9 %, a été, en effet, démenti par le taux de progression effectivement constaté, soit + 7,2 % selon les dernières évaluations de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Par ailleurs, et toujours dans cette catégorie de dépenses, il convient de prendre en compte la dotation de 40 millions d'euros prévue, par l'article 30 du présent projet de loi, au profit de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

En ce qui concerne *la branche vieillesse*, l'écart constaté, soit *une diminution de 120 millions d'euros*, s'explique par le changement de présentation comptable de l'allocation temporaire d'invalidité des fonctionnaires, transférée vers la branche accidents du travail.

Les dépenses de la branche accidents du travail progressent, quant à elles, de 490 millions d'euros du fait de l'augmentation des prestations servies (330 millions d'euros) et du transfert précité de l'allocation temporaire d'invalidité des fonctionnaires. En revanche, le Fonds commun des accidents du travail (FCAT), dont les effectifs sont passés en dessous des 20.000 bénéficiaires en 2002, n'entre plus dans le champ des agrégats de dépenses, ce qui se traduit par une modification de 70 millions d'euros de l'agrégat de la branche accidents du travail, et par une diminution de 20 millions d'euros de ses charges techniques.

Par ailleurs, les articles 35 et 36 du présent projet de loi majorent, respectivement, de 104 et de 100 millions d'euros en 2002, le versement de la branche accidents du travail au *Fonds d'indemnisation des victimes de*

l'amiante (FIVA) et au Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

En ce qui concerne, enfin, *les dépenses de la branche famille*, celles-ci *diminuent de 530 millions d'euros* en raison d'une double correction comptable :

- l'une relative à la consolidation des charges et des produits de gestion courante de la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), consolidation qui n'avait pas été effectuée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ;

- l'autre relative à la prise en compte erronée, dans la loi de financement pour 2002, des avantages accordés au titre du supplément familial de traitement parmi les charges du régime des industries électriques et gazières.

II - La position de votre commission

La révision, un an après l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, des objectifs de dépenses par catégorie souligne, une fois de plus, l'intérêt et la nécessité de saisir le Parlement, en cours d'exercice, d'un projet de loi de financement rectificatif, dès lors que l'évolution des comptes le justifie.

Le fait que cette correction soit, pour l'essentiel, imputable à la dérive de l'ONDAM 2002, confirme également l'irréalisme, dénoncé en son temps par votre commission, des hypothèses retenues, à ce sujet, par le précédent gouvernement.

Par ailleurs, votre commission précise que la modification de la répartition de la contribution de la branche accidents du travail entre le FIVA et le FCAATA, qu'elle vous propose d'adopter aux articles 35 et 36 du présent projet, ne rend pas nécessaire une révision de l'objectif de dépenses de cette branche pour 2002. En effet, cette nouvelle répartition vise à opérer un transfert de dotations entre ces deux fonds sans, bien entendu, modifier le montant global prévu en faveur des victimes de l'amiante.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

TITRE V
-
MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES
À LA TRÉSORERIE

Art. 47

*(art. L. 137-7, L. 138-3, L. 138-14, L. 138-20 à L. 138-23 nouveaux,
L. 245-6 et L. 245-6-2 du code de la sécurité sociale)*

**Modalités de recouvrement des impositions
directement recouvrées par l'ACOSS**

Objet : Cet article regroupe et précise l'ensemble des règles applicables en matière de recouvrement des impositions directement recouvrées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

I – Le dispositif proposé

L'ACOSS, qui « pilote » la branche recouvrement de la sécurité sociale, centralise les recettes du régime général de la sécurité sociale collectées par les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). Elle assure également le recouvrement direct de certaines contributions spécifiques, à savoir :

- la contribution assise sur les primes d'assurance obligatoire des véhicules terrestres à moteur (*art. L. 137-6 à L. 137-9 du code de la sécurité sociale*) ;

- la contribution due par les grossistes répartiteurs sur les ventes en gros aux officines pharmaceutiques (*art. L. 138-1 à L. 138-9 du code de la sécurité sociale*) ;

- la clause de sauvegarde sur la progression du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques (*art. L. 138-10 à L. 138-19 du code de la sécurité sociale*) ;

- la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques (*art. L. 245-1 à L. 245-6 du code de la sécurité sociale*) ;

- la contribution due par les laboratoires sur leurs ventes directes aux officines pharmaceutiques (*art. L. 245-6-1 à L. 245-6-4 du code de la sécurité sociale*) ;

- et la cotisation sur les boissons alcooliques (*art. L. 245-7 à L. 245-12 du code de la sécurité sociale*).

Le **paragraphe I** de cet article vise à regrouper l'ensemble des règles communes relatives au recouvrement de ces contributions par l'ACOSS, à l'exception de la cotisation sur les boissons alcooliques qui est recouvrée comme les droits indirects. Un nouveau chapitre VIII *bis* est créé à cet effet dans le titre III (*Dispositions communes relatives au financement*) du Livre premier (*Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base*) du code de la sécurité sociale.

Ce nouveau chapitre comprend quatre articles qui reprennent des dispositions figurant déjà dans le code, parfois dans sa partie réglementaire, ce qui permet de consolider les modalités de recouvrement de ces impositions et d'éviter les contentieux, car il s'agit d'une manière pleinement législative en application de l'article 34 de la Constitution.

Le nouvel article L. 138-20 rappelle que ces cinq contributions sont recouvrées et contrôlées par l'ACOSS, qui peut recourir à l'assistance des URSSAF, notamment par la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement qui sont habilités à effectuer des contrôles sur pièces et sur place pour opérer des vérifications et des redressements d'assiette en tant que de besoin. Cette mise à disposition est rendue nécessaire par le fait que l'ACOSS ne dispose, à la différence des URSSAF, d'aucun corps de contrôleurs propres, car ce métier de recouvrement direct n'est pas dans les attributions traditionnelles de l'agence. On remarque toutefois qu'il n'est désormais plus possible à l'ACOSS de recourir à des agents habilités de l'Etat pour le contrôle de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques.

Le nouvel article L. 138-21 renvoie à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale qui énonce les garanties et sanctions applicables au recouvrement direct des impositions par l'ACOSS, à savoir les mêmes que pour le recouvrement des cotisations sociales par les URSSAF. Il définit ensuite les règles contentieuses : recours gracieux préalable obligatoire, possibilité de remise des pénalités, majorations et taxations provisionnelles appliquées après règlement de la totalité des contributions dues et sous réserve de preuve de la bonne foi du redevable, compétence de la juridiction judiciaire (*reprise de dispositions de l'article R. 245-8 du code de la sécurité sociale*).

Le nouvel article L. 138-22 précise la procédure spécifique de recouvrement prévue pour les entreprises étrangères, qui doivent désigner un représentant résidant en France comme correspondant fiscal responsable des déclarations fiscales et du versement des contributions dues.

Enfin, le nouvel article L. 138-23 renvoie à un décret en Conseil d'Etat le soin de fixer les modalités d'application de ces dispositions.

Le **paragraphe II** supprime par coordination les dispositions relatives au recouvrement de chacune des cinq contributions figurant déjà dans le code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe III** fixe une date d'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2003, ce qui va de soi, d'autant plus que l'ensemble de cet article ne comporte aucune mesure nouvelle.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels, sur proposition de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, et avec l'accord du Gouvernement.

III – La position de votre commission

Votre commission ne soulève pas d'objection au dispositif proposé par le présent article, qui vise à renforcer les bases législatives des règles applicables au recouvrement des contributions concernées.

Sous réserve, en tant que de besoin, d'un amendement de coordination qui serait rendu nécessaire par les votes du Sénat précédemment intervenus, **vosre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Art. 47 bis (nouveau)
(art. L. 144-2 du code de la sécurité sociale)
Dépenses de contentieux de la sécurité sociale

Objet : *Cet article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, vise, d'une part, à transférer aux régimes de sécurité sociale (non agricoles) la charge afférente au contentieux technique et, d'autre part, à actualiser certaines dénominations figurant dans le code de la sécurité sociale.*

I - Le dispositif proposé

Les décisions des organismes de sécurité sociale peuvent faire l'objet d'un double contentieux :

- **le contentieux général**, qui concerne les différends auxquels donne lieu l'application de la législation de la sécurité sociale, et qui ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre contentieux (affiliation et immatriculation ; droits, calcul et montant des prestations, etc.) .

- **le contentieux technique**, qui est destiné à régler les contestations relatives :

- à l'état ou au degré d'invalidité en cas d'accident ou de maladie non professionnelle et à l'état d'inaptitude au travail ;

- à l'état d'incapacité permanente de travail et, notamment, au taux de l'incapacité, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

- aux décisions des caisses régionales d'assurance maladie concernant, en matière d'accidents du travail, la fixation du taux des cotisations, l'octroi de ristournes, l'imposition de cotisations supplémentaires.

Ce contentieux technique relève de la compétence, en première instance, des tribunaux du contentieux de l'incapacité et, en appel, de la *cour nationale de l'incapacité et de la tarification des accidents du travail* (CNITAT), située à Amiens. Les décisions rendues par la Cour nationale peuvent être attaquées par la voie du recours en cassation.

Jusqu'à présent, les dépenses afférentes à ce contentieux étaient prises en charge par l'Etat (budget du travail, de la santé et de la solidarité), à l'exception du contentieux technique concernant les assurés des régimes agricoles, qui est directement pris en charge par ces derniers.

A ce sujet, il convient de noter que :

- dès l'origine (1945), les dépenses afférentes au contentieux général de la sécurité sociale ont été à la charge des régimes sociaux ;

- entre 1945 et 1968, les dépenses afférentes au contentieux technique desdits régimes ont également été à la charge des régimes sociaux, avant d'être transférées à l'Etat, à la faveur de l'entrée en vigueur des ordonnances de 1967 réformant l'organisation de la sécurité sociale. Les archives de la Direction de la sécurité sociale demeurent toutefois muettes sur les véritables raisons de ce transfert.

L'article 35 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ayant « élevé » les tribunaux du contentieux de l'incapacité et la CNITAT au rang de juridictions « à part entière », le présent article propose, (**en son alinéa 1°**), de modifier la rédaction de l'article L. 144-2 du code de la sécurité sociale, afin de transférer, du budget de l'Etat aux régimes de sécurité sociale, la charge des dépenses afférentes au contentieux de l'incapacité.

Ces dépenses, dont le total est évalué à 19 millions d'euros, correspondent, d'une part, aux frais de personnel, de vacations (assesseurs et expertises) et de fonctionnement de la CNITAT et, d'autre part, aux frais de fonctionnement et de personnel des tribunaux du contentieux de l'incapacité.

En revanche, l'Etat conserve à sa charge les rémunérations des présidents des juridictions et celles de leurs secrétaires, ainsi que celles du secrétaire général et des secrétaires généraux adjoints de la CNITAT, représentant un total de 6 millions d'euros.

Les modalités concrètes de prise en charge, par les régimes sociaux non agricoles, des dépenses afférentes au contentieux technique, devraient s'inspirer de ce qui existe déjà pour les dépenses du contentieux général, à savoir :

- remboursement aux caisses primaires d'assurance maladie, par la CNAMTS, des règlements effectués par ces dernières au titre de l'ensemble des régimes sociaux ;

- puis remboursement de la CNAMTS, par ventilation des dépenses correspondantes entre, d'une part, les régimes autres que le régime général (part fixe déterminée par décret) et, d'autre part, les différentes branches du régime général (répartition effectuée par l'ACOSS au prorata du montant de leurs cotisations).

Par ailleurs, le présent article profite de cette modification de l'article L. 144-2 du code de la sécurité sociale pour y actualiser (2°, 3° et 4°) certaines dénominations anciennes, afin de les remplacer par les appellations

en vigueur (« Caisse centrale de la mutualité sociale agricole » ; « Fonds spécial d'invalidité » ; « Fonds de solidarité vieillesse »).

II – La position de votre commission

Votre commission prend acte de ce nouveau transfert de dépenses entre l'Etat et les régimes de sécurité sociale, et le regrette.

Toutefois, compte tenu de la modestie des sommes en cause, des antécédents historiques du dossier, et du fait que le régime agricole supporte, déjà, les dépenses afférentes à son contentieux technique, elle n'estime pas nécessaire de s'opposer à son transfert.

En outre, le rejet de cet article aurait pour conséquence concrète de ralentir, sinon d'empêcher totalement, le fonctionnement des nouvelles juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale, l'Etat ayant déjà clairement signifié qu'il n'entendait plus prendre à sa charge les dépenses correspondantes. Le montant de ces dépenses ne paraît donc pas justifier un « blocage » éventuel desdites juridictions qui ne serait préjudiciable, dans les faits, qu'aux assurés.

Pour l'ensemble de ces raisons, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 47 bis

(art. L. 251-8 et L. 251-9 nouveaux du code de la sécurité sociale)

Création d'un fonds de réserve et de régulation conjoncturelle au sein de chaque branche du régime général de sécurité sociale

Objet : Le présent article additionnel vise à créer, dans les comptes de la branche famille et de la branche accidents du travail du régime général, un fonds de réserve et de régulation conjoncturelle, sur le modèle de celui qui existe déjà pour la branche maladie.

Les recettes de la sécurité sociale, principalement constituées de cotisations et de contributions (CSG), sont extrêmement sensibles aux variations conjoncturelles de l'activité économique. Outre l'évolution structurelle des dépenses propres à chaque branche, l'équilibre financier de la sécurité sociale est ainsi tributaire de ces variations, les déficits des années de récession succédant aux excédents des années de croissance, et vice versa.

Afin de neutraliser les effets défavorables de ces « à-coups » conjoncturels sur les comptes sociaux, il paraît donc utile à votre commission d'autoriser chaque branche à affecter ses excédents éventuels à un fonds de réserve lui permettant de faire face, le cas échéant, à ses déficits ultérieurs.

Afin de respecter le principe de l'autonomie de gestion de chaque branche de la sécurité sociale, il est essentiel que chacune d'entre elles dispose d'un fonds de réserve qui lui soit propre, sur le modèle de celui qui existe déjà pour la branche maladie (*art. L. 251-3 du code de la sécurité sociale*).

Au regard du niveau des réserves ainsi constituées et des perspectives de la branche, les conseils d'administration des caisses nationales pourront, le cas échéant, proposer d'ajuster, dans cette optique de lissage des soldes, le niveau des dépenses et, notamment, celles qu'ils consacrent à leur action sanitaire et sociale.

Il s'avère donc nécessaire de créer un tel fonds au sein des comptes respectifs de la branche famille et de la branche accidents du travail.

En revanche, les excédents de la branche vieillesse étant déjà affectés, par la loi, au Fonds de réserve des retraites, il n'y a pas lieu de prévoir de disposition particulière à ce sujet.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

Article additionnel après l'article 47 bis

Approbation des comptes prévisionnels pour 2003 du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC)

Objet : Cet article vise à « solenniser » l'approbation, par le Parlement, des comptes du FOREC, afin d'en garantir la transparence.

Les prévisions de recettes et de dépenses du FOREC ne sont pas clairement identifiées, en tant que telles, dans les agrégats de dépenses et de recettes du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

En réalité, les dépenses du FOREC sont les recettes des branches de sécurité sociale au titre de la compensation des exonérations de cotisations.

Mais le FOREC n'apparaît dans les agrégats de la loi de financement que par le biais de ses propres recettes sur la ligne *impôts et taxes affectés* de

l'article de prévision de recettes. Si une dotation budgétaire d'ajustement lui est versée, elle apparaîtra sur une autre ligne de cet article (*ligne contributions publiques*). En revanche, le FOREC, dans les comptes des caisses, est traité sous la rubrique *transferts reçus* mais il est éliminé, par consolidation de la ligne correspondante de l'article de prévision de recettes de la loi de financement.

Naturellement, tout se complique encore davantage lorsque, comme pour l'exercice 2000, apparaît une insuffisance des recettes du FOREC dans le cadre, de surcroît, d'une présentation des comptes en droits constatés.

Aussi, votre commission estime-t-elle que la représentation nationale doit adopter, en toute connaissance de cause, les conditions précises de l'équilibre prévisionnel du FOREC qui ne figure, actuellement pour information, que dans l'annexe *f*) du projet de loi. En effet, et compte tenu des masses financières en jeu (environ 16 milliards d'euros), ces prévisions déterminent, largement, l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale.

Cette adoption « solennelle » des comptes prévisionnels du FOREC s'inscrit dans le cadre, plus général, des propositions de votre commission concernant la clarification et simplification qu'elle juge souhaitable d'apporter en ce domaine.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

Art. 48

Fixation des plafonds d'avances de trésorerie pour 2003

Objet : Cet article, qui fait partie du contenu « obligatoire » des lois de financement de la sécurité sociale, fixe les limites dans lesquelles les besoins de trésorerie des régimes obligatoires, comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraites titulaires de droits propres, peuvent être couverts par des ressources non permanentes.

I – Le dispositif proposé

Le présent article fixe à *12,5 milliards d'euros le plafond d'avances de trésorerie autorisées pour le régime général en 2003*, soit un triplement par rapport au niveau défini dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, qui était de 4,42 milliards d'euros.

Ce plafond a été déterminé sur la base des évaluations réalisées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Selon ces évaluations, le « point d'entrée » de la trésorerie du régime général (au 1^{er} janvier 2003) se situerait à - 2,7 milliards d'euros. La variation annuelle de trésorerie serait de - 7,1 milliards d'euros, le solde au 31 décembre 2003 atteignant - 9,8 milliards d'euros. Le solde moyen sur cet exercice est estimé à - 3,16 milliards d'euros.

Le point le plus haut de la trésorerie du régime général est prévu au mois de février (+ 6,47 milliards d'euros), tandis que *le besoin de trésorerie le plus élevé serait de 10,6 milliards d'euros au mois de décembre 2003*. Compte tenu des difficultés de cet exercice de prévision, la « marge de sécurité » retenue par le présent article, c'est-à-dire l'écart entre le « point bas » de la trésorerie du régime général et le plafond d'avances autorisées, est donc d'environ 2 milliards d'euros.

En revanche, les plafonds d'avances de trésorerie autorisées par le présent article sont *inchangés par rapport à ceux qui avaient été définis, en 2002, pour le régime des exploitants agricoles (BAPSA), la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) et le Fonds spécial de pension des ouvriers des établissements de l'Etat (FSPOEIE)*. Ces plafonds s'établissent comme suit :

(en millions d'euros)

	Plafonds d'avances 2003
BAPSA	2210
CNRACL	500
FSPOEIE	80

II – Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a modifié, sur proposition de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, et avec avis favorable du Gouvernement, le plafond d'avances initialement prévu pour la Caisse autonome de sécurité sociale dans les mines, *en le réduisant de 330 à 200 millions d'euros*. Cette décision a été justifiée par le fait que le profil prévisionnel de ce régime, tel que communiqué dans l'annexe c) du présent projet de loi, ne justifiait pas le maintien, au niveau antérieur, du plafond d'avances autorisées.

III – La position de votre commission

Votre commission s'était régulièrement étonnée, les années précédentes, du maintien, à un niveau élevé, du plafond d'avances de trésorerie du régime général, alors que le précédent Gouvernement ne cessait de se féliciter, par ailleurs, du redressement des comptes dudit régime. En 2001, encore, ce plafond d'avances avait été fixé à environ 4 milliards d'euros en loi de financement initiale, alors que le point le plus bas atteint, cette année-là, par la trésorerie du régime général, ne fut que 1,9 milliard d'euros.

En revanche, votre commission constate que *la hausse importante du plafond d'avances proposé, pour 2003, par le présent article correspond à une appréciation réaliste de l'évolution probable de la situation financière du régime général*. En effet, la « marge de sécurité » ainsi prévue, soit environ 2 milliards d'euros, rapportée au montant prévisionnel du point le plus bas de trésorerie, soit 10,6 milliards d'euros, est beaucoup plus faible que celle qui avait été définie dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (soit une marge de 1,6 milliard d'euros pour un point bas de 2,8 milliards d'euros).

Par ailleurs, votre commission prend acte du relèvement du plafond de trésorerie de la caisse autonome de sécurité sociale dans les mines décidé par l'Assemblée nationale, tout en rappelant que le profil prévisionnel de trésorerie de ce régime, tel qu'établi à l'annexe c) du présent projet de loi, devrait être légèrement déficitaire en décembre 2003.

En revanche, le profil prévisionnel de trésorerie du BAPSA devrait rester, quant à lui, constamment positif au cours de l'année 2003, notamment en raison des recettes supplémentaires dont ce régime devrait bénéficier au titre, d'une part, de la modification des paramètres de la compensation vieillesse et, d'autre part, de l'augmentation de la subvention d'équilibre versée par l'Etat. Toutefois, votre commission n'a pas jugé nécessaire d'ajuster, en conséquence, son plafond de trésorerie, l'équilibre financier du BAPSA ayant toujours été, au cours de ces dernières années, pour le moins précaire.

S'agissant, enfin, de la CNRACL, le plafond d'avances autorisées paraît adapté aux besoins prévisionnels de trésorerie de ce régime pour 2003.

Sous réserve de ces observations, **votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 13 novembre 2002, sous la **présidence de M. Nicolas About, président**, la commission a procédé à l'**examen du rapport sur le projet de loi n° 47 (2002-2003) de financement de la sécurité sociale pour 2003**, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture : **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie ; M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille ; M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse.**

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a constaté d'emblée que la situation financière telle qu'elle ressortait du dernier rapport de la commission des comptes, et des annexes du projet de loi de financement pour 2003, démontrait que le pessimisme dont la commission avait fait preuve en octobre 2002 était justifié.

En effet, après trois années d'excédents dus à une conjoncture économique exceptionnelle, la détérioration de la situation financière de la sécurité sociale et, plus particulièrement du régime général, se confirme.

Les perspectives « spontanées » du fonds de solidarité vieillesse (FSV) et du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) sont également négatives pour 2003.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a considéré qu'à l'origine de cette détérioration générale des comptes sociaux, il y avait la conjonction d'un ralentissement des recettes et d'une vive croissance des dépenses de la sécurité sociale.

Les recettes du régime général ont bénéficié pendant trois ans, et surtout en 2000-2001, d'une très forte progression de la masse salariale. Cette période exceptionnelle a pris fin en 2002, et la masse salariale, sans s'effondrer, n'augmentera plus qu'au même rythme que le produit intérieur brut (PIB).

Parallèlement, les dépenses de la sécurité sociale progressent de plus en plus rapidement : 3,9 % en 2000, 5,1 % en 2001, 5,7 % en 2002. Cette

accélération porte principalement sur l'assurance maladie. Ainsi, la croissance des dépenses du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est estimée à 7,2 % en 2002, à comparer avec les 3,9 % retenus, par le précédent gouvernement, dans le cadre de la loi de financement de l'année dernière.

Le déficit du régime général se concentre, ainsi, sur celui de la branche maladie. En revanche, les branches vieillesse et famille devraient rester excédentaires, du moins jusqu'en 2003. Cette situation contrastée entre les branches est, d'ailleurs, la caractéristique marquante de la période actuelle, qui se distingue, ainsi, de la crise financière de la sécurité sociale du début des années 1990, qui avait affecté l'ensemble des branches du régime général. Aujourd'hui, le retour à l'équilibre de la sécurité sociale suppose donc, avant tout, de régler le problème de l'assurance maladie.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a estimé que, dans ce contexte difficile, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 ne pouvait résoudre, d'emblée, tous les problèmes. Il est, comme l'a rappelé le ministre, un texte de transition.

Mais il fait, néanmoins, apparaître des éléments salutaires de rupture avec les errements du précédent gouvernement, qui marquent la mise en oeuvre d'une autre politique.

Tout d'abord, en annonçant le dépôt, d'une part, d'un projet de loi de programmation quinquennale de santé publique, et, d'autre part, en tant que de besoin, d'un « collectif social » destiné à ajuster les prévisions de dépenses et de recettes au regard des évolutions effectivement constatées, le Gouvernement redonne, tout à la fois, du sens et de la crédibilité au débat sur les finances sociales.

Par ailleurs, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 comporte des dispositions visant à engager la clarification, indispensable, des circuits financiers de la sécurité sociale.

Il s'agit, en premier lieu, du début du remboursement, aux régimes de sécurité sociale, de la dette qui leur est due au titre du déficit du FOREC pour l'année 2000.

Il s'agit, en second lieu, de l'affirmation d'une compensation intégrale, aux régimes de sécurité sociale, des pertes de cotisations résultant de l'entrée en vigueur, au 1^{er} juillet 2003, du nouvel allègement de charges sociales prévu par la loi « Fillon ».

Le Gouvernement confirme, ainsi, sa volonté de respecter les dispositions de la « loi Veil » de 1994, selon lesquelles toute exonération de

cotisations décidée par l'Etat doit être intégralement compensée, par ce dernier, à la sécurité sociale.

Ces mesures nouvelles contribueront également à réduire, à due concurrence, le déficit du régime général en 2002 et 2003.

Mais M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a constaté que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 contenait, également, des dispositions qui devaient, de son point de vue, relever d'une transition aussi brève que possible.

Il a, tout d'abord, mentionné le fait que le remboursement de la moitié de la dette due à la sécurité sociale, au titre du FOREC, est effectué, non par le budget général de l'Etat, mais par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), ainsi que la poursuite du transfert à la CNAF des majorations de pension pour enfants.

Il a évoqué enfin la modification, par voie réglementaire, des paramètres du régime de compensation entre les régimes de retraites.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a proposé qu'une étape supplémentaire soit franchie sans attendre dans la simplification des circuits financiers de la sécurité sociale.

Cette simplification aurait deux objectifs principaux, d'une part, la remise en ordre des comptes du FOREC et, d'autre part, la clarification de la répartition des compétences entre la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), le FSV et l'Etat.

S'agissant du FOREC, le rapporteur a rappelé les nombreux griefs exprimés à son encontre par la commission. Il a indiqué que trois solutions pouvaient être envisagées quant à l'avenir de ce fonds.

La première solution consisterait à réaffecter ses recettes et ses dépenses au budget de l'Etat. La deuxième solution serait de « ventiler » ses recettes entre les différents régimes de sécurité sociale concernés. La troisième solution tendrait à consolider le FOREC, en le dotant d'un régime plus simple et plus transparent.

Selon le rapporteur, compte tenu des masses financières en jeu, la première solution s'avère difficilement réalisable dans l'immédiat, la seconde solution serait, quant à elle, dangereuse, dans la mesure où elle rendrait totalement opaque la compensation, à la sécurité sociale, des exonérations de cotisations.

Aussi a-t-il proposé de retenir la simplification de la structure des recettes du FOREC.

Celui-ci ne conserverait ainsi que les recettes « historiques » de la sécurité sociale, à savoir les droits sur les alcools et sur les tabacs, ainsi que la taxe sur les véhicules terrestres à moteur. Afin d'assurer son équilibre financier, il serait désormais bénéficiaire de la totalité du produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances, qu'il partage actuellement avec l'Etat. En contrepartie, ce dernier récupérerait les autres recettes actuellement affectées au FOREC, à savoir la taxe générale sur les activités polluantes, la taxe sur les véhicules de sociétés et la contribution sociale sur les bénéfices des sociétés.

Parallèlement, la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire serait restituée au FSV, dont c'était l'une des recettes « historiques ».

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a estimé que la clarification nécessaire des comptes du FOREC devait aller plus loin. Le précédent gouvernement essayait d'équilibrer le FOREC en lui affectant, chaque année, et parfois à titre rétroactif, des recettes nouvelles. Il paraît plus efficace que l'ajustement annuel des comptes du FOREC soit assuré par une dotation budgétaire, votée, et précisément ajustée, chaque année en loi de finances. En contrepartie, les excédents éventuellement constatés après la clôture d'un exercice donné seraient restitués au budget de l'Etat, le FOREC n'ayant pas vocation à constituer une « cagnotte ».

En ce qui concerne la clarification des missions respectives de la CNAF, du FSV et de l'Etat, celle-ci paraît d'autant plus nécessaire que règne aujourd'hui, en ce domaine, la plus grande confusion.

En effet, après trois ans de manipulations financières, la CNAF finance une prestation de solidarité vieillesse, les majorations de pension pour enfants. Le FSV prend en charge, au lieu et place de l'Etat, la dette de ce dernier à l'égard des régimes complémentaires de retraite, l'association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC) et l'association des régimes de retraite complémentaire (ARRCO). L'Etat, quant à lui, assure le financement d'une prestation familiale, l'allocation de parent isolé (API).

Face à cette confusion extrême, M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a proposé une architecture de bon sens : la CNAF serait allégée de la totalité de la charge des majorations de pensions mais assurerait, à nouveau, le service de l'API. La neutralisation financière de cette opération, pour le FSV, serait effectuée par un transfert, à son profit, de 0,1 point de la CSG « famille ». Le taux de cette contribution sociale généralisée (CSG) « famille » serait, désormais,

sanctuarisé à 1 point. La branche famille serait ainsi garantie contre une nouvelle progression de sa contribution au titre des majorations de pension pour enfants.

Le FSV serait « dédommagé », comme il a été dit, par 0,1 point de CSG « famille », complété de deux autres mesures, à savoir, d'une part, le transfert à l'Etat de la dette contractée par ce dernier à l'égard des régimes complémentaires de retraite, l'AGIRC et l'ARRCO et, d'autre part, la récupération de la taxe sur les contrats de prévoyance, qui fut l'une de ses recettes « historiques », et qui a été détournée, depuis, au bénéfice du FOREC.

L'Etat reprendrait, à sa charge, sa dette à l'égard de l'AGIRC et de l'ARRCO. Ses masses budgétaires diminueraient, en revanche, en raison du retour de l'API à la branche famille. Ses relations financières avec le FOREC seraient simplifiées et il récupérerait, en outre, les excédents éventuels de ce fonds.

Cette réorganisation d'une masse financière de 8,5 milliards d'euros se ferait, sous réserve d'ajustements à la marge et d'une prime justifiée à la branche famille, selon le principe de neutralité financière qui, seul, peut en garantir la faisabilité dans le contexte budgétaire d'aujourd'hui.

Abordant la situation et les perspectives de la branche assurance maladie, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a constaté qu'en arrivant aux responsabilités, le nouveau Gouvernement avait trouvé un système de santé en crise profonde : des professionnels désarmés et démotivés, des établissements de santé fragilisés et inquiets, une assurance maladie privée de pilote.

Il a été de surcroît confronté à un contexte financier extrêmement dégradé, marqué par le ralentissement de la croissance des recettes amplifiant les effets des dérapages successifs de l'ONDAM et, in fine, par le déficit considérable que connaît l'assurance maladie.

M. Alain Vasselle a estimé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 était, à l'évidence, comme le Gouvernement l'avait lui-même souligné, un texte de transition. Il vise à mettre fin aux dispositions les plus contestables héritées de la précédente législature ; il prépare également l'avenir de notre système de santé en traçant, d'ores et déjà, les pistes de sa refondation et de sa pérennisation. Il répond, enfin, à un certain nombre de préoccupations exprimées depuis longtemps par la commission. Il est avant tout fondé sur la confiance que place le Gouvernement dans les différents acteurs du système de santé. Le choix a été fait -et il est clairement assumé- de parier sur la responsabilité de chacun.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a souligné que le nouveau Gouvernement devait assumer le lourd héritage de cinq années d'errements.

L'ONDAM a été systématiquement dépassé depuis 1998. Sur cinq années, de 1998 à 2002, le dérapage entre l'objectif voté et l'ONDAM réalisé a eu nettement tendance à s'accroître et le dérapage cumulé de ces cinq années s'élève ainsi à 12,8 milliards d'euros, soit 84 milliards de francs.

La branche maladie se trouve dès lors fragilisée.

La caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a connu en 2001 un déficit de 2,1 milliards d'euros, enregistrant ainsi une détérioration significative par rapport au solde 2000. Cette dégradation du solde de la branche s'explique à la fois par la forte hausse des dépenses et par la provision exceptionnelle de 948 millions d'euros destinée à couvrir l'annulation de la créance 2000 sur le FOREC.

En 2002, la situation financière de la CNAMTS se dégrade encore plus fortement : le déficit devrait presque tripler, pour atteindre 6,1 milliards d'euros.

L'hypothèse retenue par le Gouvernement dans le projet de loi de financement pour 2003 est celle d'un ONDAM, net de la contribution conventionnelle de l'industrie pharmaceutique, de 123,5 milliards d'euros, en droits constatés, soit une augmentation de 5,3 % des dépenses par rapport aux prévisions actuelles pour l'ONDAM 2002, auxquelles sont ajoutés 580 millions d'euros de dépenses transférées sur l'ONDAM à partir de 2003.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a estimé que, pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM retenu apparaissait crédible et réaliste. Rappelant l'observation de la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2001, selon laquelle « une régulation ne peut être crédible et donc efficace que si elle s'appuie sur des objectifs fixés de manière réaliste », il a constaté que les ONDAM trop restrictifs votés les années précédentes avaient eu pour effet de démotiver les professionnels de santé et de décrédibiliser l'outil que l'ONDAM était censé constituer.

Avec un ONDAM en progression de 5,3 %, le solde prévisionnel de la branche maladie en 2003 se détériorerait encore de 2 milliards d'euros, pour atteindre 8 milliards d'euros. Les différentes mesures contenues dans le projet de loi devraient toutefois parvenir à limiter ce déficit à 6,9 milliards d'euros.

Mais au-delà du chiffre retenu pour l'ONDAM 2003, c'est la volonté affirmée par le Gouvernement de « médicaliser » l'ONDAM, répondant ainsi aux souhaits exprimés par notre commission depuis plusieurs années, qui est apparue importante au rapporteur.

La détermination du taux d'évolution et du niveau, en valeur, de l'ONDAM a essentiellement reposé, ces dernières années, sur des critères budgétaires. Dépourvu de tout contenu en santé publique, il reste aujourd'hui un arbitrage comptable, inévitablement contesté, entre les contraintes financières de l'assurance maladie et le souci des pouvoirs publics d'apaiser les tensions que connaît notre système de soins.

A cet égard, M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a rappelé qu'un des trois groupes de travail créés au sein de la Commission des comptes de la sécurité sociale était consacré précisément à la médicalisation de l'ONDAM. Présidé par M. Alain Coulomb, délégué général de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), il devrait remettre ses conclusions au premier trimestre 2003.

En outre, le Gouvernement s'est engagé à présenter au Parlement, au printemps de chaque année, un projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificatif, ou « collectif social », si les données économiques et financières s'écartent sensiblement du projet initial, par exemple si les dépenses d'assurance maladie venaient à croître plus vite que prévu.

Abordant les soins de ville, M. Alain Vasselle a rappelé que, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, la commission s'était émue de la dégradation très sensible des relations entre les pouvoirs publics et l'ensemble des professionnels de santé. Elle avait regretté que la politique gouvernementale ait abouti à un blocage durable des relations conventionnelles.

Il s'est félicité, par conséquent, que l'examen du présent projet de loi intervienne dans un contexte nouveau, marqué par la reprise du dialogue entre les différents partenaires. Le climat a indéniablement changé et chacun peut s'en réjouir.

Ce dialogue renoué a permis la signature d'un accord conventionnel entre la CNAMTS et les médecins généralistes, le 5 juin 2002, accord qualifié de « fondateur » par le ministre de la santé.

Cet accord apparaît très symbolique de la démarche qu'entend désormais adopter le Gouvernement dans ses relations avec les professionnels de santé. Prenant acte de l'échec du dispositif de lettres-clés flottantes, le Gouvernement a pris la décision de « tourner la page de la régulation comptable au profit d'une maîtrise médicalisée qui fait le choix de la confiance ».

Dans le prolongement de l'accord signé le 5 juin 2002, dont les résultats sont d'ores et déjà tangibles, le Gouvernement a également souhaité redonner vie à la politique conventionnelle. Les négociations entre la CNAMTS et le centre national des professions de santé, relatives à l'accord-cadre interprofessionnel

prévu par la loi du 6 mars 2002, ont véritablement démarré au mois de juillet, sous l'impulsion du ministre de la santé. Elles devraient s'achever avant la fin de l'année 2002.

Parallèlement, les caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives de médecins ont entamé des discussions afin de définir un nouveau cadre conventionnel propre aux généralistes et aux spécialistes.

Le présent projet de loi pose les bases d'un nouveau mode de régulation, fondé sur la confiance partagée, la qualité des soins et l'optimisation médicalisée des dépenses. L'article 15 met ainsi un terme définitif au mécanisme dit « des lettres-clés flottantes », auquel le Sénat s'est opposé à de nombreuses reprises.

Le Gouvernement fonde l'optimisation médicalisée des dépenses de santé sur les accords de bon usage de soins et sur l'excellence des soins : le récent accord consacré à la réforme de la tarification de la visite des médecins généralistes est un exemple de la démarche que le Gouvernement souhaite promouvoir.

La responsabilisation de l'assuré n'est pas oubliée, comme en témoigne l'article 27 du projet de loi, qui instaure un tarif forfaitaire de remboursement sur la base du générique.

*Abordant la situation de l'hôpital, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a constaté que les établissements publics de santé connaissent des difficultés financières croissantes depuis quelques années. D'expédients en reports de charges, les hôpitaux accumulent des déficits qui atteignent désormais un niveau considérable.*

C'est dans ce contexte déjà particulièrement tendu qu'a été décidée, sans préparation ni concertation préalable, l'application de la réduction du temps de travail aux établissements publics de santé.

Dans « un esprit de continuité républicaine », le Gouvernement a indiqué qu'il assumerait les décisions prises par le précédent gouvernement et qu'il ne remettrait donc pas en cause la réduction du temps de travail (RTT) dans les hôpitaux.

Conscient cependant des difficultés que suscite cette réforme, M. Jean-François Mattei a constitué une mission nationale d'évaluation de la RTT dans les établissements de santé, présidée par M. Angel Piquemal, directeur du centre hospitalier de Bayonne.

Dans un rapport remis jeudi 7 novembre au ministre de la santé, la mission nationale d'évaluation constate que la RTT a accentué « la crise du système hospitalier et de ses missions », confirmant en cela le diagnostic

qu'avait posé le rapporteur lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Le panorama du fonctionnement hospitalier dressé par le rapport semble inquiétant : « repli sur soi des équipes, augmentation des "prescriptions-parapluie", du temps d'attente aux urgences, des délais pour les actes programmés et retards pour l'envoi des comptes rendus ». De plus, « les tensions à l'intérieur des équipes se sont accrues ». Les personnels se plaignent d'une « dégradation des soins », qui retentit sur « leur propre reconnaissance professionnelle ».

Face à ce constat, la mission préconise de ne pas remettre en cause le principe de la RTT à l'hôpital mais d'en « clarifier le contexte » en « développant une politique de gestion prévisionnelle des emplois » et en « accroissant la visibilité financière » des hôpitaux. Elle formule un certain nombre de recommandations concernant les « ajustements » à apporter à la RTT.

Ce rapport était très attendu par le Gouvernement qui doit dévoiler, le 20 novembre, en Conseil des ministres, le contenu du plan « Hôpital 2007 ».

Ce plan a pour objet, selon les termes du Gouvernement, de « redonner ambition et espoir au monde hospitalier ».

Il reposera tout d'abord sur une relance volontariste de l'investissement. Ainsi, un plan quinquennal d'investissement sera engagé dès 2003. Le présent projet de loi comporte un premier effort important, permettant le financement de la première tranche du plan de 6 milliards d'euros, soit pour 2003, plus d'1 milliard d'euros d'investissements supplémentaires.

Le deuxième volet du plan repose sur la rénovation du mode de financement des établissements par l'instauration de la tarification à l'activité.

Les objectifs de la tarification à l'activité sont de pouvoir fonder le financement de chaque établissement sur une mesure juste de son activité, en volume et en structure, et de rapprocher ainsi les modes de financement et de régulation des deux secteurs d'hospitalisation.

Le troisième volet du plan vise à assouplir les règles de planification. Les autorisations qui sont encore effectuées au niveau national seront ainsi déconcentrées aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Enfin, le Gouvernement souhaite que les établissements puissent jouir d'une plus grande autonomie dans leur gestion quotidienne. Ceci suppose la simplification d'un certain nombre de règles, en particulier pour les achats, qui provoquent à la fois des surcoûts et des dysfonctionnements au sein des établissements.

Il s'agit donc d'un plan ambitieux, à la hauteur du défi que représente aujourd'hui le sauvetage de notre système hospitalier.

Abordant la situation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a rappelé que le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale proposait de fixer l'objectif de dépenses à 9,4 milliards d'euros en 2003, soit une hausse de 10,2 % par rapport à l'objectif initial pour 2002.

Cette prévision confirme donc la croissance soutenue des dépenses constatées les années passées. Aujourd'hui, l'évolution des dépenses de cette branche est désormais la plus forte de l'ensemble des dépenses des branches de la sécurité sociale.

Cette hausse des dépenses tient moins à l'évolution des prestations servies qu'à la progression des transferts à la charge de la branche. Alors que les transferts ne représentaient que 12 % des dépenses en 2000, ils en représenteront près de 19 % en 2003.

Cette progression des transferts a une double origine.

D'une part, les transferts vers la branche maladie visant à compenser les dépenses supportées indûment par cette branche au titre des AT-MP ont sans cesse augmenté depuis 1997. Ils atteindront 330 millions d'euros en 2003 et devraient sans doute encore augmenter à l'avenir.

D'autre part, les transferts vers les deux fonds destinés à indemniser les victimes de l'amiante, fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), s'accroissent : ils atteindront 640 millions d'euros en 2003. L'amiante représente désormais 13 % des dépenses de la branche. Toutefois, la montée en charge des deux fonds est loin d'être parallèle. Les dépenses du FCAATA progressent à très vive allure. La montée en charge du FIVA est en revanche très lente, compte tenu de regrettables retards rencontrés pour son installation : il n'a toujours pas établi son barème d'indemnisation et s'est contenté pour l'instant de verser de premières provisions.

Cette progression des dépenses de la branche conduit alors à fragiliser les conditions générales de son équilibre financier. Certes, la branche reste encore excédentaire. Mais la tendance à la hausse des transferts pourrait rendre plus difficile, toutes choses égales par ailleurs, la réalisation de l'équilibre pour les années à venir.

Ces considérations financières ne doivent pourtant pas retarder la nécessaire modernisation de cette branche.

A cet égard, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, s'est félicité que le présent projet de loi prévoie, à son article 38, un renforcement de l'autonomie de la branche, en la dotant d'une convention d'objectifs et de gestion et d'un conseil de surveillance spécifique.

Mais il a considéré que la question de la modernisation de la branche ne pouvait, bien entendu, pas faire l'impasse sur celle du passage à la réparation intégrale. D'importants travaux sont en cours sur l'évaluation des coûts d'une telle réforme et sur ses modalités juridiques. Ils ne devraient être achevés qu'à la mi-2003.

Le Gouvernement a, d'ores et déjà, annoncé qu'à l'issue de ces travaux sera menée une large concertation sur l'évolution de l'actuel dispositif de réparation des risques professionnels.

Enumérant les chantiers en cours, (médicaliser l'ONDAM, restaurer le dialogue et la confiance avec les professionnels de santé, redonner un sens à la politique conventionnelle, jeter les bases d'une véritable maîtrise médicalisée des dépenses, moderniser l'hôpital en surmontant le défi que représente la réduction du temps de travail, préparer l'évolution de notre dispositif de réparation des risques professionnels), **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a conclu en estimant que le Gouvernement pourrait compter, dans sa tâche, sur le soutien de la commission.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, a considéré que les familles n'avaient pas profité en priorité des fruits de la forte croissance qu'avait connue la précédente législature.

Il a constaté que la situation excédentaire de la branche se maintenait en 2003, à hauteur de 1,7 milliard d'euros en raison de l'écart structurel entre les recettes qui, à législation constante, évoluent comme la masse salariale, et les prestations qui sont, pour 80 % d'entre elles, réévaluées comme les prix.

Il a regretté que le dynamisme de la branche famille ait été, par le passé, mal utilisé.

Ses excédents ont fait l'objet, depuis l'année 2000, de multiples ponctions. Plus que les autres branches encore, elle a été impliquée dans le financement direct et indirect du FOREC. Mais comme les autres branches, elle a dû faire face à sa défaillance en 2000.

Privée d'une partie de ses recettes, en l'espèce la part qui lui revenait de la taxe de 2 % sur les revenus du patrimoine, elle a dû prendre progressivement en charge la majoration de l'allocation de rentrée scolaire, jusqu'alors décidée et financée par l'Etat, puis par tranches de 15 % par an,

des majorations de pension pour enfants, versées par le FSV en tant qu'avantage vieillesse.

Il a constaté que, lorsque l'Etat « goûtait » d'un prélèvement, il peinait à réguler son appétit. Aussi, en 2003, le transfert à la CNAF du financement des majorations de pension pour enfants était-il maintenu et même accru.

Il a toutefois considéré que le précédent gouvernement était lourdement responsable de la situation financière très dégradée du fonds de solidarité vieillesse, résultant de la double ponction dont il avait fait lui-même l'objet pour alimenter le FOREC et le fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Or, c'est cette situation alarmante qui, sinon justifie, du moins explique la contribution qu'il est encore demandé à la branche famille d'apporter en 2003.

Le second facteur de mauvaise utilisation du dynamisme de la branche famille résulte, selon le rapporteur, des relations complexes que celle-ci entretient avec l'Etat mais aussi avec les autres caisses.

Se pose en particulier le problème des prestations que la CNAF gère pour le compte de l'Etat : le revenu minimum d'insertion (RMI), l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et l'allocation de parent isolé (API). Le poids de ces activités au sein des missions de la CNAF ne cesse en effet de croître, puisque ces minima sociaux représentent désormais plus de 40 % du montant des prestations légales, contre moins du quart en 1998.

Or l'Etat refuse toujours de s'acquitter du remboursement des frais de gestion engendrés par le versement de ces prestations. Le manque à gagner pour la branche atteint 150 millions d'euros, soit autant de moins pour les missions traditionnelles de la branche.

Ces missions sont en effet multiples. La première et la plus importante est le versement des prestations familiales légales, qui représentent 72 % des dépenses de la CNAF.

Ce poste a connu un recul certain sous la législature précédente, puisqu'il n'a augmenté que de 9,7 %, pour une augmentation totale des dépenses de la branche de 12,6 % sur la même période, soit encore une évolution moins rapide que celle du PIB.

Ce recul est dû en particulier au développement des prestations mises sous condition de ressources, à l'instar de l'allocation pour jeune enfant, de l'allocation parentale d'éducation ou encore de l'allocation de garde d'enfant à domicile. Ces prestations sous condition de ressources représentent la moitié des prestations aujourd'hui, contre un peu plus du tiers en 1998.

A ce titre, **M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille**, s'est félicité d'une mesure du présent projet de loi de financement, qui met l'accent sur cette mission originelle de la branche et revient à une politique familiale plus universelle : la mise en place d'une allocation forfaitaire de 70 euros versée pendant un an aux familles de trois enfants ou plus à charge, qui perdaient brutalement le bénéfice des allocations familiales au 20^e anniversaire de l'un d'entre eux.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, a ensuite évoqué la seconde mission importante de la branche qui concerne l'action sociale. Si elle ne représente que 8 % des dépenses de la CNAF, elle tient symboliquement une place de choix, puisque l'« espace de liberté » de la branche y réside, en particulier au niveau local, et voit régulièrement ses moyens renforcés.

Cette forte augmentation des dépenses d'action sociale s'explique en particulier par la mise en œuvre de la convention d'objectif et de gestion 2001-2004, qui autorise une augmentation du fonds national d'action sociale (FNAS) de 910 millions d'euros sur quatre ans au profit de quatre priorités : l'accueil des jeunes enfants, les loisirs et vacances, et l'accompagnement des familles par le biais de la médiation familiale.

Enfin, **M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille**, a évoqué une troisième mission de la branche famille dans le domaine des aides personnelles au logement.

Il s'est félicité de l'orientation générale prise par la politique de l'aide au logement depuis la réforme de 2001, qui s'est traduite par une amélioration de la situation financière des familles les plus modestes, du fait de l'alignement du barème de l'allocation de logement familial (ALF) sur celui de l'aide personnalisée au logement (APL), plus favorable.

En effet, si les prestations légales se doivent d'être suffisamment universelles pour compenser la charge de l'enfant, il n'en est pas de même des aides au logement, dont l'esprit est plus proche de celui des aides sociales.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, a estimé qu'il était aujourd'hui indispensable de renouer avec une politique familiale ambitieuse, qui répond aux besoins croissants des familles.

Il a ainsi évoqué le nécessaire accompagnement des familles qui ont de jeunes enfants à charge.

Se félicitant que la France continue à connaître une nette augmentation du nombre annuel de naissances, il en a souligné les conséquences concrètes : la montée en charge des aides liées à la petite enfance, qui représentent désormais 25,5 % des prestations légales.

Il a estimé que ces aides devaient toutefois être rééquilibrées au profit des aides à la garde à domicile qui ont été négligées dans la précédente législature.

Quant au fonds d'investissement pour la petite enfance (FIPE), il a estimé qu'il avait trouvé un fondement légal à son existence en tant que prestation extralégale par la signature d'un avenant à la convention d'objectifs et de gestion.

Après avoir rappelé la censure, par le Conseil constitutionnel, de l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, il a observé que le présent projet de loi de financement permettait de ratifier en quelque sorte cet avenant à la convention d'objectifs et de gestion à travers le vote de l'objectif de dépenses révisé pour 2002 et de l'objectif de dépenses pour 2003.

Abordant l'autre grand chantier réclamé par les familles concernant la question des jeunes adultes, il a évoqué les travaux de la commission nationale pour l'autonomie des jeunes.

Il a rappelé que, dans son rapport rendu en avril dernier, cette commission avait proposé la création d'une « allocation de formation » et d'un « revenu contractuel d'accès à l'autonomie et à l'activité », laissant ainsi de côté l'idée d'une allocation universelle, jugée trop coûteuse et inefficace.

Il a estimé que, quelle que soit la solution finalement choisie, elle devra être ciblée, en tenant compte de l'hétérogénéité des parcours, exigeante en termes de contrepartie de la part des jeunes, et respectueuse des familles.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, *a considéré qu'au-delà de ces politiques spécifiques, il importait de réfléchir à la question de l'universalité de la politique familiale, telle qu'elle a été conçue dans sa vocation première.*

Il a certes regretté que le présent projet de loi de financement ne s'inscrive pas en rupture avec les précédents, en autorisant un « coup de pouce » à la base mensuelle des allocations familiales (BMAF). Mais il lui a semblé encore plus regrettable que le précédent gouvernement ne l'ait pas fait à une époque où la conjoncture économique aurait permis aux excédents de la branche de supporter aisément une telle mesure.

Concluant, M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, *a observé que le projet de loi de financement pour 2003 restait, dans le domaine de la famille, un texte de transition.*

La branche famille est en effet dans l'attente de la Conférence de la famille du printemps prochain, qui marquera le début d'une nouvelle politique familiale dont le ministre a déjà affirmé les ambitions devant la commission,

au travers de la création de trois groupes de travail réunissant mouvements familiaux, partenaires sociaux, élus et membres de la CNAF, qui devront rendre, à la mi-février 2003, leurs conclusions. Il s'est félicité des trois axes de réflexion qui ont été retenus : la mise en place d'une allocation de libre choix du mode de garde, la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle avec la question du « crédit d'impôt famille », et enfin le développement des services aux familles.

A titre liminaire, M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a constaté qu'après cinq exercices au cours desquels la commission avait déploré l'absence de toutes mesures susceptibles d'assurer demain l'avenir des retraites, l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale se déroulerait dans un contexte fort différent : les dernières étapes de la concertation auront eu lieu, le Parlement aura été saisi des grands axes d'une réforme ambitieuse de notre système d'assurance vieillesse, et les choix collectifs pour les années futures auront été arrêtés.

Le Gouvernement, par la voix du Premier ministre lui-même, s'y est engagé. Rien ne saurait à présent différer la résolution de cet épineux dossier.

A la suite des autres rapporteurs, il a estimé que l'exercice 2003 était de transition à bien des égards.

Il a souligné tout d'abord que les perspectives de l'assurance vieillesse étaient alarmantes, car dégradées de manière structurelle.

Sa sensibilité aux phénomènes démographiques est bien connue. L'année dernière, le rapport du conseil d'orientation des retraites a confirmé un diagnostic vieux de dix ans : en 2040, la population française comptera dix millions de retraités de plus qu'aujourd'hui, et ceux-ci bénéficieront d'une espérance de vie après 60 ans qui aura doublé par rapport à leurs aînés de 1980.

Ces faits, dont il faut par ailleurs se réjouir, ont un coût : il s'agit d'un besoin de financement des régimes de retraite supérieur à quatre points de PIB.

Certes, la branche vieillesse est aujourd'hui, pour le régime général tout du moins, excédentaire et, en 2003 un excédent de 1,9 milliard d'euros est encore espéré.

Trois facteurs ont permis qu'il en soit ainsi : un creux démographique qui minore fortement le nombre de départs en retraite, un dynamisme certain des recettes que la croissance économique de ces dernières années a tirées vers le haut, et, surtout, les effets de la réforme du régime général de 1993 qui explique, à bien des égards, que la caisse nationale

d'assurance vieillesse (CNAV) connaisse une amélioration que d'autres régimes, notamment publics, ne connaissent point.

Les quelques années où des excédents sont réapparus ont constitué une chance historique d'anticiper la réforme dans un contexte plus confortable. Paradoxalement, les moyens financiers momentanément réapparus n'ont pas incité le Gouvernement précédent à agir de la sorte.

Ils ont au contraire conduit à « manger le blé en herbe », en pratiquant des « coups de pouce » hors de toute confrontation avec les perspectives financières futures et surtout autorisé des ponctions sur la branche pour financer la politique sociale ou les dettes de l'Etat.

Selon le rapporteur, la branche vieillesse ne sort donc guère renforcée de la précédente législature.

Ainsi, alors même que le Gouvernement aurait souhaité conserver le système en l'état afin de pouvoir négocier avec les partenaires sociaux les axes de la réforme prochaine, il se trouve contraint, dès le présent projet de loi, à prendre une série de mesures de sauvegarde.

Il s'agit tout d'abord d'inscrire la revalorisation des retraites dans une démarche de responsabilité. Le coefficient de revalorisation des pensions pour 2003 s'élève à 1,5 %. Il ne comprend pas de « coup de pouce ». Il ne prend pas davantage en compte le différentiel d'inflation entre la prévision et la réalisation au titre de 2002.

Sans doute l'indexation des pensions et des salaires portés aux comptes n'est-elle pas viable à très long terme, en ce qu'elle pèse sur le niveau de vie des retraités. Ce n'est néanmoins qu'au regard des autres mesures mises en œuvre pour assurer demain l'avenir des retraites qu'une règle pérenne et plus généreuse pourra être fixée.

En 2003, le Gouvernement se trouve en outre dans l'obligation de repartager l'effort de solidarité.

En effet, la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) qui supporte, à la place de l'Etat, une part substantielle du financement des régimes spéciaux par le biais de la surcompensation, est aujourd'hui exsangue.

Son plan de refinancement prévoit, outre une nouvelle augmentation des contributions employeur, une diminution sensible du taux de surcompensation et des sommes versées par la Caisse au titre de la compensation généralisée.

Une telle réforme diminue l'effort global de compensation et surcompensation mené par la Caisse de 326 millions d'euros, mais suppose qu'un financement alternatif soit trouvé.

Confronté par ailleurs au refus de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) de participer plus longtemps au mécanisme de la compensation, et confronté au besoin de financement des régimes spéciaux affectés par la diminution du taux de surcompensation, l'Etat a dû, en conséquence, augmenter ses subventions d'équilibre à ces derniers et modifier les règles régissant le calcul de la compensation.

***M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse,** a constaté que cette modification affectait la CNAVTS à hauteur de 825 millions d'euros, et nourrissait l'impression que les branchements financiers du passé connaissaient une nouvelle actualité.*

Il a estimé toutefois qu'il n'était pas possible de disqualifier ainsi une mesure qui relève du pragmatisme. En effet, il était impossible de diminuer d'une autre manière les sommes dues par la CNRACL et la CNAVPL au titre de ce transfert.

La compensation, de même que la surcompensation, sont des mécanismes particulièrement essoufflés. C'est donc leur économie globale qui devra, dans le cadre de la prochaine réforme, être revue.

***M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse,** a insisté sur la situation du fonds de solidarité vieillesse (FSV) rendu exsangue par les ponctions opérées au profit du financement de la RTT et de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).*

Une telle situation, que le Fonds n'a jamais connue depuis sa création et qui se traduit par un déficit de plus de 200 millions d'euros et par l'absence de toute réserve, appelait nécessairement des solutions extrêmes pour atteindre l'équilibre, même précaire, que prévoit le présent projet de loi.

Dans ce contexte, le transfert du financement des majorations de pension pour enfants à la CNAF, tel qu'imaginé par le précédent Gouvernement, poursuit cette année sa progression.

L'ensemble de ces difficultés financières ne permet pas, en outre, d'abonder le fonds de réserve des retraites à la hauteur de ce que le plan de marche initial supposait.

*Concluant, **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse,** a souhaité évoquer les perspectives de réforme qui s'ouvrent en 2003 et rappelé les quelques points qui semblent acquis ou qui, au contraire, devront trouver une solution.*

Il semble d'abord admis que la réforme rétablira une certaine justice entre les assurés. Si des avantages spécifiques doivent être pérennisés ou même créés, ceux-ci devront être justifiés par des conditions objectives.

Il ne s'agit pas de fondre tous les régimes en un régime unique, mais de faire en sorte que les assurés, à condition de travail équivalent, bénéficient des mêmes droits.

Sans doute les deuxième et troisième piliers de retraites seront-ils appelés à étendre le rôle de complément qu'ils jouent pour de nombreux Français aujourd'hui. De fait, les fonctionnaires ne sont pas les seuls –avec la PREFON– à bénéficier des fonds de pension. Mais l'accès aux compléments par capitalisation demeure erratique selon la branche professionnelle, voire l'entreprise.

*Evoquant les autres questions qui devront être évoquées, **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a cité notamment le minimum contributif, créé en 1983 pour garantir aux assurés bénéficiant d'une retraite à taux plein un minimum égal à 95 % du SMIC et la situation des conjoints –assurance veuvage ou réversion– ainsi que celle des pluri-pensionnés qui témoignent, l'une et l'autre, qu'il ne sera possible de réformer les retraites que dans une certaine générosité.*

*Rappelant les exemples étrangers, **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a souligné, en conclusion, qu'il n'était pas impossible de renégocier des compromis sociaux historiques afin de les faire évoluer pour mieux répondre aux aspirations des citoyens.*

***M. Gilbert Chabroux** a cru noter dans les analyses des rapporteurs une certaine amertume de n'avoir pas été écoutés par le Gouvernement. Il a constaté l'absence de contenu du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, particulièrement manifeste pour les branches famille et vieillesse. Il s'est étonné de l'intérêt porté par le rapporteur pour les équilibres financiers à la consolidation du FOREC, instrument auquel il avait adressé par le passé des critiques sévères.*

***M. Jean-Pierre Fourcade** a souligné trois points très positifs du projet de loi : la fixation d'une progression crédible de l'ONDAM, la prudence du Gouvernement qui sait que l'on ne peut clarifier que progressivement l'écheveau des circuits financiers mis en place au cours de la précédente législature, enfin, l'instauration d'une allocation forfaitaire favorable aux familles nombreuses.*

Il a insisté sur la nécessité de donner à la contribution sociale généralisée (CSG), une assiette aussi large que possible. Il a fait part de réserves à l'égard de toute mesure qui pourrait porter atteinte aux recettes de la branche famille.

M. Guy Fischer a constaté que les rapporteurs avaient fait preuve de davantage d'imagination dans leurs propositions les années précédentes. Il a fait part de son inquiétude face aux facteurs d'évolution de notre système de sécurité sociale qui lui semblaient à l'œuvre.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a souligné à l'attention de M. Gilbert Chabroux que le présent projet de loi comportait une série de mesures tout à fait importantes, s'agissant notamment de la médicalisation de l'ONDAM, de la restauration du dialogue avec les professions de santé ou de la politique du médicament.

S'agissant du FOREC, il a rappelé que le grief originel qui lui avait été adressé était d'avoir été constitué pour compenser, à la sécurité sociale, les exonérations de cotisations grâce à de nouvelles recettes prélevées sur elle chaque année et d'avoir, de surcroît, l'année même de sa création, laissé à cette dernière une « ardoise » de plus de 2 milliards d'euros. Dès lors que ses recettes sont simplifiées, stabilisées et assurées, dès lors que ses instances de contrôle sont enfin mises en place, le FOREC devient un instrument comptable utile.

Répondant à M. Jean-Pierre Fourcade, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a constaté que les responsables de la CNAF avaient perdu toute confiance dans les pouvoirs publics à la suite de la série impressionnante de prélèvements qu'avait subis la branche famille chaque année depuis 1999. Il a précisé que l'ambition des propositions qu'il avait formulées avec ses collègues rapporteurs pour la famille et la vieillesse, était précisément de fixer une règle protectrice et stable garantissant la CNAF contre l'imagination toujours fertile du ministère des finances. Il a observé que la branche famille ne pouvait durablement accepter peu ou prou de prendre en charge des dépenses étrangères à sa mission et sans bénéfice pour les familles, au motif qu'on lui garantissait le montant nominal de ses recettes.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, a observé qu'il était adressé aux rapporteurs à la fois le grief d'un manque d'imagination et un appel à la prudence dans le débranchement des « tuyauteries » de la sécurité sociale. Il s'est montré sensible à la préoccupation de ne pas modifier les recettes de la branche famille, mais a souligné, a contrario, la nécessité de consacrer ces recettes à des dépenses en faveur des familles. Il a constaté, qu'au cours des dernières années, un « coup de pouce » à la BMAF aurait été possible mais que les ressources de la CNAF avaient été affectées à des dépenses étrangères à la politique familiale.

Il a souligné, à cet égard, l'importance de l'inflexion apportée par le nouveau Gouvernement, qui allait dans le sens d'un retour à l'universalité de la politique en faveur des familles.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a insisté sur la lourde responsabilité du précédent gouvernement de ne pas avoir profité d'une situation exceptionnellement favorable du point de vue tant de la croissance que de la démographie pour mener à bien l'indispensable réforme des régimes de retraite. Il a observé que son inaction isolait notre pays par rapport à nos voisins européens, qui rencontraient des problèmes identiques, mais qui avaient commencé à les résoudre.

Il a souligné l'ampleur de la tâche à accomplir pour donner un minimum de lisibilité aux finances sociales et il a insisté sur la nécessité d'avancer méthodiquement dans cette voie.

La commission a ensuite examiné les articles et les amendements présentés par M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers et l'assurance maladie.

Elle a tout d'abord adopté un amendement de suppression de l'article premier bis (création d'un office parlementaire d'évaluation des politiques de santé) ainsi que de l'article premier ter (examen de la gestion des centres hospitaliers régionaux par la Cour des comptes).

A l'article premier quater (communication au Parlement du rapport de la commission de la transparence), elle a adopté un amendement rédactionnel.

Après l'article 4, la commission a adopté un amendement visant à insérer un article additionnel procédant à un nouveau partage de taxes entre l'Etat et le FOREC, rétablissant la taxe sur les contrats de prévoyance en tant que recettes du FSV et prévoyant le versement de l'excédent éventuel du FOREC à l'Etat.

A l'article 6 (contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques), elle a adopté un amendement visant à étendre l'exonération de la taxe sur les dépenses de promotion pharmaceutique à l'ensemble des journaux de la presse médicale.

Elle a ensuite adopté un amendement de suppression de l'article 6 bis (suppression de la taxe sur les ventes directes).

A l'article 8 (fixation des prévisions de recettes pour 2003), elle a adopté un amendement de coordination de l'amendement introduisant un article additionnel après l'article 4.

A l'article 11 (création d'une mission d'audit et d'expertise hospitaliers), elle a adopté un amendement prévoyant que les références et recommandations de gestion hospitalière seront également communiquées aux agences régionales d'hospitalisation, pour être intégrées dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé.

A l'article 13 (fusion du fonds pour la modernisation des cliniques privées dans le fonds pour la modernisation des établissements de santé), elle a adopté un amendement visant à prévoir un rapport annuel relatif au bilan des dotations allouées par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

A l'issue d'un large débat, la commission a adopté un amendement introduisant un article additionnel après l'article 15 qui remplace, au sein du code de la sécurité sociale, la notion de contrat de bonne pratique par celle de contrat de pratique professionnelle. La commission a néanmoins donné pouvoir au rapporteur pour retirer cet amendement en cas d'avis défavorable du Gouvernement.

A l'article 16 (missions du conseil de surveillance de la Caisse nationale d'assurance maladie), la commission a adopté un amendement visant à prévoir que, lorsqu'il agrée ou approuve les accords, conventions, annexes et avenants, le ministre chargé de la sécurité sociale adresse aux commissions compétentes du Parlement un rapport sur la cohérence de ces accords avec l'ONDAM.

A l'article 19 ter (prorogation de l'agrément des réseaux de soins), elle a adopté un amendement permettant la poursuite du fonctionnement des réseaux ou filières de soins expérimentales jusqu'au 31 décembre 2004. Elle a en outre complété cet amendement par un second assurant une continuité jusqu'au 31 décembre 2004 des financements accordés à ces réseaux et expérimentations.

A l'article 27 (tarif forfaitaire de remboursement pour les médicaments), la commission a adopté deux amendements facilitant les modalités de délivrance par le pharmacien d'un générique lorsqu'il est face à une prescription en dénomination commune ou dans le cadre de son pouvoir de substitution. Elle a également adopté un amendement maintenant le plafond de remises de 10,74 % dont bénéficie le pharmacien lorsque celui-ci délivre un générique dont le prix serait inférieur au tarif forfaitaire de responsabilité.

A l'article 28 (fin du mécanisme de cessation anticipée d'activité), la commission a adopté un amendement repoussant du 1^{er} octobre 2003 au 31 décembre 2003, la fin du mécanisme incitatif à la cessation d'activité (MICA). Elle a en outre adopté un amendement visant à lever, pour les bénéficiaires du MICA qui démarrent une activité médicale salariée postérieurement à leur adhésion à ce mécanisme, l'interdiction d'exercer une activité donnant lieu à des actes et prescriptions de prise en charge par l'assurance maladie. Elle a, enfin, adopté un amendement de coordination avec l'amendement précédemment évoqué.

A l'article 35 (contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du FIVA en 2002 et 2003), elle a adopté un amendement réduisant de 50 millions d'euros la contribution révisée de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général au financement du FIVA pour 2002

afin d'affecter cette somme au financement du FCAATA. Elle a en outre adopté un second amendement visant à supprimer la précision apportée par l'Assemblée nationale qui prévoit que le rapport annuel d'activité du FIVA soit présenté chaque année avant le 15 octobre.

A l'article 36 (contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du FCAATA), elle a adopté deux amendements, le premier majorant de 50 millions d'euros la contribution révisée de la branche AT-MP au financement du FCAATA en 2002, le second réduisant de trois mois le délai limite de transmission au Parlement du rapport annuel d'activité du fonds de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante.

A l'article 37 (montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles), elle a adopté un amendement ramenant du 15 octobre au 1^{er} juillet la date de remise du rapport triennal établi par la commission chargée d'évaluer le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

A l'article 38 (renforcement de l'autonomie de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général), la commission a adopté un amendement incluant les représentants des professions et établissements de santé au sein du nouveau conseil de surveillance de la branche accidents du travail – maladies professionnelles.

A l'article 41 (accélération de la prise en charge par la CNAF des majorations de pension pour enfants), elle a adopté un amendement procédant au transfert de 0,1 point de CSG affecté à la CNAF vers le FSV, supprimant le remboursement par la CNAF au FSV des majorations de pension pour enfants, ainsi que la subvention budgétaire remboursant à la CNAF l'allocation parent isolé.

A l'article 42 (fixation de l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2003), elle a adopté un amendement de coordination avec l'amendement précédent.

Après l'article 47 bis, elle a adopté deux amendements introduisant deux articles additionnels, le premier autorisant chaque branche à affecter ses excédents éventuels à un fonds de réserve lui permettant de faire face à ses déficits ultérieurs, le second visant à identifier, dans le projet de loi, les prévisions de recettes et de dépenses du FOREC.

La commission a adopté sans modifications les autres articles du projet de loi.

Elle a adopté l'ensemble du projet de loi ainsi amendé.

I. TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	---	---
	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003
	TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}
	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE
	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}
	Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2003.	Sans modification	Sans modification
		TITRE I ^{ER} BIS	TITRE I ^{ER} BIS
		CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
		<i>[Division et intitulé nouveaux]</i>	
		Article 1 ^{er} bis (nouveau)	Article 1 ^{er} bis

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	<p data-bbox="823 389 1150 640">Après l'article 6 <i>septies</i> de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, il est inséré un article <i>6octies</i> ainsi rédigé :</p> <p data-bbox="823 680 1150 1312">« Art. 6 <i>octies</i>. - I. - La délégation parlementaire dénommée Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé a pour mission d'informer le Parlement des conséquences des choix de politique de santé, effectués notamment dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, afin d'éclairer ses décisions. A cet effet, elle veille à l'application des politiques de santé, recueille des informations, met en œuvre des programmes d'études et procède au contrôle, au suivi et à l'évaluation de ces politiques.</p> <p data-bbox="823 1317 1150 1823">« II. - La délégation est composée de douze députés et douze sénateurs désignés de façon à assurer, au sein de chaque assemblée, une représentation proportionnelle des groupes politiques, chaque groupe ayant au moins un représentant. Les députés sont désignés au début de chaque législature pour la durée de celle-ci. Les sénateurs sont désignés après chaque renouvellement partiel du Sénat.</p> <p data-bbox="823 1827 1150 2009">« Après chacun de ses renouvellements, la délégation élit son président et son premier vice-président qui ne peuvent appartenir à la même assemblée.</p>	<i>Supprimé</i>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	<p data-bbox="823 389 1150 607">« III. – La délégation est assistée d'un conseil scientifique composé de six personnalités choisies en raison de leurs compétences dans le domaine des politiques de santé.</p> <p data-bbox="823 613 1150 801">« Les membres du conseil scientifique sont désignés pour trois ans dans les conditions prévues par le règlement intérieur de la délégation.</p> <p data-bbox="823 808 1150 996">« Le conseil scientifique est saisi dans les conditions prévues par le règlement intérieur de la délégation, chaque fois que celle-ci l'estime nécessaire.</p> <p data-bbox="823 1003 1150 1249">« IV. – La délégation peut recueillir l'avis des professionnels de santé, ainsi que des organisations syndicales et professionnelles et des associations intervenant dans le domaine de la santé.</p> <p data-bbox="823 1256 1150 1314">« V. – La délégation est saisie par :</p> <p data-bbox="823 1321 1150 1529">« 1° Le bureau de l'une ou l'autre assemblée, soit à son initiative, soit à la demande d'un président de groupe, soit à la demande de soixante députés ou de quarante sénateurs ;</p> <p data-bbox="823 1536 1150 1594">« 2° Une commission spéciale ou permanente.</p> <p data-bbox="823 1601 1150 1789">« VI. – La délégation dispose des pouvoirs définis par le IV de l'article 164 de l'ordonnance n° 58-1374 du 30 décembre 1958 portant loi de finances pour 1959.</p> <p data-bbox="823 1796 1150 2031">« En cas de difficultés dans l'exercice de sa mission, la délégation peut demander, pour une durée n'excédant pas six mois, à l'assemblée d'où émane la saisine de lui conférer les prérogatives attribuées par l'article 6 aux</p>	---

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	<p>commissions parlementaires d'enquête, à leurs présidents et à leurs rapporteurs. Lorsque la délégation bénéficie de ces prérogatives, les dispositions relatives au secret des travaux des commissions d'enquête sont applicables.</p> <p>« VII. – Les travaux de la délégation sont confidentiels, sauf décision contraire de sa part.</p> <p>« Les résultats des travaux exécutés et les observations de la délégation sont communiqués à l'auteur de la saisine.</p> <p>« Après avoir recueilli l'avis de l'auteur de la saisine, la délégation peut les rendre publics.</p> <p>« Toutefois, lorsque la délégation a obtenu le bénéfice des dispositions de l'article 6, la décision de publication ne peut être prise que par l'assemblée intéressée, dans les conditions fixées par son règlement pour la publication des rapports des commissions d'enquête.</p> <p>« VIII. – La délégation établit son règlement intérieur ; celui-ci est soumis à l'approbation des bureaux des deux assemblées.</p> <p>« IX. – Les dépenses afférentes au fonctionnement de la délégation sont financées et exécutées comme dépenses des deux assemblées parlementaires dans les conditions fixées par l'article 7. »</p>	---
<p>Code des juridictions financières</p>	<p><i>Art. L. 134-1.</i> - Sont soumis au contrôle de la Cour des comptes tous les</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>organismes de droit privé jouissant de la personnalité civile ou de l'autonomie financière qui assurent en tout ou partie la gestion d'un régime légalement obligatoire :</p> <p>.....</p> <p>Les unions et fédérations desdits organismes sont soumises au même contrôle.</p>		<p>Article 1^{er} <i>ter</i> (nouveau)</p> <p>L'article L. 134-1 du code des juridictions financières est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« La Cour des comptes examine également la gestion des centres hospitaliers régionaux mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique. »</p>	<p>Article 1^{er} <i>ter</i></p> <p>Supprimé</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 165-1 (1^{er} alinéa). - 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</p>		<p>Article 1^{er} <i>quater</i> (nouveau)</p> <p>Les rapports d'activité des commissions visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique sont remis chaque année au Parlement.</p>	<p>Article 1^{er} <i>quater</i></p> <p>I. – L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« La commission établit chaque année un rapport d'activité qui est remis au Parlement. »</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.</p>			
<p>Code de la santé publique</p>			
<p>Art. L. 5123-3. - La liste mentionnée à l'article L. 5123-2 est proposée par une commission dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret.</p>			
<p>Peuvent être entendus par la commission les personnalités médicales ou pharmaceutiques, ainsi que les représentants qualifiés des organismes ou services dont la commission désire avoir l'avis.</p>			<p><i>II. - L'article L. 5123-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</i> <i>« La commission établit chaque année un rapport d'activité qui est remis au Parlement. »</i></p>
		<p>Article 1^{er} <i>quinquies</i> (nouveau)</p>	<p>Article 1^{er} <i>quinquies</i></p>
		<p>Le Gouvernement déposera, avant le 15 octobre 2003, un rapport présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et les vingt années suivantes.</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997</p>	<p>Article 2</p>	<p>Article 2</p>	<p>Article 2</p>
<p>Art. 3. - Pour l'information du Parlement, le Gouvernement lui présente chaque année un rapport rattaché à l'annexe visée au b du II de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale et comprenant les éléments suivants :</p> <p>.....</p>	<p>L'article 3 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	---	---
	« - une analyse de l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. »	Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport analysant l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.	
		Article 2 bis (nouveau)	Article 2 bis
		Le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 1 ^{er} septembre 2003, un rapport présentant un état des coûts de gestion des relations entre l'Etat et la sécurité sociale et proposant des réformes en la matière.	Sans modification
Code de la sécurité sociale	TITRE II	TITRE II	TITRE II
<p>.....</p> <p>CHAPITRE I^{ER} <i>quater</i></p> <p>Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale</p>	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES
<p>Art. L. 131-10. - Les produits du fonds sont constituées par :</p>	Article 3	Article 3	Article 3
<p>1^o Une fraction égale à 90,77 % du produit du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts ;</p>	<p>I. - Au 1^o de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, le pourcentage : « 90,77 % » est remplacé par le pourcentage : « 84,45 % ».</p>	Sans modification	Sans modification
<p>.....</p> <p>LIVRE II</p> <p>Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses</p> <p>TITRE IV</p> <p>Ressources</p> <p>CHAPITRE I^{ER}</p> <p>Généralités</p> <p>Section 1</p> <p>Assurances sociales</p> <p>Sous-section 1</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">Assurance maladie, maternité, invalidité et décès</p> <p style="text-align: center;">Art. L. 241-2. -</p> <p>.....</p> <p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :</p> <p>1° Une fraction égale à 8,84 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">-----</p> <p>II. - Au septième alinéa de l'article L. 241-2 du même code, le pourcentage : « 8,84 % » est remplacé par le pourcentage : « 15,20 % ».</p>		
<p style="text-align: center;">Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999</p> <p>Art. 41.- I. - Une allocation de cessation anticipée d'activité est versée aux salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, des établissements de flocage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales, sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :</p> <p>.....</p>	<p>III. - Dans la deuxième phrase du premier alinéa du III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), le pourcentage : « 0,39 % » est remplacé par le pourcentage : « 0,35 % ».</p>		
<p>.....</p> <p>III. - Il est créé un Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, chargé de financer l'allocation visée au I. Ses ressources sont constituées d'une fraction égale à 0,39 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>sociale.</p> <p>.....</p>			
<p>Code général des impôts</p> <p>LIVRE I^{ER}</p> <p>Assiette et liquidation de l'impôt</p> <p>PREMIERE PARTIE</p> <p>Impôts d'État</p> <p>TITRE III</p> <p>Contributions indirectes et taxes diverses</p> <p>CHAPITRE IV</p> <p>Tabacs, allumettes, briquets</p> <p>Section 1</p> <p>Tabacs</p> <p>I. - Régime économique</p> <p>Art. 572. -</p> <p>.....</p> <p>Pour la catégorie des cigarettes brunes définies au dernier alinéa de l'article 575 A et pour la catégorie des autres cigarettes, le prix aux 1 000 unités des produits d'une catégorie vendus sous une même marque, quels que soient les autres éléments enregistrés avec la marque, ne peut être inférieur, indépendamment du mode ou de l'unité de conditionnement utilisés, à celui appliqué au produit le plus vendu de cette marque.</p> <p>.....</p> <p>Art. 572 bis. - Le prix de vente au détail des produits livrés aux voyageurs par les acheteurs-revendeurs désignés au troisième alinéa de l'article 568 est librement déterminé, sans que toutefois ce prix puisse être inférieur au prix de détail exprimé aux 1 000 unités</p>	<p>IV. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2003.</p>		
	<p>Article 4</p>	<p>Article 4</p>	<p>Article 4</p>
	<p>I. - Le code général des impôts est ainsi modifié :</p> <p>A. - A l'article 572, le deuxième alinéa est supprimé.</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>A. - Non modifié</p>	<p>Sans modification</p>
	<p>B. - A l'article 572</p>	<p>B. - Non modifié</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>1 000 unités ou aux 1 000 grammes pour les produits d'une marque reprise à l'arrêté d'homologation. Les acheteurs -revendeurs sont tenus d'inscrire dans leur comptabilité matières et de porter sur la déclaration de liquidation des droits tous les changements de prix intervenus au cours de la période couverte par ladite déclaration.</p>	<p><i>bis</i>, les mots : « pour les produits d'une marque reprise » sont remplacés par le mot : « repris ».</p>		
<p>II. - Régime fiscal Art. 575. - Les tabacs manufacturés vendus dans les départements de la France continentale sont soumis à un droit de consommation.</p> <p>Le droit de consommation sur les cigarettes comporte une part spécifique par unité de produit et une part proportionnelle au prix de détail. Toutefois, pour les cigarettes de la classe de prix la plus demandée, le montant du droit de consommation est déterminé globalement en appliquant le taux normal de ce droit, prévu à l'article 575 A, à leur prix de vente au détail.</p>	<p>C. - L'article 575 est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, après les mots : « de la France continentale », sont insérés les mots : « et les tabacs qui y sont importés » ;</p> <p>2° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Le montant du droit de consommation applicable à ces cigarettes ne peut être inférieur à 60 € par 1000 unités, et, à compter du 1^{er} juillet 2006, à 64 € par 1000 unités. » ;</p>	<p>C. – Non modifié</p>	
<p>..... Le montant du droit de consommation ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé par 1.000 unités.</p>	<p>3° Au sixième alinéa, après les mots : « du droit de consommation », sont insérés les mots : « applicable aux cigarettes mentionnées au précédent alinéa ».</p>	<p>D. – Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. 575 A. - Pour les différents groupes de produits définis à l'article 575, le taux</p>	<p>D. - L'article 575 A est ainsi modifié :</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>normal est fixé conformément au tableau ci-après :</p> <p>.....</p> <p>Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 90 euros pour les cigarettes. Toutefois, pour les cigarettes brunes, ce minimum de perception est fixé à 87 euros.</p> <p>Il est fixé à 45 euros pour les tabacs de fine coupe destinés à rouler les cigarettes et les autres tabacs à fumer et à 55 euros pour les cigares.</p> <p>Sont considérées comme cigarettes brunes les cigarettes dont la composition en tabac naturel comprend un minimum de 60 % de tabacs relevant des codes NC 2401-10-41, 2401-10-70, 2401-20-41 ou 2401-20-70 du tarif des douanes.</p> <p>Art. 575 C. - Le droit de consommation est exigible à la mise à la consommation.</p> <p>.....</p> <p>A l'importation, le droit est recouvré comme en matière de douane.</p>	<p>1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :</p> <p>« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 106 € pour les cigarettes. » ;</p> <p>2° Au troisième alinéa, les montants : « 45 € » et « 55 € » sont remplacés, respectivement, par les montants : « 53 € » et « 64 € » ;</p> <p>3° Le quatrième alinéa est supprimé.</p> <p>E. - L'article 575 C est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est complété par les mots : « ou lors de l'importation » ;</p> <p>2° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :</p> <p>« A l'importation, le droit est dû par l'importateur ; il est recouvré comme en matière de douane. » ;</p> <p>II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 6 janvier 2003.</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p> <p>« Le fixé à 108 € pour les cigarettes. » ;</p> <p>2° Au troisième alinéa, la somme : « 45 € » est remplacée par la somme : « 56 € » ;</p> <p>2°bis (nouveau) Au même alinéa, les mots : « et les autres tabacs à fumer » sont remplacés par les mots : « , à 45 € pour les autres tabacs à fumer » ;</p> <p>3° Non modifié</p> <p>E. – Non modifié</p> <p>II. – A. – L'article L. 3511-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Est considéré</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">Code de la santé publique</p> <p>Art. L. 3511-6. - Les teneurs maximales en goudron des cigarettes sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>Chaque unité de conditionnement du tabac ou des produits du tabac doit porter selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé la mention : « Nuit gravement à la santé ».</p> <p>Chaque paquet de cigarettes porte mention :</p> <p>1° De la composition intégrale, sauf, s'il y a lieu, en ce qui concerne les filtres ;</p> <p>2° De la teneur moyenne en goudron et en nicotine.</p> <p>Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les modalités d'inscription de ces mentions obligatoires, les méthodes d'analyse permettant de mesurer la teneur en nicotine et en goudron et les méthodes de vérification de l'exactitude des mentions portées sur les paquets.</p> <p>Toutes les unités de</p>		<p>comme ingrédient toute substance ou tout composant autre que les feuilles et autres parties naturelles ou non transformées de la plante du tabac, utilisés dans la fabrication ou la préparation d'un produit du tabac et encore présents dans le produit fini, même sous une forme modifiée, y compris le papier, le filtre, les encres et les colles. »</p> <p>B. – 1. Le premier alinéa de l'article L. 3511-6 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« Les teneurs maximales en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone des cigarettes sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé. »</p> <p>2. Le deuxième alinéa du même article est supprimé.</p> <p>3. Dans le cinquième alinéa du même article, les mots : « et en nicotine » sont remplacés par les mots : « , en nicotine et en monoxyde de carbone ».</p> <p>4. Dans l'avant-dernier alinéa du même article, les mots : « en nicotine et » sont supprimés et, après les mots : « en goudron », sont insérés les mots : « , en nicotine et en monoxyde de carbone ».</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>conditionnement du tabac et des produits du tabac portent, dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé, un message spécifique de caractère sanitaire.</p>	<p>-----</p>	<p>-----</p> <p>5. Dans le dernier alinéa du même article, après le mot : « message », sont insérés les mots : « général et un message ».</p> <p>C. – Le même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« A compter du 30 septembre 2003, il est interdit d'utiliser, sur l'emballage des produits du tabac, des textes, dénominations, marques et signes figuratifs ou autres indiquant qu'un produit du tabac particulier est moins nocif que les autres. »</p> <p>III (<i>nouveau</i>). – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 6 janvier 2003</p>	<p>-----</p> <p><i>Article additionnel après l'article 4</i></p> <p><i>I. – L'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale est complété par l'alinéa suivant :</i></p> <p><i>« 3° par le versement à l'Etat des produits non consommés à la clôture de l'exercice. »</i></p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>			
<p>Art. L. 131-9. - Les charges du fonds sont constituées :</p> <p>.....</p>			
<p>Art. L. 131-10. - Les produits du fonds sont constitués par :</p> <p>1° Une fraction égale à 90,77 % du produit du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts ;</p> <p>2° Le produit de 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>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>3° Le produit de la taxe générale sur les activités polluantes visée aux articles 266 <i>sexies</i> à 266 <i>terdecies</i> du code des douanes ;</p>			
<p>4° Le produit des droits visés aux articles 402 <i>bis</i>, 438 et 520 A du code général des impôts ainsi que le produit du droit de consommation visé à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit 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><i>II. – L'article L. 131-10 dudit code est ainsi modifié :</i></p>
<p>5° Le produit de la taxe sur les véhicules des sociétés visée à l'article 1010 du code général des impôts ;</p>			<p><i>1°) Les 2°, 3°, 5°, 5° quater et 6° sont supprimés.</i></p>
<p>5° <i>bis</i> Une fraction du produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances visée à l'article 991 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de financement de la sécurité sociale et la loi de finances ;</p>			<p><i>2°) Le 5° bis de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</i></p>
<p>..... Art. L. 135-3. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :</p>			<p><i>« 5° bis Le produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances visée à l'article 991 du code général des impôts. »</i></p>
<p>1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application d'un taux de 1,05 p. 100 à</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'assiette de ces contributions ; 2° (Paragraphe supprimé)</p> <p>3° (Paragraphe abrogé)</p> <p>Art. L. 137-1. - Il est institué à la charge des employeurs et au profit du fonds institué à l'article L. 131-8 une taxe sur les contributions des employeurs et des organismes de représentation collective du personnel versées, à compter du 1^{er} janvier 1996, au bénéfice des salariés pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance. Toutefois, ne sont pas assujettis à la taxe les employeurs occupant neuf salariés au plus tels que définis pour les règles de recouvrement des cotisations de sécurité sociale.</p>			<p>III. – Au quatrième alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le 3° est rétabli dans la rédaction suivante :</p> <p>« 3° Le produit de la taxe instituée à l'article L. 137-1. »</p> <p>IV. – A l'article L. 137-1 du code de la sécurité sociale, la référence : « L. 131-8 » est remplacée par la référence : « L. 135 I ».</p> <p>V. - Les dispositions du présent article sont applicables au 1^{er} janvier 2003.</p>
<p>Code général des impôts</p> <p>Art. 520 A.- I. Il est perçu un droit spécifique :</p>		<p>Article 4 bis (nouveau)</p> <p>I. – Après le troisième alinéa du I de l'article 520 A du code général des impôts, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 100 € par degré alcoométrique pour les bières conditionnées en boîtes dont le titre alcoométrique excède 8 % vol ; ».</p>	<p>Article 4 bis</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">-----</p> <p>Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale</p>	<p align="center">-----</p> <p align="center">Article 5</p> <p>I. - L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :</p> <p>1° A l'article 2, les mots : « III et IV du même article » sont remplacés par les mots : « III, IV et V du même article » ;</p>	<p align="center">-----</p> <p>II. - Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2003.</p>	<p align="center">-----</p> <p align="center">Article 5</p>
<p>Art. 2. - La Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission, d'une part, d'apurer la dette mentionnée aux I et II de l'article 4 et, d'autre part, d'effectuer les versements prévus aux III et IV du même article.</p>	<p>2° L'article 4 est complété par un V ainsi rédigé :</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Art. 4. - I. - La dette d'un montant de 137 milliards de francs de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations constatée au 31 décembre 1995, correspondant au financement des déficits accumulés au 31 décembre 1995 par le régime général de sécurité sociale et à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1996, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1^{er} janvier 1996.</p>	<p>« V. - La caisse verse en 2003 la somme de 1 096 969 089,92 € à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance</p>	<p>1° Non modifié</p>	<p>Article 5</p>
<p>.....</p>	<p>2° L'article 4 est complété par un V ainsi rédigé :</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	<p>Article 5</p>
<p>.....</p>	<p>« V. - La caisse verse en 2003 la somme de 1 096 969 089,92 € à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance</p>	<p>« V. - La caisse verse le 1^{er} avril 2003 la ...</p>	<p>Article 5</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	<p data-bbox="480 389 807 448">vieillesse des travailleurs salariés.</p> <p data-bbox="480 456 807 1182">« Elle verse, au titre de la créance relative aux exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale constatée dans les comptes de chacun des régimes au titre de l'exercice 2000, la somme de 171 465 344, 88 € à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la somme de 10 484 547, 75 € à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, la somme de 2 118 360,20 € à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines et la somme de 1801 493, 21 € à l'établissement national des invalides de la marine. »</p> <p data-bbox="480 1218 807 2007">II. - Est comptabilisée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sur l'exercice 2003, au titre des exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale, la somme de 1 096 969 089,92 € venant en déduction des montants inscrits aux comptes de provisions au 31 décembre 2001. L'agence centrale répartit ce montant entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés au prorata des créances sur exonérations de cotisations comptabilisées dans les comptes de chacune des branches.</p>	<p data-bbox="900 389 1147 418">... salariés.</p> <p data-bbox="823 456 1147 515">« Elle verse, à la même date, au titre ...</p> <p data-bbox="900 1128 1147 1158">... marine. »</p> <p data-bbox="900 1218 1147 1247">II. – Non modifié</p>	---
Code de la sécurité sociale			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">LIVRE II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses TITRE IV Ressources CHAPITRE V Ressources autres que les cotisations Section 1 Contribution des entreprises de préparation de médicaments</p>	<p style="text-align: center;">Article 6</p>	<p style="text-align: center;">Article 6</p>	<p style="text-align: center;">Article 6</p>
<p>Art. L. 245-2. - 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 ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Toutefois, il est procédé sur une assiette à un abattement forfaitaire égal à 460000 euros et, le cas échéant, à un abattement d'un montant égal à 40 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, et au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins remboursables ou inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Il est</p>	<p>I. - L'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p style="padding-left: 2em;">« Art. L. 245-2. - La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du dernier exercice clos au titre :</p> <p style="padding-left: 4em;">« 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférant, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre mer, auprès des professionnels régis par les dispositions du titre I^{er} du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p>	<p>I. - L'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 2em;">« Art. L. 245-2. - I. - Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 4em;">« 1° Des ...</p> <p style="padding-left: 4em;">... publique, qu'elles soient ...</p> <p style="padding-left: 4em;">... d'outre mer auprès des professionnels de santé régis ...</p> <p>... publique ; « 2° Des</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 2em;">« Art. L. 245-2. - I. - Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 4em;">« 1° Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 4em;">« 2° Alinéa sans</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>également procédé sur cette assiette à un abattement de 3 % du montant des rémunérations versées au titre de l'emploi des salariés mentionnés à l'article L. 5122-11 du code de la santé publique.</p>	<p>« 2° Des remboursements de frais de transport, de repas et d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;</p> <p>« 3° Des achats d'espaces publicitaires, quel qu'en soit le support, dès lors qu'une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique y est mentionnée.</p> <p>« Toutefois, il est procédé sur cette assiette à un abattement forfaitaire égal à 345 000 euros et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du présent article.</p> <p>« Il est également procédé :</p> <p>« a) A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;</p> <p>« b) A un abattement d'un montant égal à 30 % du</p>	<p>remboursements de frais de transport, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;</p> <p>« 3° Des achats d'espaces publicitaires, à l'exception des journaux médicaux détenteurs d'un numéro de commission paritaire, dès lors ...</p> <p>... mentionnée.</p> <p>« II.- Il est procédé sur l'assiette définie au I :</p> <p>« 1° A un abattement forfaitaire égal à 500 000 € et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I ;</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>« 2° A un abattement d'un ...</p> <p>... publique et des spécialités remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p>« 3° A un abattement d'un montant ...</p>	<p>modification</p> <p>« 3° Des ...</p> <p>... l'exception de <i>la presse médicale</i>, dès lors ...</p> <p>... mentionnée.</p> <p>« II. – Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au cours du dernier exercice clos entre, d'une part, l'assiette définie à l'alinéa précédent et tenant compte, le cas échéant, de l'abattement prévu au même alinéa et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au titre des médicaments inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p>	<p>chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, inscrites sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>« Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au présent article et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus aux alinéas précédents et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p>	<p>... orphelins, bénéficiant ...</p> <p>... marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>« III.- Le taux ...</p> <p>... définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II et, d'autre part, ...</p>	<p>« III. – Non modifié</p>
<p>Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p>	<p>« Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une de ces quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p>	<p>... marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>« Pour ...</p> <p>... l'une des quatre ...</p> <p>... suit :</p>	

Dispositions en vigueur ---	Texte du projet de loi ---	Texte adopté par l'Assemblée nationale ---	Propositions de la Commission ---
	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe
<p>Art. L. 245-4. - Sont exonérées de cette contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes est inférieur à 15 millions d'euros, sauf lorsqu'elles sont filiales à 50 p. 100 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 interministériel.</p> <p>TITRE III Dispositions communes relatives au financement CHAPITRE VIII Contributions à la charge des entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 Section 2 Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la</p>	<p>II. - L'article L. 245-4 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 245-4. - Sont exonérées de cette contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos est inférieur à 15 millions d'euros, 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 métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, dépasse cette limite ou lorsqu'elles possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires consolidé avec leur propre chiffre d'affaires dépasse cette limite. Le seuil mentionné ci-dessus est revalorisé en fonction des conditions économiques par arrêté ministériel. »</p>	<p>II. – Non modifié</p>	<p>II. – Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">santé publique</p> <p>Art. L. 138-11.- Le montant global de la contribution tel que calculé en application de l'article L. 138-10 est ainsi réparti :</p> <p>.....</p> <p>c) A concurrence de 30 %, sur les charges exposées par l'ensemble des entreprises redevables au titre des dépenses de prospection et d'information visées à l'article L. 245-2.</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">III. - Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1^{er} décembre 2003.</p>	<p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">II <i>bis</i> (nouveau). – Le c) de l'article L. 138-11 du même code est ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« c) A concurrence de 30 % sur les charges mentionnées au I de l'article L. 245-2, après déduction, le cas échéant, des abattements prévus au II du même article, exposées par l'ensemble des entreprises redevables. »</p>	<p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">II <i>bis</i>. – Non modifié</p>
<p style="text-align: center;">LIVRE II</p> <p style="text-align: center;">Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses</p> <p style="text-align: center;">TITRE IV</p> <p style="text-align: center;">Ressources</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE V</p> <p style="text-align: center;">Ressources autres que les cotisations</p> <p style="text-align: center;">Section 2</p> <p style="text-align: center;">Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques</p>		<p style="text-align: center;">III. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">III. – Non modifié</p>
<p>Art. L. 245-6-1. - Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, au titre des ventes en gros de spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa</p>		<p style="text-align: center;">Article 6 <i>bis</i> (nouveau)</p> <p style="text-align: center;">I. - La section 2 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est abrogée.</p>	<p style="text-align: center;">Article 6 <i>bis</i></p> <p style="text-align: center;">Supprimé</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>de l'article L. 162-17, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, et des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité est due par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique.</p>			
<p>Le taux de cette contribution est fixé à 2,5 % pour les spécialités pharmaceutiques qui ne peuvent être délivrées que sur prescription et de 1,5 % pour les autres spécialités pharmaceutiques.</p>			
<p>Art. L. 245-6-2. - La contribution due par chaque entreprise est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article L. 138-3.</p>			
<p>Les déclarations servant de base au calcul de la contribution sont celles prévues à l'article L. 138-5.</p>			
<p>Lorsqu'une entreprise n'a pas produit la déclaration prévue à l'alinéa précédent dans les délais prescrits ou a produit une déclaration manifestement erronée, le taux de sa contribution est fixé à titre provisionnel d'office à 10 %, la contribution étant appelée sur une assiette constituée par le montant du dernier chiffre d'affaires connu ou, à défaut, déterminée par tous autres moyens.</p>			
<p>Lorsque l'entreprise produit ultérieurement la</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>déclaration du trimestre considéré, le montant de sa contribution dû au titre de ce trimestre est majoré de 10 %. Les entreprises peuvent formuler une demande gracieuse en réduction de cette majoration en cas de bonne foi dûment prouvée.</p> <p>Art. L. 245-6-3. - La contribution est versée de façon provisionnelle au plus tard le dernier jour de chaque trimestre civil sur la base du chiffre d'affaires réalisé au cours du trimestre civil précédent.</p> <p>Au titre d'une année civile, l'ensemble des contributions versées fait l'objet d'une régularisation annuelle au plus tard le dernier jour du trimestre civil suivant l'année civile concernée.</p> <p>Si le montant des contributions définitives est différent du montant des contributions versées à titre provisionnel, le solde est imputé lors de l'échéance suivante de la contribution.</p> <p>Art. L. 245-6-4. - Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>-----</p> <p>Article 7</p> <p>Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2003 en application du premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 4 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau</p>	<p>-----</p> <p>II.- Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2003.</p> <p>Article 7</p> <p>Sans modification</p>	<p>-----</p> <p>Article 7</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">---</p> <p style="text-align: center;">LIVRE III Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général TITRE IV Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général – Dispositions d'application du livre III CHAPITRE PRELIMINAIRE Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p>figurant au deuxième alinéa du même article.</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p style="text-align: center;">Article 7 bis (nouveau)</p> <p style="text-align: center;">I. - Le 3° de l'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale est abrogé.</p> <p style="text-align: center;">II. - Il est inséré, après l'article L. 380-3 du même code, un article L. 380-3-1 ainsi rédigé : « Art. L. 380-3-1. - I. – Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p style="text-align: center;">Article 7 bis</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>
<p>Art. L. 380-3. - Les dispositions de l'article L. 380-1 ne s'appliquent pas aux personnes suivantes :</p> <p>.....</p> <p>3° Les personnes résidant en France qui, au titre d'une activité professionnelle exercée par elle-mêmes ou par un membre de leur famille sur territoire d'un Etat étranger, ont la faculté d'être affiliées à titre volontaire à un régime d'assurance maladie, conformément à la législation de cet Etat, si cette affiliation leur permet d'obtenir la couverture des soins reçus sur le territoire français ;</p> <p>.....</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	<p>dispositions de l'accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, mais qui sur leur demande sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord, sont affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l'article L. 380-1.</p> <p>« II.- Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie, peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, pendant une période transitoire se terminant au plus tard sept ans après la date d'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français.</p> <p>« Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, au titre des dispositions du I de l'article 19 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.</p>	---

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	<p data-bbox="823 389 1150 734">« Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I.</p> <p data-bbox="823 741 1150 1279">« III.- Les dispositions du I et du II sont également applicables aux titulaires de pensions ou de rentes suisses, ainsi qu'à leurs ayants droit, résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 précité, mais qui sur leur demande sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord.</p> <p data-bbox="823 1285 1150 1787">« IV. - Les travailleurs frontaliers et les titulaires de pensions et de rentes affiliés au régime général dans les conditions fixées au I ne sont pas assujettis aux contributions visées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et ne sont pas redevables des cotisations visées au deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1 et à l'article L. 380-2.</p> <p data-bbox="823 1794 1150 2042">« Ils sont redevables d'une cotisation fixée en pourcentage du montant de leurs revenus définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts. Un décret détermine le taux et les</p>	---

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	<p>modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.</p> <p>« La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p>III.- Les dispositions de l'article 18 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle sont applicables aux contrats d'assurance maladie en cours de validité lors de l'affiliation au régime général dans les conditions fixées au I.</p>	---
	<p>Article 8</p> <p>Pour 2003, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoire de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :</p>	<p>Article 8</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>Article 8</p> <p>Alinéa sans modification</p>
	<p>Cf. tableau en annexe</p>	<p>Cf. tableau en annexe</p>	<p>Cf. tableau en annexe</p>
	<p>Article 9</p> <p>Pour 2002, les prévisions révisées 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</p>	<p>Article 9</p> <p>Sans modification</p>	<p>Article 9</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	suivants :		
	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe
	TITRE III	TITRE III	TITRE III
	DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE	DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE	DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE
<p>LIVRE I^{ER} Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base TITRE VI Dispositions relatives aux prestations at aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales CHAPITRE II Dispositions générales relatives aux soins Section 5 Etablissements de soins</p>	<p>Article 10</p>	<p>Article 10</p>	<p>Article 10</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 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>.....</p>	<p>I. - L'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :</p> <p>« Chaque année, est défini un objectif quantifié national des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans ces établissements au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Toutefois, n'entrent pas dans ce montant les charges afférentes aux activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. Le contenu de cet</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<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>objectif quantifié national est précisé par décret. » ;</p> <p>2° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Ce montant prend également en compte les évolutions à l'issue desquelles des établissements auparavant régis par l'article L. 6114-3 du code de la santé publique se trouvent placés, compte tenu de leur activité réelle, sous le régime de financement prévu à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles . » ;</p>		
<p>II. - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations 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>3° La deuxième phrase du II est ainsi rédigée :</p> <p>« Il prend en compte à cet effet notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente et les changements de régime juridique et financier de certains établissements. »</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</p>	<p>II. - L'article L. 162-22-3 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Les deux premiers</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique détermine :</p> <p>.....</p>	<p>alinéas du II sont ainsi rédigés :</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>« 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 charges entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, au moins une fois dans l'année, au vu des résultats des quatre 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 au I de l'article L. 162-22-2 au titre de l'année précédente et sa répartition par région, établissement et nature d'activité.</p>	<p>« Chaque année, au plus tard le 30 janvier, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat et aux Agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-2 du code de la santé publique, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-2 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</p>	<p>2° Au troisième alinéa du II, les mots : « le montant des frais d'hospitalisation définis au I de l'article</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>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>L. 162-22-2 et sa répartition par région : » sont remplacés par les mots : « le montant des charges définies au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, le 31 août au plus tard, pour les quatre premiers mois. » ;</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>.....</p>	<p>3° Au sixième alinéa du II, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « des charges » ;</p>		
	<p>4° Les 1° et 2° du II sont abrogés ;</p>		
	<p>5° Le III est ainsi rédigé :</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>« III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, 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. 162-22-8. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-1, l'activité de soins d'accueil et de traitement des urgences exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>L. 6114-3 du code de la santé publique peut bénéficier d'un financement conjoint sous la forme de tarifs des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-1 et d'un forfait annuel versé par douzième dans les conditions prévues à l'article L. 174-18, à compter, lorsque celle-ci intervient en cours d'année, de la date de mise en oeuvre de l'autorisation mentionnée au deuxième alinéa.</p>	<p>III. - Le quatrième alinéa de l'article L. 162-22-8 du même code est ainsi rédigé :</p>		
<p>..... La répartition des sommes versées aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique au titre de l'alinéa précédent, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des dépenses supportées par chacun de ces régimes pour lesdits établissements au titre de l'exercice précédent, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>« La répartition des sommes versées aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique au titre de l'alinéa précédent, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans ces établissements l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. »</p>		
<p>Code de l'action sociale et des familles</p>			
<p>LIVRE III</p>			
<p>Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services</p>			
<p>TITRE I^{ER}</p>			
<p>Etablissements et services soumis à autorisation</p>			
<p>CHAPITRE IV</p>			
<p>Dispositions financières</p>			
<p>Section 2</p>			
<p>Règles budgétaires et de financement</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 314-3. - Le financement de celles des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses.</p>	<p>IV. - Le troisième alinéa de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>		
<p>.....</p> <p>Ce montant total annuel est constitué, après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale, en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations est fixé par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations définies par les schémas prévus à l'article L. 312-5, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions.</p>	<p>« Il prend en compte les évolutions à l'issue desquelles des établissements auparavant régis par l'article L. 6114-3 du code de la santé publique se trouvent placés, compte tenu de leur activité réelle, sous le régime de financement prévu au présent article. »</p>		
<p>Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 Art. 40. - I. -</p>	<p>Article 11</p>	<p>Article 11</p>	<p>Article 11</p>
<p>.....</p> <p>III. - Ce fonds finance également des dépenses d'investissement et de</p>	<p>I. - Le III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23</p>	<p>Sans modification</p>	<p>I. - Le III ...</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
fonctionnement des établissements de santé.	décembre 2000) est complété par les mots : « ainsi qu'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements les références et recommandations de gestion hospitalière qu'elle élabore à partir des résultats des audits ».		
Code de la santé publique			
<p>Art. L. 6115-1. - Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de l'hospitalisation a pour mission de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources. A cette fin et sous réserve des compétences dévolues au ministre chargé de la santé par les articles L. 6121-8, L. 6122-10 et L. 6122-13, elle exerce les attributions définies aux titres I^{er} et II du présent livre, ainsi qu'à la section V du chapitre II du titre VI et au chapitre IV du titre VII du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale.</p>			<p>... des audits. Ces références et recommandations de gestion hospitalière sont communiquées aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-1 du code de la santé publique pour être intégrées dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-3 du même code ».</p>
<p>Un décret peut conférer à certaines agences une compétence interrégionale.</p>			
<p>Art. L. 6114-3. - Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 conclus avec les établissements de santé privés</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>autres que ceux mentionnés à l'article L. 6114-2 déterminent par discipline les tarifs des prestations d'hospitalisation et le montant du forfait annuel. Ils sont conclus dans le respect des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5, L. 162-22-7 et L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Ces contrats définissent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et, notamment, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre des orientations adoptées par le conseil régional de santé prévu à l'article L. 1411-3. Ils prévoient les délais de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation mentionnée à l'article L. 6113-3.</p> <p>Les contrats peuvent, en outre, favoriser la constitution des réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et les actions de coopération prévues au titre III du présent livre.</p> <p>La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation un an avant leur échéance. En cas d'absence de réponse huit mois avant l'échéance, les contrats sont réputés renouvelés par tacite reconduction. Le refus de renouvellement doit être motivé.</p> <p>Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-6 du code de la</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>sécurité sociale, le contrat détermine les pénalités applicables à l'établissement au titre des deuxième et troisième alinéas du présent article en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues.</p> <p>Les contrats peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'agence régionale de l'hospitalisation en cas de manquement grave de l'établissement à ses obligations législatives, réglementaires ou contractuelles.</p> <p>Les litiges relatifs à l'application de ces contrats sont portés devant les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale.</p> <p>Les conditions d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.</p> <p>Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal</p> <p>Art. 1^{er}. –</p> <p>.....</p> <p>Ne sont pas considérés comme documents administratifs, au sens du présent titre, les actes des assemblées parlementaires, les avis du Conseil d'Etat et des juridictions administratives, les documents de la Cour des comptes mentionnés à l'article L. 140-9 du code des juridictions financières et les documents des chambres régionales des comptes</p>	<p>II. - La fin du dernier alinéa de l'article 1^{er} de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, après les mots : « Médiateur de la République », est ainsi</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>mentionnés à l'article L. 241-6 du même code, les documents d'instruction des réclamations adressées au Médiateur de la République et les documents préalables à l'élaboration du rapport d'accréditation des établissements de santé visé à l'article L. 710-5 du code de la santé publique.</p>	<p>rédigée : « , les documents préalables à l'élaboration du rapport d'accréditation des établissements de santé prévu à l'article L. 6113-6 du code de la santé publique et les rapports d'audit des établissements de santé mentionnés à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001(n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 ».</p>	<p>Article 11 <i>bis</i> (nouveau)</p> <p>Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les mandats globaux relatifs aux indemnisations des gardes effectuées par les internes ou faisant fonction d'interne en médecine dans les établissements publics de santé au titre des exercices 1998 à 2001, en tant que leur régularité est mise en cause sur le fondement de la prise en compte d'un taux d'indemnisation correspondant à celui des praticiens hospitaliers.</p>	<p>Article 11 <i>bis</i></p> <p>Sans modification</p>
<p>Code de la santé publique</p> <p>SIXIEME PARTIE ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE I^{ER} Etablissements de santé TITRE II Equipement sanitaire CHAPITRE II Autorisations Art. L. 6122-19. - Le Gouvernement peut expérimenter, à compter du 1^{er} janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé</p>	<p>Article 12</p> <p>I. - Au premier alinéa de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique, les mots : « fondés sur une tarification à la pathologie » sont remplacés par les mots :</p>	<p>Article 12</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>Article 12</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie.</p>	<p>« fondés sur leurs activités et établis en fonction des informations qu'ils recueillent et transmettent en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du présent code et du 7° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ».</p>	<p>II (<i>nouveau</i>). - Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport d'étude sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de soins.</p>	<p>Article 13</p> <p>I. – Non modifié</p>
	<p>Article 13</p> <p>I. - Les obligations et créances du Fonds pour la modernisation des cliniques privées créé par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999) sont transférées à compter du 1^{er} janvier 2003 au Fonds pour la modernisation des établissements de santé créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).</p>	<p>Article 13</p> <p>I. – Non modifié</p>	<p>Article 13</p> <p>I. – Non modifié</p>
	<p>II. - Le solde disponible au 31 décembre 2002 du Fonds pour la modernisation des cliniques privées est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé. Le montant du solde est constaté par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p>	<p>II. – Non modifié</p>	<p>II. – Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">-----</p> <p align="center">Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000</p>	<p align="center">-----</p>	<p align="center">-----</p>	<p align="center">-----</p>
<p>Art. 33. –</p> <p>VIII. - A. - Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2000, un fonds destiné à financer, dans le respect du schéma régional d'organisation sanitaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des opérations concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers au niveau régional ; - à compter du 1^{er} janvier 2001, des actions en matière sociale et salariale, réalisées par les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique. <p>Les subventions au titre des actions réalisées en matière sociale et salariale sont attribuées selon des modalités définies par décret en fonction des données utilisées pour fixer les règles générales et les critères de modulation des tarifs. Ces règles et critères sont tels que définis à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale : la place de l'établissement dans le schéma régional d'organisation sanitaire, l'ensemble des ressources dont ils disposent pour ces actions, en particulier le niveau des tarifs des prestations des établissements</p>	<p>III. - Le VIII de l'article 33 de la loi du 29 décembre 1999 susmentionnée est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2003.</p>	<p>III. – A compter du 1^{er} janvier 2003, le VIII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 précitée est abrogé et, dans le I de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée, après les mots : « Fonds pour la modernisation des établissements de santé », sont insérés les mots : « publics et privés ».</p>	<p>III – Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>de la région apprécié en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.</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 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>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 à l'articles L. 710-17 du code de la santé publique.</p>			
<p>E. - Les modalités d'utilisation de la subvention par l'établissement</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>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>Les modalités d'application du présent VIII, notamment les opérations et les actions éligibles à un financement par le fonds, ainsi que les informations mises à la disposition de l'agence régionale de l'hospitalisation par l'établissement à l'appui de sa demande, sont déterminées par décret.</p>			
<p>Code de la santé publique</p> <p>SIXIEME PARTIE ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE I^{ER} Etablissements de santé TITRE VI Etablissements de santé privés CHAPITRE I^{ER} Dispositions générales Art. L. 6161-9. –</p>			
<p>.....</p> <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>IV. - A l'article L. 6161-9 du code de la santé publique, les mots : « Fonds pour la modernisation des cliniques privées » sont remplacés par les mots : « Fonds pour la modernisation des établissements de santé ».</p>	<p>IV. - A santé publics et privés ».</p>	<p>IV. – Non modifié</p>
	<p>V. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est fixé pour l'année 2003 à 450 millions d'euros.</p>	<p>V. – Le montant de santé publics et privés est fixé, pour l'année 2003, à ... euros.</p>	<p>V. – Non modifié</p>
			<p>VI (nouveau). - <i>Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés dresse un</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">---</p> <p>Loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique</p> <p>Art. 14. - Il est créé, à partir du 1^{er} janvier 1995, un fonds pour l'emploi hospitalier, qui a pour objet de prendre en charge :</p> <p>1° Les deux tiers de l'indemnité exceptionnelle allouée aux agents qui bénéficient des dispositions de l'ordonnance n° 82-298 du 31 mars 1982 précitée ;</p> <p>2° Les deux tiers de la différence entre la rémunération versée aux agents autorisés à travailler à temps partiel dans une proportion de 80 p. 100 ou 90 p. 100 du temps plein et celle qui résulterait d'une réduction proportionnelle de leur traitement indiciaire.</p> <p>Le fonds peut également prendre en charge le financement d'aides à la mobilité et d'actions de formation.</p> <p>Les agents mentionnés ci-dessus sont les fonctionnaires régis par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée et les agents contractuels visés à l'article 10 de ladite loi.</p> <p>Ce fonds, dont la gestion est assurée par la</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p>Article 14</p> <p>I. – A l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, il est créé un I comportant les dix alinéas de cet article.</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p>Article 14</p> <p>L'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Ses dispositions actuelles constituent un I ;</p>	<p style="text-align: center;">---</p> <p><i>bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires dans un rapport annuel remis au ministre chargé de la santé.</i></p> <p>Article 14</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>Caisse des dépôts et consignations, est alimenté par une contribution à la charge des établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée.</p> <p>Cette contribution est assise sur le montant des rémunérations soumises à retenues pour pension. Son taux, qui ne peut excéder 1,8 p. 100, est fixé par décret.</p> <p>Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et selon les mêmes règles que les contributions versées par les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.</p>	<p>-----</p> <p>II. - Le même article est complété par un II comportant quatre alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« II. - Le fonds pour l'emploi hospitalier contribue en outre, dans les conditions fixées par décret, au financement des droits à congés acquis au titre de la réduction du temps de travail non pris ou portés dans un compte épargne-temps en raison de la réalisation progressive des recrutements. Ne peuvent être financés à ce titre que les droits acquis en 2002, 2003 et 2004 par les médecins, pharmaciens et odontologistes mentionnés au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique et en 2002 et 2003 par les agents des</p>	<p>-----</p> <p>2° A la fin du dernier alinéa, le mot : « article » est remplacé par la mention : « I » ;</p> <p>3° Il est complété par un II ainsi rédigé :</p> <p>« II. – Alinéa sans modification</p>	<p>-----</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	<p>établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et sous réserve que les rémunérations des uns et des autres sont prises en compte pour le calcul des ressources allouées par l'assurance maladie à l'établissement.</p> <p>« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant des crédits ouverts à ce titre dans les comptes du fonds.</p> <p>« Les opérations du fonds réalisées pour l'exercice de cette mission font l'objet d'un suivi distinct en comptabilité.</p> <p>« Les régimes obligatoires d'assurance maladie abondent le fonds pour l'exercice de cette mission à hauteur du montant des crédits ouverts chaque année à ce titre par l'arrêté ministériel prévu au sixième alinéa du présent article. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Les régimes obligatoires d'assurance maladie alimentent le fonds pour l'exercice de cette mission à la hauteur du montant des crédits ouverts chaque année à ce titre par l'arrêté interministériel mentionné au deuxième alinéa du présent II. La répartition ...</p> <p>... sociale. »</p>	---
<p>Code de la santé publique</p> <p>SIXIEME PARTIE ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE I^{ER} Etablissements de santé TITRE V Personnels médicaux et pharmaceutiques CHAPITRE IV Activité libérale des praticiens temps plein</p>		Article 14 bis (nouveau)	Article 14 bis

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 6154-3. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.</p>	<p>Article 15</p> <p>I. - L'article L. 162 5-9 du code de la</p>	<p>L'article L. 6154-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :</p> <p>« Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.» ;</p> <p>2° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent au président de la commission de l'activité libérale mentionnée à l'article L. 6154-5 de l'établissement public de santé dans lequel le praticien exerce, les informations sur ses recettes, le nombre de ses consultations et le volume des actes qu'il effectue. »</p>	<p>Sans modification</p>
<p>L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance dans des conditions déterminées par décret.</p> <p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE I^{ER}</p> <p>Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p>TITRE VI</p> <p>Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</p> <p>CHAPITRE II</p> <p>Dispositions générales</p>			<p>Article 15</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">relatives aux soins</p> <p style="text-align: center;">Section 1.1</p> <p style="text-align: center;">Médecins</p> <p style="text-align: center;">Sous-section 2</p> <p style="text-align: center;">Règlement conventionnel</p> <p style="text-align: center;">Art. L. 162-5-9. – I. –</p> <p>III. - Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-13, après consultation, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et de l'organisation en charge des questions de déontologie de cette profession.</p> <p>IV. - Le règlement prévu au présent article peut comporter toute disposition entrant dans le champ des conventions nationales en application des dispositions du présent code.</p> <p style="text-align: center;">Section 3.1</p> <p style="text-align: center;">Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3</p> <p style="text-align: center;">Sous-section 2</p> <p style="text-align: center;">Dispositions relatives à la fixation et au suivi des objectifs de dépenses</p> <p style="text-align: center;">Art. L. 162-15-2. - I. -</p> <p>En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9,</p>	<p style="text-align: center;">-----</p> <p>sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p style="text-align: center;">1° Le III est ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« III. - Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-13, après consultation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi que, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et, en tant que de besoin, de l'organisation en charge des questions de déontologie de cette profession. » ;</p> <p style="text-align: center;">2° Le IV est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p style="text-align: center;">« Ce règlement fixe les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés en dehors des cas de dépassements autorisés. »</p> <p style="text-align: center;">II.- Le sous-section 2 de la section 3-1 du chapitre II du titre VI du livre I^r du même code est abrogée.</p>	<p style="text-align: center;">-----</p> <p>II. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">-----</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">---</p> <p>L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession :</p> <p>1° L'objectif des dépenses de la profession, incluant les dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires, un objectif étant fixé pour les médecins généralistes, d'une part, et pour les médecins spécialistes, d'autre part ; cet objectif s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile concernée et porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail ;</p> <p>2° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux, en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention, pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;</p> <p>3° Le cas échéant, les mesures de toute nature propres à garantir le respect de l'objectif fixé et notamment :</p> <p>a) Toute action visant à réduire le volume des actes non justifiés au plan médical et notamment les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ;</p> <p>b) Les modifications,</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>dans la limite de 20 % de la cotation des actes inscrits à la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie auxquelles les parties à la convention peuvent procéder.</p>			
<p>II. - En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins deux fois dans l'année, une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année.</p>			
<p>Lorsqu'elles constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application du I, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession, les mesures de toute nature propres à garantir son respect et notamment celles prévues au 3° du I ainsi que, le cas échéant, les ajustements des tarifs prévus au 2°.</p>			
<p>En cas de carence des caisses nationales ou lorsqu'il apparaît que les mesures</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>proposées au titre des deux alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses, un arrêté interministériel fixe les tarifs et mesures mentionnés aux 2° et 3° (b) du I.</p>			
<p>Art. L. 162-15-3. - I. - Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget dans un délai de cinquante jours à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, accompagné 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.</p>			
<p>Ce rapport comporte les éléments permettant d'apprécier la compatibilité des annexes ou des mesures déterminées par les caisses nationales avec l'objectif de dépenses déléguées mentionné au II de l'article L. 227-1.</p>			
<p>Le rapport indique également les moyens mis en oeuvre par l'assurance</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>maladie pour maîtriser l'évolution des dépenses de prescription des médecins, sages-femmes et dentistes. Il détaille à ce titre les actions, notamment de contrôle, prévues par le service médical, les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que celles menées au titre des accords médicalisés visés à l'article L. 162-12-17. Le rapport précise l'effet projeté de chaque action sur les dépenses de prescription, par catégorie.</p>			
<p>Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p>			
<p>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 le 15 juillet, accompagné, le cas échéant, des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie.</p>			
<p>Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p>			
<p>III. - Les mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie au titre de l'article L. 162-15-2 font l'objet d'une approbation unique des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p>			
<p>Ces mesures sont réputées approuvées si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dans le délai de quinze jours à compter de leur réception, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou en raison des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.</p>			
<p>En cas d'opposition, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose d'un délai de dix jours pour revoir le contenu des mesures et les présenter à nouveau, dans les conditions fixées au premier alinéa du I et au II ci-</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>dessus, aux ministres compétents.</p> <p>IV. - <i>Abrogé</i></p> <p>V. - En l'absence de convention, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés, en vigueur au 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur des mesures fixées par les caisses nationales dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-2.</p>			
<p>Section 1.1</p> <p>Médecins</p> <p>Sous-section 3</p> <p>Dispositions diverses</p> <p>Art. L. 162-5-13. - I. - Les tarifs des médecins mentionnés à l'article L. 162-15-2 ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient.</p>	<p>III. - A l'article L. 162-5-13 du même code, les mots : « à l'article L. 162-15-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-14-2 et L. 162-5-9 ».</p>	<p>III. – Non modifié</p>	
<p>II. –</p> <p>.....</p> <p>Section 10</p> <p>Réseaux</p> <p>Art. L. 162-45. –</p> <p>.....</p> <p>1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;</p> <p>.....</p>		<p>III bis (<i>nouveau</i>). - A l'article L. 162-45 du même code, les mots : « , L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 » sont remplacés par les mots : « et L. 162-14 ».</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Section 3.1</p> <p style="text-align: center;">Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3</p> <p style="text-align: center;">Sous-section 1</p> <p style="text-align: center;">Conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants</p> <p>Art. L. 162-15. - Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13, leurs annexes et avenants sont transmis, au nom des parties signataires, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes est consulté par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à la caisse et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">IV. - A l'article L. 162-15 du même code, les mots : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, » sont supprimés.</p>	<p style="text-align: center;">IV. – Non modifié</p>	
<p>Art. L. 322-5-1. –</p> <p>.....</p> <p>La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-2 ou</p>	<p style="text-align: center;">V. - A l'article L. 322-5-1 du même code, la référence : « L. 162-15-2 » est remplacée par la référence : « L. 162-5-9 ».</p>	<p style="text-align: center;">V. – Non modifié</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>L. 162-15-2.</p> <p>LIVRE I^{ER} Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base TITRE VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales CHAPITRE II Dispositions générales relatives aux soins Section 2.1 Références professionnelles</p> <p>Art. L. 162-16-16. – A défaut de mise en place du comité médical paritaire local ou à défaut d'un avis rendu dans le délai prévu ou en cas de partage égal des voix, le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3 est saisi.</p> <p>Sur la base des faits litigieux retenus par le comité médical paritaire local ou, à défaut, par le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3, le service du contrôle médical propose à la caisse la sanction financière prévue par les conventions ou le règlement mentionnés au premier alinéa.</p> <p>.....</p>	<p>VI. - L'article L. 162-12-16 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Le troisième alinéa est supprimé ;</p> <p>2° Au quatrième alinéa, les mots : « ou, à défaut, par le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3 » sont supprimés.</p>	<p>VI. – Non modifié</p>	
<p>LIVRE III Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général TITRE I^{ER} Assurance maladie CHAPITRE V Contrôle médical</p> <p>Art. L. 315-3. - En cas de non-respect des règles d'établissement des feuilles</p>	<p>VII. - L'article L. 315-3 du même code est abrogé.</p>	<p>VII. – Non modifié</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>de soins et des ordonnances destinées aux assurés reconnus atteints d'affections relevant des dispositions de l'article L. 324-1, en cas de non-respect des règles de prescription de médicaments définies à l'article L. 162-4, de non-respect des conditions de prise en charge des frais de transport visés au 2° de l'article L. 321-1 ou de non-respect des conditions prévues pour l'attribution des indemnités visées au 5° du même article, le service du contrôle médical saisit un comité médical régional composé de deux représentants désignés en son sein par la section correspondante de l'union des médecins exerçant à titre libéral, de deux médecins conseils désignés par le service régional du contrôle médical et du médecin inspecteur régional, ou de son représentant, qui en assure la présidence. Ce comité se prononce sur la matérialité des faits et les sanctions financières susceptibles d'être prises à l'encontre de l'auteur des actes ou des prescriptions irrégulières, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>			
<p>L'avis rendu par le comité médical s'impose à la caisse et au professionnel concerné. Le montant des sanctions peut aller jusqu'au remboursement à la caisse de la dépense supportée par elle, au titre des actes et des prescriptions irréguliers.</p>			
<p>La mise en oeuvre de ces sanctions ne fait pas obstacle à l'application des mesures pouvant être prises à l'égard du bénéficiaire de la</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>prestation concernée, conformément au deuxième alinéa de l'article L. 315-2.</p> <p>Par dérogation aux dispositions de l'article L. 145-1, les litiges nés de l'application de ces dispositions sont portés devant les juridictions du contentieux général de la sécurité sociale.</p> <p>LIVRE VI Régime des travailleurs non salariés TITRE I^{ER} Assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles CHAPITRE V Champ d'application du régime - Prestations Section 2 Dispositions relatives aux soins – Contrôle médical Sous-section 3 Contrôle médical</p> <p>Art. L. 615-13. – Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 sont applicables au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p> <p>Code rural</p> <p>LIVRE VII Dispositions sociales TITRE III Protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles CHAPITRE II Prestations Section 2 Assurance maladie,</p>	<p>VIII. - Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les mots : « , L. 315-2-1 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « et L. 315-2-1 ».</p>	<p>VIII. – Non modifié</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">invalidité et maternité</p> <p>Art. L. 732-5. - Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles.</p> <p>.....</p>	<p>IX. - Au premier alinéa de l'article L. 732-5 du code rural, les mots : « et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « et L. 315-2-1 ».</p>	<p>IX. – Non modifié</p>	<p align="center"><i>Article additionnel après l'article 15</i></p>
<p align="center">Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 162-12-18. - La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 déterminent les conditions dans lesquelles les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui ouvre droit, en contrepartie du respect des engagements de ce contrat, à un complément forfaitaire de rémunération ou à la majoration de la participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.</p> <p>.....</p>			<p align="center"><i>I. - Au premier alinéa de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, les mots : « contrat de bonne pratique » sont remplacés par les mots : « contrat de pratique professionnelle ».</i></p>
<p>Art. L. 162-12-19. - En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées à l'article L. 162-14-1, ou en l'absence d'accords de bon usage des soins ou de contrats de bonne pratique, et après consultation des syndicats représentatifs des professions concernées, les accords ou contrats mentionnés aux articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 peuvent être fixés par arrêté interministériel pris sur</p>			<p align="center"><i>II. - Dans l'article L. 162-12-19 et au troisième alinéa (2°) de l'article L. 162-14-1 du même code, les mots : « contrats de bonne pratique » sont remplacés par les mots : « contrats de pratique professionnelle ».</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale ou, à défaut, à l'initiative des ministres compétents.</p>			
<p>Art. L. 162-14-1. – La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :</p>			
<p>.....</p> <p>2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; ces engagements prennent la forme d'accords de bon usage des soins prévus par l'article L. 162-12-17, qui constituent dans ce cas une annexe à la convention nationale, de contrats de bonne pratique prévus par l'article L. 162-12-18 ou de tout autre dispositif que les conventions mettent en oeuvre conformément aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;</p>			
Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale			
LIVRE II			
Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses			
TITRE II			
Organismes nationaux			
CHAPITRE VIII			
Conseils de surveillance			
Art. L. 228-1.-			
<p>Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an pour examiner les conditions de mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion visées aux articles L. 227-1 et suivants. Il examine un rapport à cet effet présenté par les caisses nationales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son président remet un avis au Parlement sur la mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion. Il fixe l'ordre du jour du conseil de surveillance.</p>	Article 16	Article 16	Article 16
	<p>A l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, le quatrième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>	<p>Après le quatrième alinéa de l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	Alinéa supprimé
	<p>« Le conseil de surveillance de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs</p>	« Le ...	<p><i>Lorsqu'il agrée ou approuve les accords, conventions, annexes et avenants mentionnés aux</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 162-16. - Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en</p>	<p>salariés veille à la cohérence des conventions passées entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé avec l'objectif national prévu au 4° de l'article LO. 111-3.»</p> <p>Article 17</p> <p>Au deuxième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, les mots : « en application du deuxième</p>	<p>... 4° du I de l'article LO. 111-3. Le conseil de surveillance est saisi par le conseil d'administration de la caisse de l'accord-cadre, des conventions, de leurs annexes et avenants, mentionnés aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-14-2. Lorsqu'il estime qu'une ou plusieurs dispositions de l'accord-cadre ou d'une convention ne sont pas cohérentes avec le respect de l'objectif national prévu au 4° du I de l'article L. O. 111-3, il en informe le conseil d'administration en adoptant un avis motivé à la majorité de ses membres, le président ayant une voix prépondérante. Le conseil d'administration transmet l'avis au Parlement et au Gouvernement. En outre, le conseil de surveillance rend chaque année, avant le 30 juin, un rapport sur la politique conventionnelle de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce rapport, adopté à la majorité de ses membres, le président ayant une voix prépondérante, est transmis au Parlement et au Gouvernement. »</p> <p>Article 17</p> <p>Supprimé</p>	<p>articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-14-2, le ministre chargé de la sécurité sociale adresse aux commissions compétentes du Parlement un rapport sur la cohérence de ces accords, conventions, annexes et avenants avec l'objectif prévu au 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.</p> <p><i>Copie de ce rapport est adressée au conseil de surveillance de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</i></p> <p>Article17</p> <p>Suppression maintenue</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1 du présent code ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.</p> <p>.....</p>	<p>alinéa de l'article L. 5125-3 du code de la santé publique, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique » sont remplacés par les mots : « l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère conforme à la prescription, qu'elle appartienne à un groupe générique ou non, ».</p>		
	<p>Article 18</p>	<p>Article 18</p>	<p>Article 18</p>
	<p>I. - Dans le code de la sécurité sociale, les mots : « service du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « service médical de l'assurance maladie ».</p>	<p>I. - 1. Dans sociale, au premier alinéa de l'article L. 162-1-2 et de l'article L. 162-4-1, au quatrième alinéa de l'article L. 162-12-16, au cinquième alinéa de l'article L. 162-12-18, au dernier alinéa de l'article L. 224-7, aux II, III, IV et V de l'article L. 315-1, aux premier, deuxième et dernier alinéas de l'article L. 315-2, par trois fois au premier alinéa de l'article L. 315-2-1, à l'article L. 544-3 et à l'article L. 766-1-4, les mots : « service du maladie ».</p> <p>2. Dans le code rural, au quatrième alinéa de l'article L. 752-6 et au troisième alinéa de l'article L. 752-24, les mots : « service du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « service médical de l'assurance maladie ».</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 183-1. -</p> <p>.....</p>	<p>II. - Au cinquième alinéa de l'article L. 183-1 du même code, les mots : « des services de l'échelon régional du contrôle médical » sont</p>	<p>II. - Au L. 183-1 du code de la sécurité sociale, les ...</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>des services du contrôle médical, au plan régional et local, de l'ensemble des régimes.</p>	<p>remplacés par les mots : « de l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie ». Au même alinéa, les mots : « des services du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « des services médicaux de l'assurance maladie ».</p>	<p>... maladie ».</p>	
	<p>III. - L'intitulé du chapitre V du titre I^{er} du livre III du même code est ainsi rédigé : « Bon usage des prestations et relations avec les professionnels de santé ».</p>	<p>III. – Non modifié</p>	
		<p>III <i>bis</i> (nouveau). - 1. L'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre I^{er} du livre VI du même code est ainsi rédigé : « Dispositions relatives aux soins. - Bon usage des prestations ».</p>	
		<p>2. L'intitulé de la sous-section 3 de la même section 2 est ainsi rédigé : « Bon usage des prestations et relations avec les professionnels de santé ».</p>	
<p>Art. L. 615-13. - Les caisses mutuelles régionales mentionnées à l'article L. 611-1 assurent le contrôle médical dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. A cet effet, elles peuvent, le cas échéant, passer convention avec un autre organisme de sécurité sociale.</p>		<p>3. Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les mots : « assurent le contrôle médical » sont remplacés par les mots : « examinent tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service des prestations et analysent l'activité des prestataires de soins ».</p>	
		<p>4. Dans le deuxième</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 315-1. - I. - Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité. II. -</p>	<p>IV. - Le premier alinéa de l'article L. 315-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes : « Le service médical de l'assurance maladie a pour mission d'examiner tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité et d'analyser l'activité des prestataires de soins, en vue de promouvoir les bonnes pratiques et de lutter contre les prescriptions abusives. »</p>	<p>alinéa du même article, le mot : « contrôle » est remplacé par le mot : « service ».</p> <p>IV. - Le I de l'article L. 315-1 est ainsi rédigé : « I. - Le abusives. »</p>	
<p>Code rural</p> <p>Art. L. 752-12. - Les organismes de mutualité sociale agricole sont chargés : - d'assurer le contrôle médical selon les modalités prévues aux articles L. 315-1 à L. 315-3 du code de la sécurité sociale ;</p>	<p>V. - Après l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 315-1-1 ainsi rédigé :</p>	<p>IV bis (nouveau). - Le quatrième alinéa de l'article L. 752-12 du code rural est ainsi rédigé : « - d'examiner tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité et d'analyser l'activité des prestataires de soins, en vue de promouvoir les bonnes pratiques et de lutter contre les prescriptions abusives, conformément aux articles L. 315-1 à L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale ; ».</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>		<p>V. - Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 615-13. - Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 sont applicables au régime d'assurance maladie et maternité des</p>	<p>« Art. L. 315-1-1. - Le service médical de l'assurance maladie assure également les missions suivantes :</p> <p>« 1° En relation notamment, en ce qui concerne les médecins, avec les unions mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique, la réalisation d'actions de bon usage des soins destinées à promouvoir des avis et recommandations scientifiques émanant des instances compétentes, notamment de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, tant auprès des professionnels de santé que des assurés sociaux ;</p> <p>« 2° La participation aux actions des caisses d'assurance maladie destinées à porter à la connaissance des professionnels de santé les évolutions de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale ;</p> <p>« 3° A partir notamment des analyses prévues aux III et IV de l'article L. 315-1, la mise à disposition des professionnels de tous documents de nature à leur permettre d'analyser leur activité individuelle et d'améliorer leur exercice.</p> <p>« Les conditions de mise en œuvre du présent article sont fixées par décret. »</p> <p>VI. - Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, après la référence : « L. 315-1, », il est inséré la référence : « L. 315-1-1, ».</p>	<p>« Art. L. 315-1-1. - Le maladie exerce également suivantes :</p> <p>1° Non modifié</p> <p>2° Non modifié</p> <p>« 3° A professionnels de santé de tous exercice.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>VI. - Non modifié</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p> <p>Code rural</p> <p>Art. L. 732-5. - Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles.</p> <p>.....</p> <p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 162-5. - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, 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 syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre Caisse nationale d'assurance maladie et et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.</p> <p>La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les</p>	<p>VII. - Au premier alinéa de l'article L. 732-5 du code rural, après la référence : « L. 315-1, », il est inséré la référence : « L. 315-1-1, ».</p>	<p>VII. – Non modifié</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.	Article 19	Article 19	Article 19
La ou les conventions déterminent notamment :	L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 15° ainsi rédigé : « 15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et bons usages des soins fixés par la convention. »	Alinéa sans modification « 15° Les pratiques et de bon usage des convention. »	Sans modification
Art. L. 162-17-4. - En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa de l'article L. 162-17. Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :		Article 19 bis (nouveau)	Article 19 bis
Art. 138-10. - Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation		I. - Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise » sont remplacé par les mots : « Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise ».	Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>Le montant total de cette contribution est calculé comme suit</p> <p style="text-align: center;">TAUX</p> <p>D'ACCROISSEMENT du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables :</p> <p style="padding-left: 2em;">T supérieur à K(+) et/ou égal à K + 0,5 point.</p> <p style="text-align: center;">TAUX DE LA CONTRIBUTION globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables : 50</p> <p style="text-align: center;">TAUX</p> <p>D'ACCROISSEMENT du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables :</p> <p style="padding-left: 2em;">T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point.</p> <p style="text-align: center;">TAUX DE LA</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>CONTRIBUTION globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables : 60</p> <p>TAUX</p> <p>D'ACCROISSEMENT du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables : T supérieur à K + 1 point et plus.</p> <p>TAUX DE LA CONTRIBUTION globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables : 70</p> <p>(+) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.</p> <p>Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu, postérieurement au 1er janvier 1999, une convention avec le Comité économique des produits de santé en application des articles L. 162-16-1 et suivants, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p>		<p>II. – La première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 138-10 du même code est complétée par les mots : «et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002</p> <p align="center">Art. 36. -</p> <p>.....</p> <p>III. – Les agréments pris sous l'empire de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets, pour la durée fixée par l'agrément, en tant qu'ils concernent les dérogations prévues au II de cet article.</p>	<p align="center">Article 20</p> <p>Avant l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-8 ainsi rédigé :</p> <p align="center">« Art. L. 162-17-8. -</p> <p>Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 162-16-4, l'entreprise qui exploite un médicament peut, lorsque ce médicament présente, par son caractère innovant ou</p>	<p>alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu ».</p> <p align="center">Article 19 <i>ter</i> (nouveau)</p> <p>Dans le III de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n°2001-1246 du 21 décembre 2001), les mots : « , pour la durée fixée par l'agrément » sont remplacés par les mots : « un an après la durée fixée par l'agrément et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2004 ».</p> <p align="center">Article 20</p> <p>Après l'article L. 162-17-5 du ...</p> <p>... L. 162-17-7 ainsi rédigé :</p> <p align="center">Art. L. 162-17-7. –</p> <p>L'entreprise qui exploite un médicament peut, lorsque ce médicament présente, par son amélioration du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, demander à</p>	<p align="center">Article 19 <i>ter</i></p> <p>I. - Dans ...</p> <p>... mots : « jusqu'au 31 décembre 2004 ».</p> <p align="center">II. - Les dispositions des conventions de financement conclues entre les réseaux agréés en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 et les organismes d'assurance maladie peuvent être, par avenant, prolongées jusqu'au 31 décembre 2004.</p> <p align="center">Article 20</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">CHAPITRE V Dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que des médicaments et prestations associées</p>	<p>l'importance du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, demander à bénéficier d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.</p> <p>« Un décret en Conseil d'Etat précise notamment les conditions requises pour bénéficier de cette procédure, ses modalités de mise en œuvre et la nature des engagements que doit prendre l'entreprise. »</p>	<p>bénéficier d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L.162-17.</p> <p>« Un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise notamment les médicaments auxquels cette procédure est applicable, les modalités de mise en oeuvre et la nature des engagements que doit prendre l'entreprise. »</p>	Article 21
Art. L. 162-17. -	Article 21	Article 21	Sans modification
<p>Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence du médicament dans les conditions prévues à l'article L. 551-6 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé peut demander à l'entreprise concernée, dans le délai d'un mois à compter de la date de publication de la décision d'interdiction au Journal officiel, la modification des prix des médicaments fixés par convention faisant l'objet de l'interdiction de publicité ou le versement, en application de l'article L. 162-18, de remises sur</p>	<p>I. - Les huitième et neuvième alinéas de l'article L. 162-17-4 sont remplacés par les dispositions suivantes :</p> <p>« Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après avis du Comité économique des produits de santé et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de la dite entreprise.</p>	<p>I. - Les ...</p> <p>... L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale sont ... par cinq alinéas ainsi rédigés :</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>le chiffre d'affaires de ces médicaments. Si l'avenant correspondant n'a pas été signé dans un délai de deux mois à compter de la même date, le comité peut résilier la convention ; ces prix sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. Cette modification des prix ne peut entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.</p>	<p>« Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet de la publicité interdite durant les six mois précédant et les six mois suivant la date d'interdiction.</p>	<p>modification</p>	
<p>Lorsque la mesure d'interdiction de publicité mentionnée à l'alinéa précédent porte sur un médicament dont le prix est fixé par arrêté, le Comité économique des produits de santé peut, dans le délai d'un mois à compter de la date de publication de la décision d'interdiction au Journal officiel, proposer à l'entreprise concernée de conclure une convention modifiant les prix des médicaments faisant l'objet de l'interdiction de publicité ou prévoyant, en application de l'article L. 162-18, le versement de remises sur le chiffre d'affaires de ces médicaments. A défaut de conclusion d'une telle convention dans un délai de deux mois à compter de la même date, ces prix sont modifiés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. Cette modification des prix ne peut entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.</p>	<p>« Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par la mesure d'interdiction et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« La pénalité est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>II. - Après l'article</p>	<p>II. - Après l'article</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	<p>L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-9 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-17-9. - S'il s'avère, postérieurement à l'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, que l'entreprise qui exploite le médicament n'a pas fourni, en en signalant la portée, des informations connues d'elle avant ou après l'inscription et que ces informations conduisent à modifier les appréciations portées par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique notamment pour ce qui concerne le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce médicament, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après avis du comité économique des produits de santé et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.</p> <p>« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires total hors taxes réalisé en France par l'entreprise au cours du dernier exercice clos.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article, notamment la nature des informations concernées, les règles et délais de procédure, ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité</p>	<p>L. 162-17-5 du ...</p> <p>... article L. 162-17-8 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-17-8. - S'il ...</p> <p>... entreprise.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Les ...</p> <p>... procédure, les modes ...</p>	---

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de l'action sociale et des familles</p> <p>LIVRE III Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services TITRE I^{ER} Etablissements et services soumis à autorisation CHAPITRE IV Dispositions financières Section 2 Règles budgétaires et de financement</p>	<p>sociale, sont déterminés par décret en Conseil d'Etat. « La pénalité est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code. « Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. »</p>	<p>... Conseil d'Etat. Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>Article 22</p>
<p>Art. L. 314-8. - Les modalités de fixation de la tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat qui prévoit notamment :</p> <p>.....</p> <p>Les dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans préjudice d'une participation des collectivités locales.</p>	<p>Article 22</p> <p>I.- Après le cinquième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Les dépenses médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1</p>	<p>Article 22</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« Les ...</p> <p>... soins spécialisés aux toxicomanes relevant des catégories d'établissements mentionnées au 9° du I de</p>	<p>Article 22</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>LIVRE IV Lutte contre la toxicomanie TITRE I^{ER} Organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes CHAPITRE I^{ER} Dispositions générales</p> <p>Art. L. 3411-2.- Les dépenses de prévention résultant du présent livre, les dépenses de soins entraînées par l'application des articles L. 3414-1 et L. 3423-1 à L. 3424-2, ainsi que les dépenses d'aménagement des établissements de cure sont prises en charge par l'Etat.</p> <p>.....</p> <p>LIVRE III Lutte contre l'alcoolisme TITRE I^{ER} Prévention de l'alcoolisme</p>	<p>relatives aux activités énumérées à l'article L. 3311-2 du code de la santé publique et aux activités visées au titre I^{er} du livre IV de la troisième partie du même code sont prises en charge par l'assurance maladie sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités locales, et 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>II. - Le premier alinéa de l'article L. 3411-2 du code de la santé publique est complété par les mots : « à l'exclusion des dépenses médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ».</p>	<p>l'article L. 312-1 sont prises en charge ...</p> <p>... sociale. »</p> <p>II. - Le ...</p> <p>... mots : « , dépenses mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles ».</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>CHAPITRE UNIQUE</p> <p>Art. L. 3311-2. - Les centres de cure ambulatoire mentionnés au 9° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi qu'en faveur de leur famille.</p>	<p>III. - A l'article L. 3311-2 du code de la santé publique, les mots : « Les centres de cure ambulatoire mentionnés au 9° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales » sont remplacés par les mots : « Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ».</p>	<p>III. - <i>Supprimé</i></p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE I^{ER}</p> <p>Généralités</p> <p>TITRE VII</p> <p>Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes</p> <p>CHAPITRE IV</p> <p>Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements</p> <p>Section 3</p> <p>Dépenses afférentes aux soins dispensés dans certains établissements sociaux</p>	<p>IV. - A la section 3 du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est ajouté un article L. 174-9-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 174-9-1. - Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle.</p> <p>« La répartition des sommes versées à ces centres</p>	<p>III. - La section 3 ...</p> <p>... sociale est complétée par un ...</p> <p>rédigé :</p> <p>« Art. L. 174-9-1. - Les centres de soins spécialisés aux toxicomanes mentionnés à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale ...</p> <p>... annuelle.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	<p>au titre de l'alinéa précédent entre les régime d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition des charges des dotations globales hospitalières pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2. »</p> <p>V. - Les organismes qui assurent les missions relevant de l'application du titre I^{er} du livre IV de la troisième partie du code de la santé publique ayant passé convention avec le préfet du département où ils sont implantés à la date de publication de la présente loi disposent, à compter de cette même date, d'un délai d'un an pour solliciter l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles et selon la procédure fixée par l'article L. 313-2 dudit code. La convention devient caduque si cette autorisation n'a pas été sollicitée à l'expiration de ce délai.</p> <p>VI. - Dans l'attente de l'arrêté fixant la dotation globale pour l'année 2003, les caisses d'assurance maladie versent à chaque</p>	<p>IV. - Après le quatrième alinéa de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« A titre transitoire, la première autorisation délivrée aux centres de soins spécialisés aux toxicomanes conformément aux dispositions du présent article a une durée de trois ans. »</p> <p>V. - Les organismes gestionnaires des centres de soins spécialisés aux toxicomanes ayant passé ...</p> <p>... délai.</p> <p>VI. - Dans ...</p> <p>... versent à chaque</p>	---

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">TITRE III Dispositions communes relatives au financement</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE II Prise en charge par l'Etat des dépenses exposées au titre de l'interruption volontaire de grossesse</p>	<p>organisme cité au V ci-dessus antérieurement financé par l'Etat, des acomptes mensuels sur la dotation globale de financement, égaux au douzième de la participation de l'Etat allouée à chaque centre au titre de ses activités médico-sociales en 2002, déduction faite, le cas échéant, des financements des collectivités locales. Tout refus d'autorisation d'un centre met fin à son financement par l'assurance maladie.</p>	<p>centre de soins spécialisés aux toxicomanes antérieurement financé par l'Etat des acomptes ...</p>	<p>Article 23</p>
<p>Art. L. 132-1. - Dans les limites fixées chaque année par les lois de finances, l'Etat rembourse aux organismes gérant un régime légal de sécurité sociale les dépenses qu'ils supportent au titre de la part garantie des frais exposés par les assurés sociaux à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse effectuées dans les conditions prévues à la section I du chapitre III <i>bis</i> du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique.</p> <p>L'intégralité des dépenses exposées à l'occasion des</p>	<p style="text-align: center;">Article 23</p> <p>Le chapitre II du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° L'intitulé du chapitre est ainsi rédigé : « Prise en charge par l'assurance maladie des dépenses afférentes aux interruptions volontaires de grossesse mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique » ;</p> <p>2° Le premier alinéa de l'article L. 132-1 est supprimé ;</p>	<p>... maladie.</p> <p style="text-align: center;">Article 23</p> <p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique est prise en charge par l'Etat.</p>	<p>3° Au deuxième alinéa de l'article L. 132-1, les mots : « l'Etat » sont remplacés par les mots : « les organismes d'assurance maladie ».</p>		
<p>Code de la santé publique</p> <p>LIVRE III Aide médicale urgente, transports sanitaires et autres services de santé TITRE I^{ER} Aide médicale urgente et transports sanitaires CHAPITRE II Transports sanitaires</p>	<p>Article 24</p>	<p>Article 24</p>	<p>Article 24</p>
<p>Art. L. 6312-5. - Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat :</p>	<p>I. - L'article L. 6312-5 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé : « - les conditions dans lesquelles le représentant de l'Etat dans le département organise, après avis du comité mentionné à l'article L. 6313-1, la garde départementale assurant la permanence des soins ».</p>	<p>I. – Alinéa sans modification « - les permanence du transport sanitaire. »</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE III Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général TITRE II Assurance maladie CHAPITRE II Prestations en nature Section 2 Frais de déplacement de l'assuré - Frais de transport</p> <p>Art. L. 322-5-2. - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et au moins deux caisses nationales d'assurance maladie dont la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>			
<p>Cette convention détermine notamment :</p>	<p>II. - L'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale est complété par un 6° ainsi rédigé : « 6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à des dispositifs de permanence des soins dans les conditions prévues à l'article L. 6312-5 du code de la santé publique. »</p>	<p>II. – Alinéa sans modification « 6° Les conditions pour leur participation à la garde départementale organisée dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article publique. »</p>	
<p>LIVRE I^{ER} Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base TITRE VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales CHAPITRE I^{ER} Dispositions relatives aux prestations Section 4 Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé</p>	<p>III. - La première phrase de l'article L. 161-34 du même code est ainsi rédigée : « Pour les professions concernées par les dispositions des chapitres II et V du présent titre et par les dispositions des articles L. 322-5 à L. 322-5-5, les conventions nationales, accords nationaux et contrats ou les dispositions</p>	<p>III. – Non modifié</p>	
<p>Art. L. 161-34. - Les conventions nationales, contrats nationaux, ou les dispositions applicables en l'absence de convention ou de contrat, mentionnés au chapitre II du présent titre précisent, pour chaque profession ou établissement concernés et en</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>établissement concernés et en complément des dispositions de l'article L. 161-33, les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non-respect de ces modalités. A défaut, ces modalités et ces sanctions sont arrêtées par le ministre chargé de la sécurité sociale.</p>	<p>applicables en l'absence de convention, de contrat ou d'accord précisent, pour chaque profession ou établissement concerné et en complément des dispositions de l'article L. 161-33, les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non-respect de ces modalités. »</p>		
<p>Code de l'action sociale et des familles</p>			
<p>LIVRE III</p>			
<p>Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services</p>			
<p>TITRE I^{ER}</p>			
<p>Etablissements et services soumis à autorisation</p>			
<p>CHAPITRE III</p>			
<p>Droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux</p>			
<p>Section 3</p>			
<p>Contrats ou conventions pluriannuels</p>			
<p>Art. L. 313-12. - I. - Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnées au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et les établissements de santé dispensant des soins de longue durée visés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que s'ils ont passé avant le 31 décembre 2003 une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et</p>	<p>Article 25</p> <p>I. - Au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, la date : « 31 décembre 2003 » est remplacée par les mots : « 31 décembre 2006 ».</p>	<p>Article 25</p> <p>I. - Au ...</p> <p>... par les mots : « 31 décembre 2005, ou avant le 31 décembre 2006</p>	<p>Article 25</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'autorité compétente de l'Etat, qui respecte le cahier des charges établi par arrêté ministériel, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux.</p> <p>Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie</p> <p>Art. 5. - A titre transitoire, les établissements mentionnés à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles perçoivent jusqu'à la date de prise d'effet de la convention pluriannuelle prévue audit article et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2003 :</p> <p>.....</p>	<p>II. - Au premier alinéa de l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, les mots : « au plus tard jusqu'au 31 décembre 2003 » sont remplacés par les mots : « au plus tard à la date mentionnée au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ».</p>	<p>pour les établissements mentionnés à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation ».</p> <p>II. - Au ...</p> <p>... tard jusqu'à la date ...</p> <p>... du même code ».</p>	
<p>Code de l'action sociale et des familles</p> <p>LIVRE III</p> <p>Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>Etablissements et services soumis à autorisation</p> <p>CHAPITRE IV</p> <p>Dispositi ons financières</p> <p>Section 2</p> <p>Règles budgétaires et de financement</p> <p>Art. L. 314-8. - Les modalités de fixation de la tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat qui prévoit notamment :</p>	<p>Article 26</p> <p>Le dernier alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.</p>	<p>Article 26</p> <p><i>Supprimé</i></p>	<p>Article 26</p> <p><i>Suppression maintenue</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>.....</p> <p>Dans les établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code.</p>			
<p>Code de la sécurité sociale</p>			
<p>Art. L. 162-16. - Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 593 du code de la santé publique.</p>			
<p>Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1 du présent code ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.</p>	<p>Article 27</p>	<p>Article 27</p>	<p>Article 27</p> <p><i>I.A (nouveau). - Au deuxième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, les mots : « l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1 du présent code ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à un montant ou à un pourcentage déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant ou ce pourcentage est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.</p>	<p>I. - A l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ou dans un groupe d'équivalence prévu par l'article L. 162-17-</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« Pour ...</p> <p>... publique, la base ...</p>	<p><i>sécurité sociale, de la santé et du budget » sont remplacés par les mots : « la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe ».</i></p> <p><i>I.B (nouveau). - Au troisième alinéa du même article, les mots : « un montant ou à un pourcentage déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant ou ce pourcentage est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget » sont remplacés par les mots : « la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe ».</i></p> <p>I. – A l'article ...</p> <p>... insérés deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>.....</p> <p>En cas d'inobservation des dispositions des deuxième et troisième alinéas du présent article, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites, et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée au troisième alinéa du présent article ou à l'écart de prix mentionné au deuxième alinéa du présent article, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire défini par la convention prévue à</p>	<p>6 du présent code, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité arrêté par les ministres 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 du présent code.</p> <p>« Lorsque le tarif forfaitaire s'applique aux médicaments figurant dans un groupe générique, le plafond mentionné à l'article L. 138-9 est fixé à 2,5 % du prix des médicaments.</p> <p>« Les dispositions du cinquième alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire. ».</p>	<p>... code</p> <p>« Lorsque s'applique, le plafond ...</p> <p>... médicaments.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>I bis (nouveau).</i> – Dans la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-16 du même code, le mot : « deuxième » est remplacé, par deux fois, par le mot : « cinquième » et le mot : « troisième », par deux fois, par le mot : « sixième ».</p>	<p>« Lorsque ...</p> <p>... 2,5 % du prix de ces médicaments dès lors que leur prix est supérieur ou égal au tarif forfaitaire de responsabilité.</p> <p>Alinéa supprimé</p> <p><i>I bis. – Le quatrième alinéa du même article est ainsi rédigé :</i></p> <p>« En cas d'inobservation des dispositions des quatrième et cinquième alinéas du présent article, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites, et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.</p> <p>.....</p>	<p>II. - Après l'article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-6 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-17-6. - Pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 162-16, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, la composition des groupes d'équivalence. Les groupes sont constitués par des médicaments inscrits sur l'une ou l'autre listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 lorsqu'ils appartiennent à une même classe pharmacologique, ont la même visée thérapeutique et rendent un service médical de même niveau. »</p>	<p>II. - <i>Supprimé</i></p>	<p><i>demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux quatrième et cinquième alinéas du présent article, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire prévu à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget. »</i></p> <p>II. - <i>Suppression maintenue</i></p>
<p>Code de la santé publique</p> <p>CINQUIEME PARTIE Produits de santé LIVRE I^{ER} Dispositions générales relatives aux médicaments TITRE II Médicaments à usage humain CHAPITRE I^{ER} Dispositions générales</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 5121-1. - On entend par :</p> <p>5° Sans préjudice des dispositions des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. Pour l'application du présent 5°, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique ;</p> <p>Art. L. 5121-20. - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :</p> <p>1° Les critères scientifiques justifiant le cas échéant l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 ;</p>		<p>II. - 1. Avant la dernière phrase du sixième alinéa (5°) de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, il est inséré une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent. »</p> <p>2. Le deuxième alinéa (1°) de l'article L. 5121-20 du même code est complété par les mots : « et les modalités de création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence, ces groupes étant définis au 5° de l'article L. 5121-1 ».</p>	<p>II.- Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">---</p> <p>Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale</p>	<p align="center">---</p> <p align="center">Article 28</p>	<p align="center">---</p> <p align="center">Article 28</p>	<p align="center">---</p> <p align="center">Article 28</p>
<p>Art. 4. - I. - Les médecins âgés de cinquante-sept ans au moins, relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale et qui cessent définitivement toute activité médicale non salariée avant le 31 décembre 2004, reçoivent, sur leur demande, une allocation visant à leur garantir, au plus tard jusqu'à leur soixante-cinquième anniversaire, un revenu de remplacement, à condition de ne pas bénéficier à la date de la demande d'allocation ou pendant son service :</p>	<p>L'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>1° D'un avantage de retraite servi par la Caisse autonome de retraite des médecins français, quel que soit son montant ;</p>	<p>I. - Au premier alinéa du I, la date : « 31 décembre 2004 » est remplacée par la date : « 1^{er} juillet 2003 ».</p>	<p>1° Au date : « 1^{er} octobre 2003 » ;</p>	<p>1° Au date : « 31 décembre 2003 » ;</p>
<p>2° D'un avantage de retraite autre que celui mentionné au 1° d'un montant supérieur à un plafond fixé par la convention ou le décret mentionnés au III ;</p>	<p>3° D'un avantage du régime d'assurance invalidité mentionné à l'article L. 644-2 du code de la sécurité sociale ou des dispositions de l'article L. 643-2 du même code ; les personnes qui, au titre de la durée de leur captivité ou de leurs services militaires en temps de guerre, peuvent bénéficier des dispositions de l'article L. 643-3 du même code sont admises à percevoir l'allocation de cessation anticipée d'activité jusqu'à l'âge auquel elles peuvent faire valoir leurs droits à retraite à taux plein en application dudit article.</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>
<p>A compter du 1^{er} juillet 1999, l'allocation peut n'être attribuée que pour certaines zones géographiques d'exercice,</p>	<p>II. - Le cinquième alinéa du I est supprimé ;</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>qualifications de généraliste ou de spécialiste, ou spécialités compte tenu des besoins, appréciés par zone, qualification ou spécialité ; elle peut être modulée selon les mêmes critères.</p> <p>Le service de l'allocation cesse au premier jour du trimestre civil suivant la date à laquelle l'intéressé se trouve dans l'une des situations définies aux 1°, 2° et 3° ci-dessus.</p> <p>Le montant de cette allocation est déterminé en fonction des revenus que les intéressés tiraient antérieurement de l'activité qu'ils exerçaient dans les conditions fixées par les articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite d'un plafond fixé par décret et variant, le cas échéant, selon l'âge auquel la demande d'allocation est présentée.</p> <p>L'allocation ne peut être cumulée avec les revenus d'une activité médicale salariée que dans la limite d'un plafond fixé par la convention ou le décret mentionnés au III et à la condition que cette activité :</p> <p>a) Présente un caractère accessoire pour le praticien qui l'exerce à la date de la cessation définitive de son activité non salariée ;</p> <p>b) Ne donne pas lieu à des actes ou des prescriptions de</p>	<p>III. - Au huitième alinéa du I, les mots : « par la convention ou le décret mentionnés » sont remplacés par les mots : « par le décret mentionné ».</p>	<p>3° Au troisième et huitième alinéas du ...</p> <p>... mentionné » ;</p>	<p>3° Au troisième alinéa du I, les mots ...</p> <p>... mentionné » ;</p> <p>3° bis (nouveau) <i>Le huitième alinéa du I est ainsi rédigé :</i></p> <p>« L'allocation ne peut être cumulée avec les revenus d'une activité médicale salariée que dans la limite d'un plafond fixé par le décret mentionné au III ».</p> <p>3° ter <i>Les neuvième et dixième alinéas du I sont supprimés.</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'intéressé susceptibles d'entraîner des frais à la charge de l'assurance maladie si le praticien commence à exercer ladite activité postérieurement à la cessation définitive de son activité non salariée.</p>			
<p>II. - Le financement de cette allocation est assuré par une cotisation qui est à la charge :</p>			
<p>1° Des médecins en exercice relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale ;</p>			
<p>2° Du régime général d'assurance maladie, des régimes d'assurance maladie des professions agricoles et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p>			
<p>Cette cotisation est proportionnelle aux revenus que les médecins tirent de l'activité mentionnée au 1°.</p>	<p>IV. - Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>4° Alinéa sans modification</p>	<p>4° Non modifié</p>
	<p>« Le solde, constaté au 31 décembre de chaque année, des cotisations encaissées et les prestations servies au cours de l'exercice est affecté au financement des prestations complémentaires de vieillesse servies aux médecins en application de l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p>« Le et des prestationssociale. » ;</p>	
	<p>V. - Le III est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>5° Le III est ainsi rédigé :</p>	<p>5° Non modifié</p>
<p>III. - Le montant de l'allocation, le montant de la cotisation, ainsi que la répartition de celle-ci entre les médecins et les régimes d'assurance maladie, les cas d'exonération sont notamment fixés par une</p>	<p>« III. - Le montant de l'allocation, le montant de la cotisation ainsi que la répartition de celle-ci entre les médecins et les régimes d'assurance maladie et les cas d'exonération sont fixés par</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>convention conclue entre, d'une part, une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de médecins pour l'ensemble du territoire et, d'autre part, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et, au moins, soit la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, soit la caisse centrale de secours mutuels agricoles.</p> <p>La convention entre en vigueur dès son approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget ; il en est de même de ses annexes ou avenants.</p> <p>A défaut de convention conclue dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), les dispositions nécessaires à l'application du présent article, à compter du 1^{er} juillet 1999, sont fixées par décret.</p> <p>.....</p> <p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 161-22. - Le service d'une pension de vieillesse prenant effet postérieurement au 31 mars 1983, liquidée au titre du régime général de sécurité sociale, du régime des salariés agricoles ou d'un régime spécial de retraite au sens de l'article L. 711-1 et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, ou ultérieurement, est subordonné à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur ou, pour les assurés exerçant une activité non-salariée, à la cessation définitive de cette activité.</p> <p>Les dispositions du</p>	<p>décret.»</p> <p>Article 29</p>	<p>Article 29</p>	<p>Article 29</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>premier alinéa ne font pas obstacle à l'exercice des activités suivantes :</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Code rural</p> <p>Art. L. 732-39.- Le service d'une pension de retraite ou allocation prenant effet postérieurement au 1er janvier 1986, liquidée par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et dont l'entrée en jouissance intervient à compter du soixantième anniversaire de l'intéressé ou ultérieurement, est subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée et, pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur.</p> <p>.....</p> <p>Elles ne font pas obstacle à l'exercice des activités énumérées aux 1°, 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.</p> <p>.....</p>	<p>I. - Il est inséré à l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, après le huitième alinéa, un 7° ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 40px;">« 7° Activités correspondant à des vacances accomplies dans des établissements de santé par des médecins ou infirmiers en retraite, dans des conditions prévues par décret. »</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">« 7° Activités ...</p> <p style="padding-left: 40px;">... santé et dans les établissements ou services sociaux et médico-sociaux et à leur demande par des médecins ...</p> <p style="padding-left: 40px;">... retraite, dans la limite d'une durée et d'un plafond prévus par décret en Conseil d'Etat. Le dépassement du plafond entraîne une réduction à due concurrence de la pension de retraite. Cette possibilité de cumul n'est ouverte qu'à compter de l'âge légal ou réglementaire de départ à la retraite. »</p> <p style="padding-left: 40px;">« <i>Ibis (nouveau)</i>. – Dans le cinquième alinéa de l'article L. 732-39 du code rural, les mots : « et 5° » sont remplacés par les mots : «, 5°</p>	<p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">Code de la sécurité sociale</p> <p align="center">LIVRE VI Régimes des travailleurs non salariés TITRE IV Assurance vieillesse et invalidité – décès des professions libérales CHAPITRE III Affiliation – Prestations de base Section 2 Ouverture des droits et liquidation des allocations de vieillesse</p> <p>Art. L. 643-2. - L'allocation de vieillesse est accordée à partir d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat. </p> <p>Pour des activités professionnelles déterminées et sur demande des organisations professionnelles intéressées, des décrets peuvent subordonner l'attribution de l'allocation à la cessation de l'activité.</p>	<p align="center">II. - Le dernier alinéa de l'article L. 643-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :</p> <p align="center">« L'attribution de l'allocation de vieillesse est subordonnée à la cessation de l'activité libérale.</p> <p align="center">« Toutefois, pour des activités professionnelles déterminées et après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, des décrets peuvent prévoir, pour des raisons d'intérêt général, la possibilité de cumuler l'allocation avec les revenus tirés de l'activité libérale dans la limite d'un plafond et à la condition que cette activité présente un caractère accessoire à partir de la date à laquelle l'allocation de vieillesse est liquidée.</p> <p align="center">« Le dépassement du plafond mentionné à l'alinéa précédent entraîne une réduction à due concurrence de l'allocation de vieillesse. »</p>	<p>et 7°».</p> <p align="center">II. - Alinéa sans modification</p> <p align="center">Alinéa sans modification</p> <p align="center">« Toutefois, ...</p> <p align="center">... prévoir, compte tenu du nombre et de la répartition des médecins et des infirmiers dans le secteur sanitaire et médico-social considéré, la possibilité ...</p> <p align="center">... liquidée. Alinéa sans modification</p>	<p align="center">Article 30</p> <p align="center">Sans modification</p>
	<p align="center">Article 30</p> <p align="center">Le montant de la</p>	<p align="center">Article 30</p> <p align="center">I. - Alinéa sans</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 TITRE III Dispositions relatives aux dépenses et à la trésorerie Section 2 Branche maladie Art. 25. -</p>	<p>dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé comme suit :</p> <p>1° 70 millions d'euros au titre de l'année 2002 ;</p> <p>2° 70 millions d'euros au titre de l'année 2003.</p>	<p>modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p></p> <p></p> <p></p>
<p>.....</p> <p>II. - Le fonds finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels, et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. En outre, par l'octroi d'aides aux organismes concernés, il finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans le cadre de centres de santé. Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>Article 31</p> <p>I. - Le II de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Le fonds participe au financement des actions</p>	<p>Article 31</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>« Le ...</p>	<p>Article 31</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	<p>d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales de médecine libérale prévues à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique. »</p>	<p>... régionales des médecins exerçant à titre libéral mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique. »</p>	---
	<p>II. - Pour 2003, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée est fixé à 106 millions d'euros. Ce fonds est doté de 20 millions d'euros au titre de l'exercice 2003.</p>	<p>II. - Non modifié</p>	
	<p>Article 32</p>	<p>Article 32</p>	<p>Article 32</p>
	<p>L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 123,5 milliards d'euros pour l'année 2003.</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
	<p>Article 33</p>	<p>Article 33</p>	<p>Article 33</p>
	<p>Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 136,31 milliards d'euros.</p>	<p>Pour ...</p>	<p>Sans modification</p>
	<p>Article 34</p>	<p>... 136,33 milliards d'euros.</p>	
	<p>Article 34</p>	<p>Article 34</p>	<p>Article 34</p>
	<p>L'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 116,7 milliards d'euros pour l'année 2002.</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur ---	Texte du projet de loi ---	Texte adopté par l'Assemblée nationale ---	Propositions de la Commission ---
<p>Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002</p> <p>Art. 43. - I. - Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé comme suit :</p> <p>1° 2,875 milliards de francs au titre de l'année 2001 ;</p> <p>2° 76,22 millions d'euros au titre de l'année 2002.</p> <p>.....</p> <p>Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001</p> <p>Art .53. -</p> <p>.....</p> <p>VII. - Le fonds est financé par une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la</p>	<p>TITRE IV</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE</p> <p>Section 1</p> <p>Branche accidents du travail et maladies professionnelles</p> <p>Article 35</p> <p>Au 2° de l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n° 2001-1246 du 21 décembre 2001), la somme : « 76,22 millions d'euros » est remplacée par la somme : « 180 millions d'euros ».</p> <p>Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité</p>	<p>TITRE IV</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE</p> <p>Section 1</p> <p>Branche accidents du travail et maladies professionnelles</p> <p>Article 35</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>TITRE IV</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE</p> <p>Section 1</p> <p>Branche accidents du travail et maladies professionnelles</p> <p>Article 35</p> <p>Au 2° ...</p> <p>... somme : « 130 millions d'euros ».</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>loi de finances, et par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport d'activité du fonds établi par son conseil d'administration et transmis au Parlement et au Gouvernement.</p>	<p>sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 190 millions d'euros au titre de l'année 2003.</p>	<p>II (<i>nouveau</i>). - Le VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précité est complété par les mots : « chaque année avant le 15 octobre ».</p>	<p>II. - <i>Supprimé</i></p>
	<p>Article 36</p>	<p>Article 36</p>	<p>Article 36</p>
	<p>Au II de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 précitée, la somme : « 200 millions d'euros » est remplacée par la somme : « 300 millions d'euros ».</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>I. - Au II ...</p>
			<p>... somme : « 350 millions d'euros ».</p>
	<p>Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, mentionnée au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est fixé à 450 millions d'euros pour l'année 2003.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999</p>			
<p>Art. 41. -</p>			
<p>Un conseil de surveillance, composé de</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>représentants de l'Etat, de représentants de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale et de personnalités qualifiées, veille au respect des dispositions du présent article. Il examine les comptes du fonds et transmet au Parlement et au Gouvernement un rapport annuel retraçant l'activité du fonds et formulant toutes observations relatives à son fonctionnement.</p>		<p>II (<i>nouveau</i>). – Dans la dernière phrase du dernier alinéa du III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, après le mot : « Gouvernement », sont insérés les mots : « , avant le 15 octobre, ».</p>	<p>II. – Dans ...</p> <p>... mots « , avant le 15 juillet, ».</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE I^{ER}</p> <p>Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p>TITRE VII</p> <p>Coordination entre les régimes – Prise en charge de certaines dépenses par les régimes</p> <p>CHAPITRE VI</p> <p>Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des maladies professionnelles</p> <p>Art. L. 176-2.-</p>	<p>Article 37</p> <p>Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2003, à 330 millions d'euros.</p>	<p>Article 37</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>Article 37</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p>
<p>.....</p> <p>Une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes remet tous les trois ans, au Parlement et au Gouvernement, un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement et au Gouvernement.</p>		<p>II (<i>nouveau</i>). - Dans la dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 176-2 du même code, après le mot : « Gouvernement », sont</p>	<p>II. – Dans ...</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">LIVRE II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses TITRE II Organismes nationaux CHAPITRE I^{ER} Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés</p> <p>Art. L. 221-4. - Les dispositions régissant le fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie sont applicables à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.</p> <p>Art. L. 221-5.- La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprend pour moitié des représentants des assurés sociaux et pour moitié des représentants des employeurs.</p> <p>Cinq membres sont choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre de chacune des organisations syndicales nationales qui y sont représentées, parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.</p> <p>Cinq membres sont choisis</p>	<p style="text-align: center;">Article 38</p> <p>Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>I. - Au second alinéa de l'article L. 221-4, après les mots : « le fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie », sont insérés les mots : « et les modalités de désignation et d'exercice du mandat de ses membres ».</p> <p>II. - L'article L. 221-5 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 221-5. - La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprend :</p> <p>« 1° Cinq représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;</p> <p>« 2° Cinq</p>	<p>insérés les mots : « avant le 15 octobre de l'année considérée ».</p> <p style="text-align: center;">Article 38</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>I. - Non modifié</p> <p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans</p>	<p>... « avant le 1^{er} juillet de l'année considérée ».</p> <p style="text-align: center;">Article 38</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>I. - Non modifié</p> <p>II. - Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>par les représentants des employeurs à ce conseil d'administration parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.</p>	<p>représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives.</p>	<p>modification</p>	
<p>Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.</p>	<p>« Les membres suppléants sont désignés dans les mêmes conditions que les titulaires. »</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	
<p>Le mandat des membres de la commission est renouvelé en même temps que celui des membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>			
<p>Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>			
<p>TITRE III</p>			
<p>Dispositions communes à toutes les caisses</p>			
<p>CHAPITRE I^{ER}</p>			
<p>Dispositions relatives aux conseils d'administration</p>			
<p>Section 1</p>			
<p>Composition des conseils d'administration</p>			
<p>Sous-section 1</p>			
<p>Dispositions générales</p>			
<p>Art. L. 231-5-1. - Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 221-3, L. 222-5, L. 223-3 et L. 225-3.</p>	<p>III. - A l'article L. 231-5-1, après la référence : « L. 221-3, », il est inséré la référence : « L. 221-5, ».</p>	<p>III. - Non modifié</p>	<p>III. - Non modifié</p>
<p>TITRE II</p>			
<p>Organismes nationaux</p>			
<p>CHAPITRE VII</p>			
<p>Dispositions relatives aux conventions d'objectifs et de gestion</p>			
<p>Art. L. 227-1. -</p>			
<p>.....</p>			
<p>Ces conventions déterminent, pour les branches visées aux 1°, 3° et 4° de l'article</p>	<p>IV. - Au deuxième alinéa du I de l'article L. 227-1, les mots : « visées</p>	<p>IV. - Non modifié</p>	<p>IV. - Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>L. 200-2 et pour les organismes de recouvrement, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.</p> <p>.....</p>	<p>aux 1°, 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° ».</p>		
<p>Art. L. 227-2. - Les conventions d'objectifs et de gestion sont signées, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration et par le directeur.</p>	<p>V. - L'article L. 227-2 est complété par les mots : « et, en ce qui concerne la convention d'objectifs et de gestion relative à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ».</p>	<p>V. - Non modifié</p>	<p>V. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 227-3. - La mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre, d'une part, chaque caisse nationale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, chacun de leurs organismes régionaux ou locaux. Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration et par le directeur et, pour le compte de l'organisme régional ou local, par le président du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné.</p>	<p>VI. - La deuxième phrase de l'article L. 227-3 est ainsi rédigée :</p> <p>« Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration, ou, selon le cas, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur et, pour le compte de l'organisme régional ou</p>	<p>VI. - Non modifié</p>	<p>VI. - Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">CHAPITRE VIII Conseils de surveillance</p> <p>Art. L. 228-1. - Il est institué respectivement auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale un conseil de surveillance composé de représentants du Parlement et de représentants des collectivités locales, ainsi que, selon l'organisme national, des retraités, des familles, des handicapés et accidentés du travail et des organisations oeuvrant dans le domaine économique et social et en faveur des populations les plus démunies ainsi que de personnalités qualifiées. Le conseil de surveillance institué auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est en outre composé de représentants des professions et établissements de santé.</p> <p>.....</p> <p>Le conseil de surveillance élabore son règlement intérieur. Le président du conseil de surveillance est un membre du Parlement désigné d'un commun accord par les deux Assemblées. Le président de chaque caisse nationale et de l'agence centrale, ainsi que le directeur de chaque organisme national assistent avec voix délibérative à ses</p>	<p>local, par le président du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné. »</p> <p>VII. - L'article L. 228-1 est ainsi modifié :</p> <p>1° Dans la première phrase du premier alinéa, après les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont insérés les mots : « d'une part pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès, d'autre part pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles » ;</p> <p>2° Dans la deuxième phrase du premier alinéa, après les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont insérés les mots : « pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès » ;</p> <p>3° Au troisième alinéa, après les mots : « Le président de chaque caisse nationale et de l'agence centrale », sont insérés les mots : « et le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles ».</p>	<p>VII. - Non modifié</p>	<p>VII. - Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>2° Dans alinéa, les mots : « <i>Le conseil de surveillance institué</i> » sont remplacés par les mots : « <i>Les conseils de surveillance institués</i> » et les mots : « <i>est en outre composé</i> » sont remplacés par les mots : « <i>sont en outre composés</i> ».</p> <p>3° Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>délibérations. Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale assiste aux réunions.</p>	<p>Article 39</p> <p>Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 9,40 milliards d'euros.</p>	<p>Article 39</p> <p>Sans modification</p>	<p>Article 39</p> <p>Sans modification</p>
	<p>Section 2</p>	<p>Section 2</p>	<p>Section 2</p>
<p>LIVRE V Prestations familiales et prestations assimilées TITRE II Prestations générales d'entretien CHAPITRE I^{ER} Allocations familiales</p>	<p>Branche famille</p>	<p>Branche famille</p>	<p>Branche famille</p>
<p>Art. L. 521-1. - Les allocations familiales sont dues à partir du deuxième enfant à charge.</p>	<p>Article 40</p> <p>I. - L'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Une allocation forfaitaire par enfant d'un montant fixé par décret est versée pendant un an à la personne ou au ménage qui assume la charge d'un nombre minimum d'enfants également fixé par décret lorsque l'un ou plusieurs des enfants qui ouvraient droit aux allocations familiales atteignent l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Cette allocation est versée à la condition que le</p>	<p>Article 40</p> <p>I. – Non modifié</p>	<p>Article 40</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">LIVRE I^{er} Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base TITRE III Disposition communes relatives au financement CHAPITRE V Fondsde solidarité vieillesse</p>	<p>ou les enfants répondent aux conditions autres que celles de l'âge pour l'ouverture du droit aux allocations familiales. »</p> <p style="text-align: center;">II. - Les dispositions du I sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2003 pour les enfants qui atteignent l'âge limite à compter de cette date.</p>	<p style="text-align: center;">II. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">Article 41</p>
<p>Art. L. 135-3. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :</p> <p>1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application d'un taux de 1,05 p. 100 à l'assiette de ces contributions ;</p>	<p>La part prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des dépenses mentionnées au 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est égale à une fraction fixée à 60 % pour l'année 2003.</p>	<p style="text-align: center;">Sans modification</p>	<p style="text-align: center;"><i>I. – L'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</i></p>
<p>6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ;</p>			<p style="text-align: center;">1°) <i>Au 1°, le pourcentage : « 1,05 p. 100 » est remplacé par le pourcentage : « 1,15 p. 100 » ;</i></p>
<p style="text-align: center;">LIVRE II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses TITRE II</p>			<p style="text-align: center;">2°) <i>Le 6° est supprimé.</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">Organismes nationaux CHAPITRE III Caisse nationale des allocations familiales</p>			
<p>Art. L. 223-1. –</p>			
<p>.....</p> <p>5°) De verser au Fonds de solidarité vieillesse créé à l'article L. 135-1 un montant égal aux dépenses prises en charge par ce fonds au titre des majorations de pensions mentionnées au a du 3° et au 6° de l'article L. 135-2; ce versement fait l'objet d'acomptes ;</p> <p>.....</p>			<p align="center"><i>II. – Le 5° de l'article L. 223-1 dudit code est supprimé.</i></p>
<p align="center">TITRE IV Ressources CHAPITRE I^{ER} Généralités Section 3 (1) PRESTATIONS FAMILIALES</p>			
<p>Art. L. 241-6. –</p>			
<p>.....</p> <p>4° une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application d'une taxe de 1,1 p. 100 à l'assiette des contributions ;</p>			<p align="center"><i>III. – L'article L. 241-6 dudit code est ainsi modifié :</i></p>
<p>5° la subvention de l'Etat correspondant aux sommes versées au titre de l'allocation de parent isolé prévue aux articles L. 524-1 et L. 755-18.</p>			<p align="center"><i>1°) Au 4°, le pourcentage : « 1,1 p. 100 » est remplacé par le pourcentage : « 1 p. 100 » ;</i></p>
<p align="center">LIVRE V Prestations familiales et prestations assimilées TITRE II Prestations générales d'entretien CHAPITRE IV Allocation de parent isolé</p>			<p align="center"><i>2°) Le 5° est supprimé.</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 524-1. –</i> L'Etat verse au Fonds national des prestations familiales, géré par la Caisse nationale des allocations familiales, une subvention correspondant aux sommes versées au titre de l'allocation de parent isolé.</p>	<p>Article 42</p> <p>Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche famille de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 43,63 milliards d'euros.</p>	<p>Article 42</p> <p>Pour 2003, ...</p> <p>... 43,62 milliards d'euros.</p>	<p><i>IV. – Le dernier alinéa de l'article L. 524-1 dudit code est supprimé.</i></p> <p>Article 42</p> <p>Pour 2003, ...</p> <p>... 41,73 milliards d'euros.</p>
<p>LIVRE III Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général</p>	<p>Section 3</p> <p>Branche vieillesse</p>	<p>Section 3</p> <p>Branche vieillesse</p>	<p>Section 3</p> <p>Branche vieillesse</p>
<p>TITRE V Assurance vieillesse – Assurance veuvage CHAPITRE I^{ER} Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite Art. L. 351-11. - Au titre de l'année 2002, le coefficient de revalorisation applicable au 1^{er} janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 2,2 %.</p>	<p>Article 43</p> <p>L'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 351-11.</i> - Au titre de l'année 2003, le coefficient de revalorisation applicable au 1^{er} janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 1,015. »</p>	<p>Article 43</p> <p>Sans modification</p>	<p>Article 43</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	Article 44 Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et veuvage de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 140,35 milliards d'euros.	Article 44 Pour 2003, 140,36 milliards d'euros.	Article 44 Sans modification
	Article 45 Pour 2003, le total des objectifs de dépenses par branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 329,70 milliards d'euros.	Article 45 <i>Supprimé</i>	Article 45 <i>Suppression maintenue</i>
		TITRE IV BIS	TITRE IV BIS
		OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2002	OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2002
		<i>[Division et intitulé nouveaux]</i>	
	Article 46 Pour 2002, les objectifs révisés de dépenses par branches 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 :	Article 46 Sans modification	Article 46 Sans modification
	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	TITRE V MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRESORERIE	TITRE V MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRÉSORERIE	TITRE V MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRÉSORERIE
	Article 47 I. - Il est inséré, au titre III du livre I ^{er} du code de la sécurité sociale, un chapitre VIII <i>bis</i> intitulé : « Dispositions communes aux contributions recouvrées directement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » et comprenant quatre articles L. 138-20 à L. 138-23 ainsi rédigés : « Art. L. 138-20. - Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1 et L. 245-6-1 sont recouvrées et contrôlées dans les conditions prévues à la présente section par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale peut requérir l'assistance des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer soit par une assistance ponctuelle, soit par la mise à disposition d'agents des organismes, en particulier d'inspecteurs du recouvrement, pour assurer les actions de contrôle. Les agents habilités peuvent recueillir auprès des assujettis aux contributions tous renseignements de nature à	Article 47 I. – Alinéa sans modification « Art. L. 138-20. - Les contributions d'outre-mer, notamment par la mise à disposition d'agents de ces organismes, champ d'application des	Article 47 Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 137. - La contribution est</p>	<p>permettre le contrôle de l'assiette et du champ des contributions.</p> <p>« Art. L. 138-21 - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure les opérations de recouvrement dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1. Préalablement à toute action contentieuse, toute réclamation doit donner lieu à un recours gracieux auprès de l'agence centrale.</p> <p>« L'agence centrale peut accorder, le cas échéant, la remise des majorations et pénalités appliquées ainsi que de la taxation provisionnelle appliquée en cas de défaut de déclaration. La demande gracieuse de remise des pénalités et des majorations n'est recevable qu'après le règlement de la totalité des contributions dues. La remise gracieuse est conditionnée à la bonne foi du redevable, dûment prouvée par ses soins.</p> <p>« Les litiges sont portés devant une juridiction de l'ordre judiciaire.</p> <p>« Art. L. 138-22. - Les entreprises ou les groupes non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.</p> <p>« Art. L. 138-23. - Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application de l'ensemble des dispositions du présent chapitre. »</p> <p>II. - Le quatrième alinéa de l'article L. 137-7, les articles L. 138-3 et</p>	<p>contributions.</p> <p>« Art. L. 138-21 - Non modifié</p> <p>« Art. L. 138-22. - Non modifié</p> <p>« Art. L. 138-23. - Un d'application des dispositions du présent chapitre. »</p> <p>II. - Le articles L. 137-8, L. 138-3 ...</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1.</p> <p>Art. L. 137-8.- Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.</p> <p>Art. L. 138-3. - La contribution due par chaque entreprise visée à l'article L. 138-1 est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1. Pour le contrôle, l'agence est assistée, en tant que de besoin, par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer.</p> <p>Art. L. 138-14. - La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1. Pour le contrôle, l'agence est assistée, en tant que de besoin, par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.</p>	<p>L. 138-14, les deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 245-6 et le premier alinéa de l'article L. 245-6-2 du même code sont abrogés.</p>	<p>... abrogés.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 245-6. - La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de la sécurité sociale, selon les dispositions des chapitres II, III et IV du titre IV du livre II. L'Agence centrale des organismes de la sécurité sociale peut être assistée, en tant que de besoin, par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ou les services de l'Etat désignés par arrêté ; ces derniers peuvent bénéficier à cet effet d'agents mis à disposition par l'Agence centrale des organismes de la sécurité sociale. Les agents visés à l'alinéa précédent peuvent recueillir auprès des entreprises mentionnées à l'article L. 245-1 tous renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application de la contribution.</p>	<p>III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2003.</p>	<p>III. – Non modifié</p> <p>Article 47 bis (nouveau)</p> <p>L'article L. 144-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :</p>	<p>Article 47 bis</p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 144-2. - A</p>		<p>« A l'exclusion des</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'exclusion des traitements des magistrats et fonctionnaires faisant partie des juridictions ou assurant leur secrétariat, les dépenses de toute nature résultant de l'application du chapitre 2 du présent titre, ainsi que, lorsqu'elles sont afférentes aux contestations intéressant les professions agricoles, celles qui résultent de l'application du chapitre 3 du présent titre sont :</p> <p>1°) ou bien réglées directement par la caisse nationale compétente du régime général ou par les caisses centrales compétentes de mutualité sociale agricole ;</p> <p>2°) ou bien avancées par la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse départementale ou pluri-départementale de mutualité sociale agricole du siège de la juridiction et remboursées par la caisse nationale compétente du régime général ou par les caisses centrales compétentes de mutualité sociale agricole.</p> <p>Les modalités suivant lesquelles les dépenses précitées sont avancées, réglées et remboursées par les organismes mentionnés à l'alinéa précédent sont fixées par arrêtés interministériels.</p> <p>Des arrêtés interministériels déterminent les conditions dans lesquelles les dépenses acquittées par la caisse nationale compétente, en application du présent article, sont réparties entre les organismes du régime général de sécurité sociale, du régime de la mutualité sociale agricole, des régimes spéciaux, les caisses</p>		<p>rémunérations des présidents des juridictions et de celles de leurs secrétaires ainsi que de celles du secrétaire général et des secrétaires généraux adjoints de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, les dépenses de toute nature résultant de l'application des chapitres II et III du présent titre sont : » ;</p> <p>2° Dans les deuxième et troisième alinéas, les mots : les caisses centrales compétentes de mutualité sociale agricole » sont remplacés par les mots : la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole » ;</p> <p>3° Dans l'avant-dernier alinéa, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « aux 1° et 2° » ;</p> <p>4° Dans le dernier alinéa, les mots : « le Fonds national de solidarité prévu</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>nationales d'allocations de vieillesse des non-salariés mentionnées au livre VI du présent code, le fonds national de solidarité prévu au livre VIII du présent code</p> <p style="text-align: center;">LIVRE II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses TITRE V Régime financier CHAPITRE I^{ER} Gestion des risques et fonds Section 3 Allocations familiales</p> <p style="text-align: center;">Section 4 Dispositions communes</p>		<p>au livre VIII du présent code » sont remplacés par les mots : « le Fonds spécial d'invalidité mentionné par l'article L. 815-3-1 et le Fonds de solidarité vieillesse institué par l'article L. 135-1 ».</p>	<p style="text-align: center;"><i>Article additionnel après l'article 47 bis</i></p> <p style="text-align: center;"><i>I. A la section 3 du chapitre 1^{er} du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« Art. L.251-8. - Si les ressources de la gestion de l'ensemble des régimes de prestations familiales excèdent le montant des charges, les excédents constatés à l'issue de chaque exercice sont affectés à un fonds de réserve propre à cette gestion.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« Si les ressources ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de la gestion, l'équilibre financier de la Caisse nationale des allocations familiales doit, en priorité, être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur le fonds de réserve. »</i></p> <p style="text-align: center;"><i>II. A. - L'intitulé de la section 4 du chapitre 1^{er} du titre V du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« Accidents du travail et maladies professionnelles »</i></p> <p style="text-align: center;"><i>B. - Au chapitre 1^{er} du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	---	---	<p><i>ajouté une section nouvelle intitulée :</i></p> <p><i>« Dispositions communes »</i></p> <p><i>III. - A la section 4 du chapitre 1^{er} du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Art. L. 251-9. – Si les ressources de la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles excèdent le montant des charges, les excédents constatés à l'issue de chaque exercice sont affectés à un fonds de réserve propre à cette gestion.</i></p> <p><i>« Si les ressources ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de la gestion, l'équilibre financier de cette gestion doit, en priorité, être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur le fonds de réserve. »</i></p> <p><i>Article additionnel après l'article 47 bis</i></p> <p><i>Les prévisions, en recettes comme en dépenses, du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) sont arrêtées à la somme de 16.560 millions d'euros pour 2003, conformément à l'annexe f de la présente loi.</i></p>
	Article 48	Article 48	Article 48
	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	Alinéa sans modification	Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :	---	---
	Cf. tableau en annexe	Cf. tableau en annexe	
	Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.	Alinéa sans modification	

II. ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF

III. TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI

Texte du projet de loi ----- Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003		Texte du projet de loi ----- Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003		Propositions de la Commission ----- Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003	
Article 6		Article 6		Article 6	
Part de l'assiette correspondant au rapport « R » entre l'assiette définie aux 1° à 3° après déduction, le cas échéant, des abattements, et le chiffre d'affaires hors taxes	Taux de la contribution par tranche (%)	Part de l'assiette correspondant au rapport « R » entre l'assiette définie aux 1° à 3° du I après déduction, le cas échéant, des abattements, et le chiffre d'affaires hors taxes	Taux de la contribution par tranche (En pourcentage)	Tableau non modifié	
R < 7,5 %	13,5	R < 10 %	13		
7,5 % R < 9 %	19	10 % R < 12 %	19		
9 % R < 10,5 %	27	12 % R < 14 %	27		
R 10,5 %	32	R 14 %	32		
Article 8		Article 8		Article 8	
	En milliards d'euros		(En milliards d'euros)		(En milliards d'euros)
Cotisations effectives	184,15	Cotisations effectives	181,87	Cotisations effectives	181,87
Cotisations fictives	32,48	Cotisations fictives	32,48	Cotisations fictives	32,48
		Cotisations prises en charge par l'Etat	2,33	Cotisations prises en charge par l'Etat	2,33
Contributions publiques	11,40	Contributions publiques	11,40	Contributions publiques	10,60
Impôts et taxes affectées	94,15	Impôts et taxes affectées	94,11	Impôts et taxes affectées	94,66
Transferts reçus	0,21	Transferts reçus	0,21	Transferts reçus	0,21
Revenus des capitaux	1,04	Revenus des capitaux	1,04	Revenus des capitaux	1,04
Autres ressources	4,07	Autres ressources	4,07	Autres ressources	4,07
Total des recettes	327,50	Total des recettes	327,51	Total des recettes	327,66

Texte du projet de loi		Texte du projet de loi		Propositions de la Commission	
---		---		---	
Article 9		Article 9		Article 9	
(En milliards d'euros)		Tableau non modifié		Tableau non modifié	
Cotisations effectives	175,59				
Cotisations fictives	31,78				
Contributions publiques	11,22				
Impôts et taxes affectées	89,69				
Transferts reçus	0,18				
Revenus des capitaux	0,78				
Autres ressources	5,96				
Total des recettes	315,20				
Article 46		Article 46		Article 46	
	En milliards d'euros	Tableau non modifié		Tableau non modifié	
Maladie, maternité, invalidité et décès	129,24				
Vieillesse et veuvage	135,96				
Accidents du travail	9,02				
Famille	41,48				
Total des dépenses	315,70				
Article 48		Article 48		Article 48	
Régime général	12500	Régime général	12500	Tableau non modifié	
Régime des exploitants agricoles collectivité	2210	Régime des exploitants agricoles	2210		
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales	500	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales	500		
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines	350	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	200		
Fonds spécial des pensions des ouvriers des	80	Fonds spécial des pensions des ouvriers des	80		

Texte du projet de loi		Texte du projet de loi		Propositions de la Commission
---		---		---
établissements industriels de l'Etat		établissements industriels de l'Etat		

ANNEXE

La commission propose d'adopter sans modification le présent rapport annexé à l'article premier. Figurent en italique dans le texte ci-dessous, les modifications apportées par l'Assemblée nationale en première lecture

Rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

La France dispose aujourd'hui d'un système de sécurité sociale parmi les plus généreux au monde. Il constitue, depuis 1945, un pilier de notre modèle social auquel nos concitoyens sont particulièrement attachés parce que c'est un instrument de réduction des aléas de l'existence et de lutte contre les inégalités et l'exclusion. Les politiques de sécurité sociale contribuent également au dynamisme économique de notre pays en offrant aux Français les conditions de vie qui leur permettent de créer davantage de richesses.

Notre système de santé est classé par l'Organisation mondiale de la santé parmi les plus performants. Cela est dû à la grande qualité des personnels soignants ainsi qu'à la large accessibilité aux soins dont jouissent les Français. Les indicateurs de santé nous placent également aux premiers rangs des pays dans le monde : les Français vivent en moyenne plus longtemps que la plupart des habitants des autres pays. Notre politique familiale mobilise, depuis longtemps et avec succès, de larges ressources afin de compenser le coût de l'enfant, de soutenir notre démographie et de lutter contre les inégalités sociales. Enfin, le niveau de vie des retraités a rejoint progressivement celui des actifs.

Pour autant, notre système de protection sociale connaît depuis plusieurs années d'évidentes difficultés. Comme le souligne la Cour des comptes, notre système de santé *trop exclusivement orienté vers le curatif*, est confronté à de trop nombreux dysfonctionnements, qu'il s'agisse d'un pilotage trop centralisé, de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital, de la démographie des professions de santé, des conditions d'exercice des médecins ou des prescriptions de médicaments. De même, notre système de soins, comme notre sécurité sociale en général, souffre d'une certaine confusion des responsabilités et des priorités. La crise matérielle et morale de la santé se traduit par un sentiment de malaise des professionnels de santé ainsi que par des tensions et des conflits mal réglés.

La situation financière n'est pas la moindre des difficultés auxquelles sont confrontés l'assurance maladie et le régime général. La croissance des prestations de sécurité sociale, notamment des dépenses d'assurance maladie, ne se dément pas, en France comme à l'étranger, en dépit des réformes successives qui ont été mises en oeuvre. Les comptes du régime général de la sécurité sociale se sont dégradés en 2002. Le déficit global devrait atteindre 3,3 milliards d'euros, et celui de la branche maladie près de 6 milliards. Cette situation s'explique certes par la faiblesse de la croissance économique en 2002 mais surtout par la fragilité des excédents des années antérieures. En effet, les excédents des années 2000 et 2001 n'ont été obtenus que grâce à une croissance exceptionnelle de la masse

salariale supérieure à 6 % chaque année. Ils n'ont, par ailleurs, pas été utilisés *pour* entreprendre les réformes de fond nécessaires.

Plusieurs principes guident la politique du Gouvernement dans le domaine de la santé et de la sécurité sociale :

- le dialogue et la confiance : le Gouvernement souhaite prendre le temps de l'écoute et de la concertation car le dialogue social est le préalable de toute réforme ambitieuse ;

- la clarification des priorités et des responsabilités : le Gouvernement souhaite mettre en place une nouvelle gouvernance, notamment dans le domaine de l'assurance maladie. Cette démarche nécessite de redéfinir les compétences de l'ensemble des partenaires tout en s'inscrivant dans le processus de décentralisation ;

- la responsabilité partagée : dans le domaine de la santé en particulier, chaque acteur, qu'il s'agisse des professionnels de santé, des établissements de santé, des patients ou des industriels du médicament, doit assumer une part de responsabilité dans le bon fonctionnement du système ;

- la rigueur extrême dans les dépenses : ce souci doit conduire à chaque instant à mesurer la dépense au regard de la solidarité et des efforts imposés aux cotisants ;

- l'excellence : la recherche d'un niveau maximal de qualité et de sécurité sanitaire constitue, dans le domaine des soins, une exigence professionnelle et éthique ;

- la transparence et la sincérité : nous devons graduellement trouver des solutions pour rendre nos finances sociales claires et compréhensibles ;

- la qualité du service rendu aux assurés, aux professionnels de santé et aux entreprises : elle doit être un objectif constant de l'action du Gouvernement. Elle passe par *des mesures* de simplification et par un recours significativement accru aux nouvelles technologies de l'information.

Ces principes sont traduits dans chacun des volets de la politique de santé et de sécurité sociale que le Gouvernement va conduire dans les prochaines années. La loi de financement pour 2003 en traduit la philosophie et en comporte les premiers signes. Le poids du passé lui confère néanmoins encore le caractère d'un texte de transition.

1. La politique de santé et d'assurance maladie

Une politique de santé publique ambitieuse, une nouvelle gouvernance du système de santé et d'assurance maladie, *un meilleur accès à la prévention et aux soins des usagers* et la promotion de l'innovation et de l'excellence du système de soins constituent les lignes directrices de la stratégie du Gouvernement.

1.1. Une politique de santé publique ambitieuse

La santé publique est un devoir impérieux. Elle constitue la priorité de la politique de santé du Gouvernement. Il s'agit de renforcer l'action collective pour donner à nos concitoyens les conditions de vivre en bonne santé. Cette action manque à ce jour de détermination, de cohérence et de moyens. Ainsi le projet de loi de finances pour 2003 prévoit-il un montant de 284 millions d'euros pour des actions de santé publique, avec des crédits en forte hausse pour la lutte contre le cancer, en matière de prévention et pour la gestion des risques sanitaires.

1.1.1. La loi de programmation de santé publique

Le Gouvernement proposera au printemps 2003 une loi de programmation quinquennale de santé publique au Parlement.

Pour plus d'efficacité, le premier objectif de cette loi sera de clarifier le rôle des acteurs. La multiplicité des acteurs (Etat, collectivités locales, caisses d'assurance maladie, hôpitaux, entreprises, associations...) provoque un enchevêtrement des compétences qui n'a pas pour contrepartie une abondance des moyens. La politique de santé publique doit d'abord être définie au niveau national, sa cohérence répondant à une exigence d'égalité et constituant un gage de succès. La loi de programmation définira aussi les objectifs prioritaires de santé publique pour les cinq années à venir. Des indicateurs précis accompagneront ces objectifs afin de permettre un réel contrôle de l'action du Gouvernement par le Parlement et, au-delà, par les citoyens eux-mêmes.

Des différences de situations et de priorités peuvent exister d'une région à l'autre. La loi déterminera donc les modalités de choix collectif pour décliner les priorités nationales de santé publique et les spécificités régionales. *Cette politique nationale prendra en compte les inégalités territoriales qui existent en matière de santé publique.*

La préparation de cette loi de programmation de santé publique se fera dans le cadre d'une large concertation. Le Gouvernement achèvera, d'ici la fin de l'année 2002, des consultations dans chacune des régions. Elles constitueront la base du projet de loi.

Enfin, la loi de programmation de santé publique rétablira les institutions ordinaires issues de la loi du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, en particulier celle des masseurs-kinésithérapeutes.

1.1.2. Placer la prévention au coeur de la santé publique

La prévention demeure insuffisamment développée et organisée en France par rapport aux efforts déployés en matière de soins. Ce choix implicite, privilégiant le curatif plutôt que le préventif, se traduit défavorablement sur la mortalité prématurée (avant soixante-cinq ans) et la morbidité précoce alors même que nos indicateurs de santé globaux sont excellents.

L'ambition du Gouvernement consiste à promouvoir un rééquilibrage de la politique de santé entre prévention et soins, en accentuant la priorité donnée à la prévention primaire et secondaire. Cela passe par le développement dans la société d'une véritable culture de la prévention. La responsabilité de chacun doit être engagée pour préserver son capital santé.

Pour y parvenir, des politiques spécifiques seront développées en fonction des problématiques concrètes. En particulier, elles viseront tous les âges de la vie, des plus jeunes aux plus âgés. Par ailleurs, les environnements spécifiques devront être l'objet de mesures concertées (école, travail, milieux à risque...). De plus, les méthodes développées pourront porter sur les comportements mais aussi sur l'amélioration des conditions de vie. Elles s'appuieront sur des actions de communication, d'information et d'éducation ainsi que sur des stratégies de dépistage et de prise en charge précoce. Il s'agit d'adopter une politique générale qui sera déclinée en fonction des différentes pathologies considérées.

1.1.3. Une priorité particulière : le cancer

Parmi les priorités de santé publique, la loi de programmation de santé publique prendra en compte, en premier lieu, le cancer, qui constitue l'un des trois chantiers du Président de la République pour le quinquennat. 700 000 personnes sont atteintes en France d'une maladie cancéreuse et, chaque année, 250 000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués. Le cancer représente ainsi la

première cause de mortalité prématurée en France et la deuxième cause médicale de décès.

Or, 70 % des cancers sont attribuables à des facteurs de risques sur lesquels il est possible d'intervenir efficacement. La lutte active contre la consommation de tabac et d'alcool sera donc développée. Dès 2003, les droits sur les tabacs croîtront ainsi de près d'un milliard d'euros, entraînant une hausse significative des prix des cigarettes qui devrait permettre une notable diminution de leur consommation, notamment chez les jeunes.

Une action efficace de prévention et de lutte contre le tabagisme doit être poursuivie, notamment pour soutenir ceux qui souhaitent arrêter de fumer. C'est pourquoi il est tout à fait envisageable de prévoir le remboursement des produits favorisant le sevrage tabagique par l'assurance maladie.

La commission d'orientation sur le cancer a été mise en place le 9 septembre 2002. Elle a pour mission de dresser un bilan des forces et faiblesses du dispositif de lutte existant. Elle devra aussi identifier les priorités sans négliger aucun des aspects d'une politique organisée et nationale de lutte contre le cancer, notamment dans le domaine de la prévention, de l'information et du dépistage aussi bien que dans l'organisation du système de soins, son fonctionnement et l'accompagnement des malades.

Le travail de cette mission servira de base à la concertation avec tous les acteurs du dispositif, dont les associations de malades, en matière de politique de lutte contre le cancer. La loi de programmation de santé publique traduira les principales conclusions de cette mission.

D'ores et déjà, quelques orientations peuvent être indiquées. Outre une hausse très forte des crédits budgétaires affectés à la lutte contre le cancer, le dépistage intra-familial des femmes à risque pour le cancer du sein débutera en 2003. Les moyens nécessaires à la généralisation du dépistage seront arrêtés en 2003 pour une complète mise en oeuvre en 2004. A titre expérimental, vingt départements sélectionnés en 2002 poursuivront la mise en oeuvre du dépistage organisé du cancer colorectal. Parallèlement, sera engagée la modernisation des moyens matériels lourds nécessaires aussi bien au diagnostic -rénovation et extension des appareils d'imagerie médicale- qu'au traitement thérapeutique du cancer avec la mise à niveau du parc de radiothérapie. La prise en charge multidisciplinaire des patients sera développée avec l'extension de la chimiothérapie, y compris à domicile.

1.2. Une nouvelle gouvernance

Les conditions de gouvernance de notre système de santé et de sécurité sociale laissent apparaître aujourd'hui de nombreuses imperfections qui ne sont pas nouvelles. Le paritarisme est fragilisé depuis la décision du Mouvement des entreprises de France (MEDEF) de ne plus siéger dans les conseils d'administration des caisses. Le Gouvernement considère que l'organisation de la sécurité sociale est en proie à de grandes difficultés qui ne peuvent laisser indifférent.

Le Gouvernement souhaite, en conséquence, poser sans tarder les fondations d'une nouvelle gouvernance du système de santé et d'assurance maladie. Cela requiert une redéfinition des rôles de l'Etat et de l'assurance maladie, aujourd'hui trop imbriqués, et une clarification des financements afin que chacun des acteurs soit pleinement responsable de ses missions. Cette réforme de la gouvernance de notre système de santé et de sécurité sociale doit également prendre en compte la nouvelle étape de la décentralisation décidée par le Gouvernement. La création d'agences régionales de santé entre dans cette perspective. Ces agences favoriseront une meilleure articulation de la médecine de

ville et de l'hôpital, une meilleure association des professionnels et des patients dans le cadre régional, un fonctionnement plus démocratique, une plus grande cohérence dans l'organisation de notre système de soins et une plus grande lisibilité des politiques suivies.

Le Gouvernement a demandé à l'ensemble des partenaires d'effectuer d'abord un état des lieux partagé. C'est la mission d'un groupe de travail *ad hoc* de la Commission des comptes de la sécurité sociale dont le principe a été décidé en septembre 2002. A partir de ce constat, les propositions des différents acteurs du système de santé et d'assurance maladie seront recueillies et feront l'objet d'une synthèse au début de l'année 2003. Le Gouvernement présentera alors des options de réforme de la gouvernance qui feront l'objet d'une large concertation. Le Gouvernement déposera enfin un projet de loi avant l'été 2003.

Sans attendre cette réforme de grande ampleur, le Gouvernement souhaite marquer sa détermination par trois dispositions.

Il a décidé de modifier le mode de nomination des membres de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles afin que ceux-ci soient directement nommés par les partenaires sociaux. Par ailleurs, la commission sera complétée par un conseil de surveillance spécifique. Le Gouvernement prend également l'engagement de déposer à la session de printemps un projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificative, ou « collectif social », au cas où les conditions économiques et financières s'écarteraient significativement des hypothèses du présent projet. En outre, la convention d'objectifs et de gestion entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Etat sera enrichie d'un chapitre relatif à la gestion du risque. Des négociations sont en cours pour la signature d'un avenant à la fin de cette année.

Dès les mois à venir, le Gouvernement entend également ouvrir des travaux, avec la mutualité, notamment, et les autres assureurs complémentaires, portant sur un nouveau partage des rôles entre l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire, et visant à élargir l'accès de tous nos concitoyens à la couverture complémentaire dans le domaine de la santé.

1.3. Un ONDAM sincère et médicalement justifié

En dehors de l'année 1997, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été systématiquement dépassé au cours des dernières années. En 2002, le dépassement de l'ONDAM devrait encore atteindre plus de 3,9 milliards d'euros.

Cette dérive et cette insincérité, dénoncées par la Cour des comptes, par les parlementaires et par l'ensemble des acteurs du système de santé et d'assurance maladie, ont porté atteinte à la crédibilité même de la politique de régulation des dépenses d'assurance maladie.

En rupture avec le passé et en réponse aux critiques nombreuses, le Gouvernement a opté pour le réalisme, la sincérité et la transparence dans la détermination de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. C'est pourquoi il entend désormais fonder en priorité l'évolution de l'ONDAM sur l'analyse de l'évolution de l'activité des soins dans notre pays. Cette « médicalisation » de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et des comptes, très largement réclamée pour donner du sens à notre système de santé et mobiliser réellement ses acteurs, est indispensable.

Une telle approche, exigeante et complexe, nécessite de réaliser de nombreux et difficiles travaux d'étude. En dépit d'études anciennes, elle ne pourra raisonnablement être totalement aboutie qu'à moyen terme. Raison de plus pour s'y

engager tout de suite résolument et forcer l'allure. Il s'agit en effet d'élaborer de nouveaux outils tels que les comptes par pathologie. Une première étape importante a ouvert la voie dès 2002. Ainsi, le nouvel élément du rapport rattaché à l'annexe *b* présente une mise en relation des évolutions de santé, par pathologie, et des évolutions de dépenses pour plus de 80 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Elle fait notamment ressortir que les deux premières catégories diagnostiques en termes de dépenses engagées sont celle des maladies de l'appareil cardiovasculaire (11,8 milliards d'euros) et celle des troubles mentaux (10,4 milliards d'euros).

En outre, le Gouvernement a décidé d'élargir les missions du conseil de surveillance de la CNAMTS, qui associe notamment les professionnels de santé sous la présidence d'un membre du Parlement, au suivi de la mise en oeuvre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie « médicalisé », et de à la cohérence des conventions signées entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé au regard de l'objectif.

1.4. La promotion de l'excellence du système de soins

Le Gouvernement va développer, au cours des cinq prochaines années, une véritable politique de la qualité tant dans le domaine des pratiques professionnelles que dans le domaine de la gestion des structures de soins et du service rendu aux patients.

Cette politique s'inscrit, avant tout, dans une perspective de santé publique, de sécurité sanitaire et d'adaptation de notre système aux évolutions technologiques et scientifiques du secteur de la santé. Elle répond également à une logique d'efficacité et d'optimisation des dépenses de santé en contribuant à la pérennité de notre système d'assurance maladie. Cette politique ambitieuse passe par le développement de l'évaluation des pratiques et des structures, la formation initiale et continue des professionnels, le développement des réseaux de soins, l'amélioration de la gestion et un soutien fort à l'innovation dans tous les domaines. Elle appelle un développement très important des fonctions remplies notamment aujourd'hui par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

1.4.1. L'excellence de l'hôpital public et privé : le plan « Hôpital 2007 »

Depuis six ans, à la suite de la création des agences régionales de l'hospitalisation, l'hospitalisation publique et privée a su montrer qu'elle était capable de s'adapter et de se restructurer (accréditation, introduction du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans la gestion hospitalière, effort de mise à niveau en matière de normes de sécurité sanitaire). Pour autant, le maître hospitalier n'a jamais été aussi grand. C'est la raison pour laquelle, la politique hospitalière du Gouvernement tendra à rendre les hôpitaux plus proches, plus modernes et plus responsables tout en leur donnant davantage de souplesse interne.

La proximité, gage d'efficacité et de pertinence, constitue l'enjeu de la déconcentration et sans doute, à terme, de la régionalisation de notre système de santé. Dans une première étape, elle se traduira par une simplification des procédures administratives de planification et par une contractualisation d'objectifs avec les agences régionales de l'hospitalisation.

La vétusté du patrimoine et des équipements hospitaliers nécessite d'engager dès 2003 un rattrapage significatif et pour les cinq ans à venir. La volonté du Gouvernement vise, au-delà de l'apport financier, à accélérer la réalisation des

opérations d'investissement, de rénovation et de recomposition de l'offre hospitalière. Pour y parvenir, trois mesures essentielles sont prévues dès 2003 : en premier lieu, la régionalisation des opérations d'investissement lourdes ; en second lieu, le développement du recours aux maîtrises d'ouvrage déléguées ; enfin, une mission nationale d'appui sera mise en place afin de soutenir techniquement les établissements et les agences régionales dans leurs opérations d'investissement. Un apport en capital de 300 millions d'euros aux établissements publics et privés est prévu pour 2003. Conjugué à des emprunts, à de possibles partenariats avec des entreprises privées ou à des aides d'autres acteurs publics, cet apport permettra, grâce à l'effet de levier, d'engager une première tranche d'investissement de plus d'un milliard d'euros.

La mise en place d'un financement lié à l'activité constitue un levier essentiel de cette modernisation. De cette manière, le mode de financement sera à la fois équitable et transparent entre les secteurs publics et privés ; les coopérations entre ces différents acteurs seront facilitées. D'ores et déjà, le Gouvernement s'engage à réaliser une large expérimentation en grandeur nature de la tarification à l'activité sur la base du volontariat. L'objectif est de généraliser ce nouveau mode de tarification à partir de 2004.

Enfin, la responsabilisation des acteurs hospitaliers exige, en contrepartie, une autonomie accrue et une plus grande souplesse de gestion dans les établissements publics. Il est envisagé, d'une part, un renforcement substantiel du pouvoir des conseils d'administration, d'autre part, un assouplissement des règles administratives de gestion au sein de l'hôpital. Enfin, il faut imaginer un intéressement collectif des acteurs hospitaliers au regard de leurs résultats afin d'instaurer une « culture » du résultat et non exclusivement des moyens. Pour soutenir cette responsabilisation des établissements, le projet de loi propose dès à présent la création d'une mission d'audit dont l'objectif consiste à proposer des diagnostics en permettant un réel retour d'expérience dans les établissements au moyen de référentiels de bonne pratique de gestion. La gestion des structures hospitalières devra se moderniser et assurer une évolution des capacités internes de l'hôpital, plus réactives, au plus près des attentes réelles de la population.

1.4.2. Le développement de la qualité des soins de ville

Prenant acte de l'échec du dispositif de lettres-clés flottantes dans notre pays, le Gouvernement a pris la décision de faire le choix d'une maîtrise médicalisée qui fait le pari de la confiance. Cette confiance est nécessaire à la signature, d'ici la fin de l'année 2002, des nouvelles conventions qu'exige la législation en vigueur. D'ores et déjà, la signature, en juin 2002 pour les généralistes et en juillet 2002 pour les pédiatres, d'accords contenant des engagements en termes de bonnes pratiques montre que le pari de la confiance est sur la bonne voie.

Cette confiance est exigeante. Elle est au service de la qualité de notre médecine. Le Gouvernement prend toute sa part dans ce changement d'attitudes. Deux mesures du projet de loi en témoignent. Sans abandonner la surveillance de l'application de la réglementation, le contrôle médical des caisses d'assurance maladie du régime général est réorienté vers le service de conseil et de promotion du bon usage des soins. Ce service proposera aux professionnels de santé un véritable dialogue autour d'une analyse conjointe de leur activité. D'autre part, les missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville sont élargies au financement d'actions d'évaluation des pratiques.

En retour, les professionnels, dans un esprit de responsabilité partagée, doivent s'engager dans les processus de formation médicale continue, d'évaluation et de coordination des soins élaborés notamment dans le cadre conventionnel. De la solidité de leur engagement dépend en grande partie notre capacité collective à concilier un haut niveau de protection sociale et la meilleure qualité des soins.

Afin de lutter contre la désertification, l'isolement et les problèmes de sécurité, le Gouvernement favorise et encourage les initiatives pour assurer la permanence des soins, avec l'ensemble des acteurs locaux, notamment en offrant aux médecins la possibilité de s'implanter sur plusieurs sites.

1.4.3. Une politique du médicament moderne et équilibrée

La dépense de médicament en France est l'une des plus élevées au monde en volume par habitant. Pour autant, la croissance annuelle des dépenses de médicaments remboursés par les régimes d'assurance maladie en ville demeure forte (+ 10,1 % en 2000, +9,2 % en 1999).

L'arrivée de molécules innovantes plus coûteuses, l'extension de la durée des traitements liée à la croissance des pathologies chroniques et le vieillissement général de la population sont les principaux déterminants de cette évolution qui pèse sur les comptes de l'assurance maladie.

Notre politique du médicament doit évoluer afin de laisser plus de place à la recherche et à l'innovation au bénéfice des patients et de garantir un bon emploi des deniers publics. Elle doit aussi faire appel à la responsabilité de cet acteur majeur qu'est l'industrie pharmaceutique, dans le cadre d'un partenariat étroit et confiant avec l'Etat. Il convient également de mieux garantir le strict respect des impératifs éthiques pour prévenir des dérives dommageables aux patients et, en définitive, à l'industrie pharmaceutique elle-même.

Favoriser l'innovation dans le domaine des médicaments est un facteur clé de l'excellence du système de soins français. Cela passe par un accès plus rapide qu'aujourd'hui des patients aux nouveaux médicaments les plus innovants dans le domaine des soins de ville. Une évolution des procédures administratives existantes et la mise en place d'un dispositif accéléré d'accès au remboursement en ville permettront d'atteindre ce but. Favoriser l'innovation passe également par un accroissement significatif du budget prévu à l'hôpital pour ces médicaments. C'est enfin aider et encourager les entreprises de biotechnologies en facilitant notamment la commercialisation de leurs produits. Ce choix est nécessaire pour préparer l'avenir. Déjà plus de 50 % des nouveaux médicaments sont le fruit des biotechnologies.

Il est légitime que l'assurance maladie soit plus soucieuse encore qu'aujourd'hui de l'argent des cotisants et du caractère médicalement justifié de ce qu'elle rembourse. Il faut donc, en priorité, poursuivre le développement des médicaments génériques dont la part de marché est encore trop limitée en France (6 % contre 20 % dans certains pays voisins). Les efforts réalisés depuis plusieurs années, en partenariat avec les médecins, les pharmaciens et les laboratoires, vont être intensifiés, de même que les effets de l'accord du 5 juin 2002 entre les caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des médecins libéraux doivent être amplifiés. Le Gouvernement est déterminé, comme la Cour des comptes l'y invite, à rationaliser les procédures d'achat de médicaments à l'hôpital.

Le Gouvernement a également décidé la mise en place d'un forfait de remboursement pour les médicaments appartenant à un groupe générique. Il n'est pas légitime, en effet, que l'assurance maladie soit obligée de rembourser à des tarifs différents deux médicaments d'efficacité identique pour le patient (même molécule). En outre, le Gouvernement souhaite tirer toutes les conséquences de la

récente réévaluation du service médical rendu par les médicaments. La mise en oeuvre de cette décision, entourée de toutes les garanties de procédure et d'impartialité, sera échelonnée sur une période de trois ans afin de permettre aux patients et aux médecins d'adapter leurs comportements et aux industriels d'adapter leurs stratégies.

Donner plus de lisibilité et de stabilité à l'environnement économique et réglementaire des industriels constitue également un axe important de la nouvelle politique du Gouvernement. L'accord sectoriel, qui doit être renouvelé dans les mois à venir, en est un instrument majeur. Une réforme de la fiscalité spécifique qui pèse sur les laboratoires pharmaceutiques dans le sens de la simplification en constitue aussi un des aspects essentiels. Une première étape sera franchie dès 2003. Une étape suivante sera préparée dans le cadre d'une concertation avec les représentants de l'industrie pharmaceutique.

1.4.4. La responsabilisation des patients

Les patients et les assurés sont au centre du système de santé. Le système français leur garantit une grande liberté de choix dans le recours aux soins en raison de taux de remboursement élevés et d'un libre accès à l'ensemble des professionnels. Cette liberté doit avoir davantage pour contrepartie une véritable responsabilisation de leur part.

Les outils de responsabilisation des patients et des assurés seront définis en concertation avec les partenaires. Le dossier médical partagé informatisé, dont l'existence a été rendue possible par la loi sur les droits des malades du 4 mars 2002, est l'un de ces outils de responsabilisation dont le Gouvernement souhaite le développement rapide sur la base du volontariat. Le projet de loi de financement prévoit l'intervention d'une autre mesure de responsabilisation significative : le forfait de remboursement pour les groupes génériques. Les assurés *auxquels* sera prescrit un médicament d'un groupe générique seront remboursés dans les mêmes conditions, qu'ils acceptent un générique ou qu'ils demandent le médicament *princeps*, le choix leur revenant. L'avenant à la convention d'objectifs et de gestion passée avec la CNAMTS cherchera à développer d'autres outils dans cet objectif.

1.4.5. Les personnes handicapées

L'amélioration de la situation des personnes handicapées constitue l'un des trois grands chantiers du quinquennat que le Président de la République a lancés le 14 juillet 2002. L'objectif d'une politique du handicap est de permettre aux personnes handicapées de choisir dans toute la mesure du possible leur mode de vie et de participer à la vie en société. 90 % des personnes handicapées vivent aujourd'hui à domicile. Certaines d'entre elles le font par choix mais d'autres y sont contraintes faute de places en établissement (maisons d'accueil spécialisé ou foyers d'hébergement). Ce manque de places oblige d'ailleurs plus de 2 000 familles à envoyer leurs enfants en Belgique. Aussi, le Gouvernement souhaite développer dès 2003, puis au cours de la législature, les places nécessaires en établissement pour répondre à ces besoins et apporter l'assistance nécessaire aux personnes qui vivent à domicile (soins infirmiers, auxiliaires de vie, aides ménagères,...).

Un autre volet de ce grand chantier est la révision de la loi d'orientation du 30 juin 1975. La nouvelle loi, dont le projet sera déposé en 2003, exprimera notamment la solidarité nationale vis-à-vis de toutes les personnes handicapées en affirmant et en réorganisant leur droit à la prise en charge des aides techniques et humaines nécessaires à la compensation de leur handicap.

Ces grands projets n'empêchent pas les mesures concrètes et immédiates. Des créations de postes d'auxiliaires de vie et d'intégration scolaire sont prévues dans le projet de loi de finances pour 2003. 3 000 places en centres

d'aide par le travail sont créées en 2003, soit un doublement de l'effort de création de places, pour favoriser l'intégration professionnelle des personnes handicapées qui ne peuvent accéder au milieu de travail ordinaire. Le nombre de places en établissement (maisons d'accueil spécialisé, foyers d'accueil médicalisé) est également doublé pour diminuer les listes d'attente actuelles et donner une place aux jeunes adultes et aux personnes polyhandicapées qui restent actuellement dans des établissements pour jeunes enfants (environ 4 000 personnes). Ces créations doivent permettre de faire face aux besoins nouveaux qui s'ouvrent notamment en raison du vieillissement des personnes handicapées.

1.4.6. Les personnes âgées

La France doit donner toute sa place à l'âge dans notre société. Il faut pouvoir y vieillir en toute dignité.

Etre respecté dans sa dignité, son intégrité, ses besoins de dialogue, d'échange, de relations sociales, être entendu sur les demandes de santé, d'hygiène de vie, bénéficier d'un niveau de revenu et de conditions de vie satisfaisants, tels sont les souhaits des personnes âgées aujourd'hui. C'est l'espérance de tous ceux qui avancent en âge et, demain, de chacun.

Par rapport aux générations précédentes, la population vit plus longtemps. Obligation est faite aux pouvoirs publics de donner un sens à ces années ajoutées à l'espérance de vie. Mais cet allongement de la vie qui ouvre tant de nouvelles possibilités s'accompagne souvent d'une perte d'autonomie, risque normal dans les vies qui s'allongent.

La loi n°2001-647 du 20 juillet relative à la prise en charge de la perte d'autonomie a donné aux personnes âgées un nouveau droit, le droit à l'autonomie.

La politique de santé publique doit également améliorer la prise en charge des personnes âgées par le développement des connaissances des maladies liées et le soutien aux soins gériatriques.

Dans le domaine des soins spécifiques aux personnes âgées, la priorité du Gouvernement est la mise en oeuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Les objectifs de la réforme de la tarification sont maintenus :

- offrir une qualité de prise en charge accrue dans chaque établissement à travers l'engagement d'une démarche qualité ;
- réduire les inégalités tarifaires et rendre plus équitable l'allocation des ressources ;
- clarifier les coûts (hébergement, soins et dépendances) et le champ de compétence de chaque financeur.

Le rythme lent de signature des conventions traduit les difficultés de mise en oeuvre de la réforme en raison d'une réglementation évolutive et complexe, qui a nécessité un temps d'appropriation par les acteurs ainsi qu'une forte mobilisation des intervenants sur la mise en oeuvre des trente-cinq heures, de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et des nouvelles règles comptables. Dès lors, prévoir une signature de l'ensemble des conventions à l'horizon 2003 s'avère irréaliste.

L'objectif est de signer l'ensemble des conventions à l'horizon 2005 et d'engager une démarche incitative et volontariste pour atteindre cet objectif.

Afin de régler les cas les plus difficiles et de tenir compte des inévitables retards que rencontreront certains signataires, il est proposé de reporter la date

d'échéance à 2006. Ainsi, l'ensemble des procédures seront menées à leur terme correctement.

Pour 2003, il est prévu d'obtenir la signature de 1 800 conventions tripartites.

S'agissant des programmes pluriannuels en cours dans le secteur des personnes âgées, ils seront poursuivis.

Parmi les priorités de santé publique, les maladies neurodégénératives, dont le maladie d'Alzheimer, et leurs conséquences dramatiques seront prises en compte tout particulièrement, notamment en développant l'aide aux familles et l'accueil de jour.

2. La branche accidents du travail

2.1. Améliorer la gestion de la branche

Le Gouvernement souhaite s'inscrire dans la continuité de la loi du 25 juillet 1994, qui a reconnu l'autonomie de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. A cet effet, la branche sera dotée d'une convention d'objectifs et de gestion et d'un conseil de surveillance. De tels outils permettront d'améliorer significativement la gestion de la branche.

Par ailleurs, malgré une situation comptable dégradée, le Gouvernement a respecté la recommandation des partenaires sociaux, réunis au sein de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, de stabiliser le taux de cotisation.

Enfin, la clarification des comptes de la sécurité sociale commande que les dépenses de chaque branche soient correctement imputées, ce qui nécessite d'engager un effort de formation à destination des différents acteurs (professionnels de santé, établissements hospitaliers) et d'étudier avec attention les causes de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Dans cette attente, au terme d'un travail approfondi sur ce sujet, l'évaluation minimale des dépenses imputées à tort à la branche maladie a été estimée, par la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, à 330 millions d'euros. Ce montant a été retenu pour fixer le transfert entre les deux branches.

2.2. Etudier les conséquences d'un passage éventuel à la réparation intégrale

A la suite du rapport de M. Roland Masse, M. Michel Yahiel avait été chargé de conduire une réflexion sur la méthodologie de la mise en place d'une réparation intégrale des risques professionnels. Ce rapport a été rendu en avril 2002.

Compte tenu notamment du développement de systèmes de réparation de « droit commun » et de l'évolution de la jurisprudence, la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui repose sur le « compromis » d'avril 1898, mérite un réexamen approfondi. L'évolution vers la réparation dite « intégrale » est ainsi une des possibilités d'évolution de la branche. Toutefois, comme l'a souligné le rapport de M. Yahiel, « la pauvreté des informations disponibles pour éclairer d'éventuelles décisions », l'absence d'éléments d'analyse sérieux sur les incidences économiques des choix possibles « d'un point de vue général, mais aussi au regard des gains et pertes à anticiper pour les victimes » montre « l'extrême incertitude entourant les conditions de réalisation et les conséquences de la réparation intégrale, à commencer par son coût ».

Le Gouvernement a donc confié le soin à M. Yahiel de conduire un comité de pilotage associant les principaux acteurs pour approfondir l'expertise sur la réparation intégrale dans ses aspects juridiques, financiers et organisationnels. Une fois cette évaluation connue, le Gouvernement sera alors fondé à mener une large concertation, notamment avec les partenaires sociaux.

2.3. Prendre en compte le préjudice subi par les victimes de l'amiante

Dès son entrée en fonctions, le Gouvernement a souhaité que les mécanismes de réparation du préjudice subi par les personnes souffrant d'une affection liée à l'amiante soient rapidement mis en place. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, après avoir défini les montants d'acomptes en juin 2002, est en voie d'arrêter le barème définitif. Il sera doté d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 190 millions d'euros en 2003.

3. La politique de la famille

Le Gouvernement a décidé d'infléchir dès 2003 la politique au bénéfice des familles dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais également dans le cadre du projet de loi de finances.

Dans cet esprit, il a décidé de mettre en place en priorité une mesure ciblée sur les familles nombreuses ayant de grands enfants. En effet, aujourd'hui, les allocations familiales ne sont perçues qu'à partir du deuxième enfant et cessent en majeure partie d'être versées lorsque les enfants atteignent l'âge de vingt ans. Ce dispositif peut provoquer de forts déséquilibres dans les budgets des familles les plus modestes, les enfants restant à la charge de leurs parents sur une période de plus en plus longue, bien au-delà de leurs vingt ans.

L'objectif poursuivi par le Gouvernement est d'atténuer le caractère brutal de cette perte d'allocations familiales. La mesure est ciblée sur les familles de trois enfants et plus, pour lesquelles la perte financière est la plus importante. Ainsi, une somme de 70 € par mois sera versée à compter du 1^{er} juillet 2003 pendant un an à ces familles dont l'aîné atteint vingt ans. L'avantage pour les 145 000 familles concernées sera de 840 €.

Dans le projet de loi de finances pour 2003, le Gouvernement a, par ailleurs, prévu le doublement de l'abattement pour les *donations* entre les grands-parents et les petits-enfants qui permettra de relancer l'effort de solidarité financière entre les générations. De même l'augmentation de 50% des seuils pour les emplois familiaux favorisera toutes les familles qui emploient à domicile des gardes d'enfants ou des personnes destinées à soulager les plus âgées de tâches à caractère familial ou ménager.

Par ailleurs, dans un souci de clarification, la croissance de la prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des majorations de retraites pour enfants se poursuivra. Le taux de prise en charge atteindra 60 % en 2003.

Les délais impartis au Gouvernement n'ont pas permis d'aller au-delà de cette inflexion. Aussi c'est la Conférence de la famille de 2003 qui marquera le début d'une réforme plus fondamentale de la politique familiale. Les travaux préparatoires à cette conférence, lancés au début du mois d'octobre 2002, seront marqués du sceau de l'ambition et du réalisme. Ambition car il est temps de mettre en chantier les inflexions majeures attendues par l'ensemble des partenaires, et notamment la création d'une prestation unique de libre choix. Réalisme car la politique familiale repose sur des équilibres complexes et notre environnement financier est porteur de contraintes. Les groupes de travail qui prépareront la

conférence du printemps 2003 axeront ainsi, en priorité, leur réflexion autour des thèmes liés à la simplification des prestations, aux services destinés aux familles ou encore à la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle. *Le Gouvernement s'engage à examiner dans sa globalité la situation des veuves, en particulier la majoration des 10% des mères de famille, l'augmentation du plafond de ressources et du montant de l'assurance veuvage.*

4. La politique d'assurance vieillesse

4.1. Refuser l'attentisme

Bénéficiant momentanément d'un contexte démographique exceptionnel, la branche vieillesse est excédentaire. Comme l'ont montré les différents rapports qui se sont succédés en France depuis au moins dix ans, cette situation favorable sera extrêmement brève. Le « diagnostic » des besoins de financement, à l'horizon 2020 comme à l'horizon 2040, est parfaitement établi.

Le principal danger qui pèse sur nos régimes de retraite par répartition serait l'inaction. Leur sauvegarde pèserait alors de tout son poids sur un nombre relativement faible de générations, qui pourraient alors refuser un effort supplémentaire.

La revalorisation des pensions sera en 2003 de 1,5 %, conformément à l'inflation prévue. Cette revalorisation permettra ainsi d'assurer le maintien du pouvoir d'achat des retraités. Tout effort supplémentaire présumerait de l'équilibre actuel et futur de la branche.

4.2. Faire reposer la réforme sur l'équité, la liberté et l'effort partagé

Conformément à la déclaration de politique générale du Premier ministre du 3 juillet 2002, cette réforme reposera sur les principes suivants :

- elle doit aboutir à une plus grande équité entre les Français, tout en tenant compte des spécificités et des différents statuts et évidemment de la diversité des situations, notamment démographiques ;
- la liberté de choix sera assurée : la retraite à soixante ans, qui est un acquis social, ne sera pas remise en cause, mais ceux qui souhaitent prolonger leur activité au-delà doivent pouvoir le faire et ainsi augmenter leurs droits ;
- les efforts nécessaires seront équitablement répartis.

Les principes fondamentaux de la réforme seront précisés, en liaison avec les partenaires sociaux, au début de l'année 2003. Chaque régime, privé ou public, fera alors l'objet d'un traitement spécifique, selon un calendrier approprié et des modalités à négocier au cas par cas.

Le temps est ainsi à la prise de décisions. Notre système de retraites est notre bien commun. Les conditions de sa préservation, qui seront concertées dans le cadre du renouveau du dialogue social, seront réunies avant la fin du premier semestre 2003.

5. Le financement et l'équilibre de la sécurité sociale

Dans le domaine du financement et de l'équilibre de la sécurité sociale, le Gouvernement est déterminé à s'engager sur la crédibilité de ses objectifs et à progresser dans le domaine de la clarification.

5.1. S'engager sur la crédibilité des objectifs

La crédibilité des objectifs des lois de financement des années précédentes a été remise en question par d'importants dépassements des objectifs

de dépenses notamment pour la branche maladie. De tels dépassements ont conduit le précédent gouvernement à proposer le vote d'objectifs rectifiés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, une adjonction des objectifs de l'année en cours aux objectifs de l'année suivante ne permet pas un réel débat sur la justification des dépassements.

Le Gouvernement souhaite donc changer de méthode pour rendre toute leur crédibilité aux objectifs des lois de financement. Ainsi, il prend l'engagement de présenter au Parlement au début du mois de mai un projet de loi de financement rectificative, au cas où les prévisions de recettes et de dépenses effectuées dans le cadre de la commission des comptes de printemps montreraient un décalage significatif avec les objectifs fixés dans la loi de financement pour 2003.

La présentation du projet de loi de financement rectificative sera l'occasion de débattre des motifs de ces différences entre évolution des agrégats et objectifs, qu'elles soient positives ou négatives. Il proposera un certain nombre de mesures visant à en tirer les conséquences en termes d'encadrement du système de sécurité sociale, en termes d'efforts que fournissent les différents acteurs ou en termes de bénéfices qu'ils en tirent.

5.2. Clarifier le financement de la sécurité sociale, en particulier les relations financières avec l'Etat

La deuxième priorité du Gouvernement est de clarifier le financement de la sécurité sociale.

Comme le montre l'audit des finances publiques, les comptes de la sécurité sociale sont caractérisés actuellement par une réelle opacité. De nombreux circuits de financement ont été mis en place ces dernières années. Outre leur complexité, ces circuits sont décriés par les différents partenaires, car ils conduisent à faire financer par la sécurité sociale des dépenses qui n'entrent pas dans son objet.

L'importance des montants en jeu et la complexité des liens entre les différents organismes font de cette inévitable clarification un objectif de moyen terme.

La conjoncture et les contraintes pesant sur les finances publiques ne permettent pas d'opérer une clarification complète en une seule année. En 2003, il a paru indispensable au Gouvernement, néanmoins, d'engager une première étape tout à fait significative. Celle-ci comprend trois volets essentiels :

- l'engagement de l'Etat de compenser intégralement les nouveaux allègements de charges ;
- une réaffectation à la sécurité sociale d'une partie des recettes qui avaient été utilisées pour le financement du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC). La modification des clés de partage des droits sur les tabacs entre le FOREC et la CNAMTS apportera à cette dernière 700 millions d'euros et permettra de revenir à la clé de partage prévalant avant la création du FOREC ;
- le remboursement de la moitié de la dette passée au titre des allègements de charges.

C'est de la sauvegarde de notre sécurité sociale dont il s'agit aujourd'hui. Elle passe par une modernisation de son organisation et de ses structures qui permette de s'adapter à son nouvel environnement. Le chemin tracé par le Gouvernement est clair. Sa résolution l'est également. C'est dans la durée, dans la concertation et le respect du dialogue social que les réformes seront menées.

