

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIXIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 1996-1997

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 20 novembre 1996.

Annexe au procès verbal de la séance
du 21 novembre 1996

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE ⁽¹⁾ CHARGÉE DE PROPOSER
UN TEXTE SUR *les dispositions restant en discussion du PROJET DE LOI
de financement de la sécurité sociale pour 1997.*

PAR M. BRUNO BOURG-BROC,
Député

PAR M. CHARLES DESCOURS,
Sénateur

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, sénateur, président ; Denis Jacquat, député, vice-président ; Charles Descours, sénateur, Bruno Bourg-Broc, député, rapporteurs.

Membres titulaires : MM. Jacques Machet, Alain Vasselle, Jacques Oudin, François Autain, Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, sénateurs ; M. Bernard Accoyer, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, MM. Jean-Luc Prétel, Charles de Courson, Claude Bartolone, députés.

Membres suppléants : MM. Jacques Bimbenet, Jean Chérioux, Mme Marie-Madeleine Dieulangard, MM. Guy Fischer, Claude Huriet, Dominique Leclerc, Bernard Seillier, sénateur ; MM. Philippe Auberger, Jean-Yves Chamard, Jean-Michel Dubernard, Germain Gengenwin, Jean-Pierre Foucher, Julien Dray, Maxime Gremetz, députés.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1ère lecture : 3014, 3053, 3064 et T.A. 589.

2ème lecture : 3145.

Sénat : 1ère lecture : 61, 66, 68 et T.A. 26 (1996-1997).

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
PROPOS LIMINAIRES	5
EXAMEN DES ARTICLES	9
TITRE PREMIER ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE	9
• <i>Article premier</i> Approbation du rapport annexé	9
• <i>Article premier bis A</i> Contrôle de l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale	11
• <i>Article premier bis</i> Rapport au Parlement sur le contrôle médical	12
• <i>Article premier ter</i> Rapport au Parlement sur la réforme de la nomenclature générale des actes professionnels	12
• <i>Article premier quater</i> Transmission au Parlement des informations reçues par les membres des conseils de surveillance	12
• <i>Article premier quinquies</i> Amélioration de l'information du Parlement	12
TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER	14
• <i>Art. 2</i> Prévisions des recettes par catégorie	14
• <i>Art. 3</i> Fixation des objectifs de dépenses par branche	14
TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	15
Section 1 Extension de l'assiette de la contribution sociale généralisée	15
• <i>Art. 6 bis</i> Modalités générales de perception de la contribution sociale généralisée sur les revenus	15
• <i>Art. 7 bis</i> Assujettissement à cotisations sociales des plus-values réalisées lors de la levée d'option des actions	15
• <i>Art. 8</i> Modalités de recouvrement applicables à la contribution sociale généralisée sur les revenus d'activité et de remplacement	17
• <i>Art. 10</i> Extension de l'assiette de la contribution sociale généralisée sur les produits de placement	17
Section 2 Substitution de la contribution sociale généralisée à la cotisation maladie	17
• <i>Art. 13</i> Taux et affectation de la contribution sociale généralisée	17
• <i>Art. 14</i> Affectation de certaines ressources aux régimes obligatoires d'assurance maladie	18
• <i>Art. 20</i> Ressources du régime des exploitants agricoles	18
• <i>Art. 21</i> Ressources du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	18
TITRE IV AUTRES DISPOSITIONS FINANCIÈRES	19
CHAPITRE PREMIER Branche maladie	19
• <i>Art. 24 bis</i> Institution d'une taxe sur les boissons « premix »	19
• <i>Art. 25</i> Versement annuel de la branche accidents du travail à la branche maladie du régime général	20
• <i>Art. 27 bis</i> Opposabilité des dépenses du secteur médico-social prises en charge par l'assurance maladie	21

• <i>Art. 27 ter</i> Codification de la convention entre les syndicats nationaux représentatifs des transporteurs sanitaires et les caisses nationales d'assurance maladie	23
• <i>Art. 27 quater</i> Validation d'un arrêté relatif aux actes d'anesthésie dans les cliniques privées	24
CHAPITRE III Autres mesures	24
• <i>Art. 30 bis</i> Plafonnement des versements effectués au titre de la surcompensation	24
• <i>Art. 32</i> Affectation d'une fraction du produit de la taxe sur les grandes surfaces aux régimes d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles	25
• <i>Art. 33</i> Modalités de calcul des ressources ouvrant droit à l'allocation de parent isolé	26
• <i>Art. 34</i> Rapport annuel au Parlement sur le contrôle d'attribution des prestations	26
TEXTE ÉLABORÉ PAR LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE	27
TABLEAUX COMPARATIFS	61

Mesdames, Messieurs.

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier Ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997. s'est réunie le mardi 19 novembre 1996 au Sénat.

La commission a d'abord procédé à la désignation de son bureau. Elle a élu :

- M. Jean-Pierre Fourcade, sénateur, président :
- M. Denis Jacquat, député, vice-président :
- M. Charles Descours, sénateur, rapporteur pour le Sénat :
- M. Bruno Bourg-Broc, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.

*

* *

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a d'abord indiqué que le Sénat n'avait pas modifié substantiellement l'économie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, issue des travaux de l'Assemblée nationale.

Sur un certain nombre de sujets, un point d'équilibre avait en effet été trouvé avec les députés, qu'il s'agisse de la CSG pesant sur les gains des jeux ou des droits prélevés sur les alcools. Sur ces sujets, il a considéré que l'Assemblée nationale avait réalisé un excellent travail et avait adopté des solutions satisfaisantes. Il a estimé que si le Sénat avait pu éviter un long débat sur ces sujets, c'est que la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale avait réussi à trouver des compromis acceptables par tous.

Il a ensuite résumé l'apport du Sénat.

Sur le rapport visé à l'article premier, outre un amendement de précision présenté par M. Jacques Oudin, sénateur, le Sénat a adopté, d'une part, un amendement visant à permettre le financement en 1997 de 2.000 places de services de soins infirmiers à domicile déjà autorisées mais qui n'avaient pas bénéficié jusque là des financements correspondants et, d'autre part, un amendement intégrant à l'objectif de dépenses pour 1997 une provision de 300 millions de francs destinée à faire face aux dépenses entraînées par des mesures de santé publique décidées en cours d'année par le Gouvernement ou les partenaires conventionnels.

A l'article premier bis A, le Sénat a choisi d'accorder aux rapporteurs des projets de loi de financement un pouvoir de contrôle pour suivre l'exécution des lois adoptées et se faire communiquer les documents utiles.

L'article premier quinquies regroupe, sur la suggestion de M. Jacques Oudin, sénateur, un certain nombre de rapports complémentaires prévus aux articles premier bis, ter et quater, reprenant en cela l'esprit de la demande formulée par M. Bernard Accoyer, député, à l'Assemblée nationale.

Aux articles 2 et 3, les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes ont été ajustés à hauteur de 300 millions pour tenir compte des amendements financiers proposés dans le rapport prévu à l'article premier et à l'article 7 bis.

A l'article 7 bis, pour financer la provision prévue en matière de dépenses de santé publique, le Sénat a proposé d'assujettir intégralement à cotisations sociales le montant des plus-values constatées au jour de la levée d'option dans le cadre des opérations de souscriptions d'actions connues sous l'appellation « stock-option ».

Aux articles 8, 10, 13, 14, 20, 21, 24 bis, le Sénat a adopté des amendements de forme ou de précision.

A l'article 25, le Sénat a voulu plafonner les versements allant de la branche « accidents de travail » vers la branche « maladie » à 1 milliard afin

d'éviter de puiser au-delà de ce qui est réellement justifié dans les ressources de cette branche.

A l'article 27 bis, le Sénat a réintroduit le secteur médico-social dont le poids (40 milliards) et le rythme d'accroissement des dépenses (8 % par an) sont très importants, dans le cadre de la politique de maîtrise des dépenses de santé en adaptant toutefois les modalités d'encadrement à ses spécificités, dans l'attente de la révision de la loi de 1975.

A l'article 27 ter, une base législative a été donnée à l'accord sur les ambulanciers.

A l'article 27 quater, le Sénat a validé des versements effectués sur la base d'un arrêté du 13 mai 1991 annulé pour un simple vice de forme.

A l'article 30 bis, le Sénat a prévu un plafonnement des versements de surcompensation à hauteur de 25 % des prestations versées pour tenter de limiter les déséquilibres qu'ils occasionnent pour les régimes spéciaux d'assurance vieillesse tels que la CNRACL.

A l'article 32, le Sénat a suggéré de clarifier les versements prévus en faveur des régimes d'assurance vieillesse des commerçants et des artisans qui seront à l'avenir également financés par la taxe d'aide au commerce et à l'artisanat. Le Sénat a notamment souhaité tenir compte de la création de l'EPARECA (Etablissement public d'aménagement et de restructuration des espaces commerciaux et artisanaux), dont les dépenses de fonctionnement seront également couvertes par cette taxe.

A l'article 33, le Sénat a adopté deux amendements de précision.

Enfin, l'article 34, qui instituait un rapport sur le contrôle de l'attribution des prestations familiales a été écarté pour les mêmes raisons que celles mentionnées pour les articles premier bis, ter et quater.

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, est convenu que le projet de loi n'avait pas été bouleversé au cours de son examen au Sénat. Il a cependant observé que quelques divergences de fond subsistaient entre les deux Assemblées, à savoir la constitution d'une provision de 300 millions de francs pour financer des dépenses de santé décidées en cours d'année, la taxation des « stock option » prévue par l'article 7 bis et la fixation d'un taux directeur d'évolution des dépenses du secteur médico-social institué par l'article 27 bis.

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE PREMIER

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

Article premier

Approbation du rapport annexé

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a indiqué que le Sénat avait apporté quatre modifications au rapport annexé. La première et la troisième sont rédactionnelles, la deuxième prévoit la création de 2.000 places de services de soins infirmiers à domicile et la quatrième inscrit dans le rapport la constitution d'une provision de 300 millions de francs.

Il a affirmé que beaucoup de médecins étaient très opposés à la réforme de l'assurance maladie car ils avaient le sentiment que l'effort était inéquitablement réparti. En constituant une provision de 300 millions de francs qui servira à financer des dépenses de santé publique résultant de décisions prises en cours d'année par le Gouvernement ou les partenaires conventionnels, le Sénat a souhaité bien distinguer entre l'objectif de dépenses opposable aux médecins et une provision, non opposable, servant à financer des dépenses que les médecins n'auraient pas engagées.

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a donné son accord aux premier et deuxième amendements qu'il a respectivement considérés comme rédactionnel et de précision. En revanche, il a estimé que le troisième amendement qui a substitué à l'expression « sans déremboursement », l'expression « sans diminution du niveau moyen de remboursement », n'était pas satisfaisante. En effet, outre le fait que le

Gouvernement s'est clairement engagé sur l'absence de mesures de déremboursement, il est très difficile de calculer le niveau moyen de remboursement. Il s'est également déclaré défavorable à la manière dont était prévue la constitution d'une provision de 300 millions de francs, considérant qu'une telle provision devrait être inscrite, non seulement à l'article 3, mais aussi à l'article 4. Il a estimé qu'une provision qui n'entrerait pas dans l'objectif national d'assurance maladie serait dénuée de portée pratique. En effet, elle n'entre pas dans l'objectif national d'assurance maladie et fait perdre de sa cohérence au chiffre de l'article 3.

Il a par ailleurs fait valoir que le montant de cette provision s'expliquait par la disposition votée par le Sénat à l'article 7 bis sur l'assujettissement aux cotisations sociales des « stock-option », et a souligné le caractère aléatoire du chiffrage, observant que la nouvelle rédaction de cet article proposée par le rapporteur pour le Sénat à la commission mixte paritaire en réduirait sans doute encore la pertinence.

M. Claude Bartolone, député, a considéré que le texte de l'Assemblée nationale concernant les mesures de déremboursement était plus clair que celui proposé par le Sénat. Evoquant la provision de 300 millions de francs, il a affirmé qu'il comprenait les raisons de sa constitution mais a regretté que l'on fige une telle somme sans qu'un véritable débat sur la santé publique ait eu lieu.

M. Charles de Courson, député, a opposé à l'initiative du Sénat une question de méthode : dans la mesure où l'enveloppe de dépenses d'assurance maladie n'est pas limitative, constituer une provision de 300 millions de francs n'emporte aucune conséquence pratique. Il a en outre indiqué que selon le Gouvernement, il existerait déjà une provision de 500 millions de francs au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a donné son accord au choix du texte de l'Assemblée nationale pour la phrase concernant les mesures de déremboursement. Il a rappelé que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie était opposable aux professionnels et qu'il ne convenait pas que ceux-ci voient leur responsabilité engagée sur des dépenses décidées en cours d'année par le Gouvernement ou les partenaires conventionnels.

M. Jean-Yves Chamard, député, a estimé que, si ces 300 millions de francs devaient être utilisés, il faudrait alors porter l'objectif de dépenses de 600,2 milliards de francs à 600,5 milliards ; une loi de financement rectificative serait alors nécessaire. Si c'est une dépense supplémentaire elle devra figurer à l'article 4. Sous cette réserve, il s'est déclaré favorable à l'initiative du Sénat.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a clairement distingué les dépenses d'assurance maladie prévues à l'article 3, qui ne sont pas opposables aux professionnels de santé, et l'objectif national d'assurance maladie qui servira de base à la déclinaison des objectifs opposables à chaque profession. Il a indiqué que les 300 millions de francs ne constituaient pas une majoration de l'objectif opposable, mais des dépenses totales de l'assurance maladie.

La commission mixte paritaire a décidé de retenir les deux premières modifications au rapport proposées par le Sénat. Elle n'a pas retenu sa proposition concernant les mesures de déremboursement. Elle a suivi le Sénat pour constituer une provision de 300 millions de francs.

L'article premier a été adopté ainsi rédigé.

Article premier bis A
Contrôle de l'exécution
des lois de financement de la sécurité sociale

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a indiqué que le Sénat avait souhaité introduire le principe d'un contrôle de l'exécution des lois de financement par les rapporteurs de la commission parlementaire compétente. Il a précisé que le Sénat s'était inspiré des dispositions qui existent en matière budgétaire au profit des rapporteurs spéciaux de la commission des finances. Il a affirmé qu'une telle disposition était préférable à des demandes répétées de rapports formulées par voie législative.

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, s'est déclaré favorable à ce principe mais a estimé qu'il fallait aller jusqu'au bout de la logique et prévoir que le contrôle des rapporteurs se ferait, éventuellement, sur pièces et sur place. Il a proposé un texte alternatif plus strictement calqué sur les dispositions qui régissent les pouvoirs des rapporteurs spéciaux des commissions des finances.

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, s'est déclaré favorable aux modifications proposées par M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, à l'exception de la réserve faite des informations couvertes par le secret de la défense nationale. Autant il est logique, en matière budgétaire, d'exclure des documents susceptibles d'être transmis aux rapporteurs spéciaux, notamment le rapporteur spécial des crédits de la défense, les informations qui sont couvertes par le secret défense, autant cette réserve semble sans portée pour les informations de l'assurance maladie dans la mesure où la protection offerte par le secret médical est suffisante.

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a maintenu sa proposition de réserver les informations de l'assurance maladie couvertes par le secret défense.

La commission mixte paritaire a adopté cet article ainsi rédigé.

Article premier bis

Rapport au Parlement sur le contrôle médical

La commission mixte paritaire a maintenu la suppression proposée par le Sénat.

Article premier ter

**Rapport au Parlement sur la réforme
de la nomenclature générale des actes professionnels**

La commission mixte paritaire a maintenu la suppression proposée par le Sénat.

Article premier quater

**Transmission au Parlement des informations reçues
par les membres des conseils de surveillance**

La commission mixte paritaire a maintenu la suppression proposée par le Sénat.

Article premier quinquies

Amélioration de l'information du Parlement

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a indiqué que le Sénat, sur proposition de M. Jacques Oudin, sénateur, avait adopté un article prévoyant la transmission au Parlement, en 1998, d'un rapport unique consacré à différents volets de la réforme de l'assurance maladie.

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a estimé que, s'il était sage de ne pas multiplier les rapports et de prévoir un seul document, un scrupule juridique le conduisait à considérer que l'on pourrait voir dans le document proposé par le Sénat une annexe aux lois de

financement qui relèverait alors de la loi organique. Aussi, a-t-il proposé une nouvelle rédaction pour l'article.

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, s'est déclaré favorable à la proposition de M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, sous réserve que le rapport demandé au Gouvernement soit annuel et rattaché à l'annexe b prévue par le II de l'article L.O. 111-4.

M. Bernard Accoyer, député, a estimé très intéressant que, sur tous les points évoqués par l'article, le Parlement soit très bien informé. Il s'est donc déclaré partisan d'un rapport annuel.

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a renouvelé sa crainte que la disposition, rédigée dans les termes proposés par le rapporteur pour le Sénat, relève du domaine organique.

M. Charles de Courson, député, a estimé qu'il n'y avait pas de problème juridique.

M. Jean-Yves Chamard, député, a proposé une amélioration rédactionnelle qui a été retenue.

La commission mixte paritaire a adopté l'article premier quinquies ainsi rédigé.

TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONDITIONS
GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER

Art. 2

Prévisions des recettes par catégorie

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 3

Fixation des objectifs de dépenses par branche

La commission mixte paritaire a adopté l'article 3 dans la rédaction du Sénat.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Section 1

Extension de l'assiette de la contribution sociale généralisée

Art. 6 bis

Modalités générales de perception de la contribution sociale généralisée sur les revenus

La commission mixte paritaire a adopté l'article 6 bis dans la rédaction du Sénat, après que M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, eut observé que cet article ne modifiait pas les grandes lignes de l'équilibre financier.

Art. 7 bis

Assujettissement à cotisations sociales des plus-values réalisées lors de la levée d'option des actions

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a rappelé que l'objectif du Sénat avait été d'assurer le financement de la provision de 300 millions de francs prévue par le rapport visé à l'article premier. Plusieurs types de recettes avaient été envisagés et, à l'issue d'une discussion approfondie au sein de la majorité sénatoriale, il a été décidé de retenir le dispositif finalement adopté par le Sénat. Il a précisé que l'amendement présenté dans le cadre de la commission mixte paritaire sur le dispositif de l'article 7 bis visait à harmoniser le régime fiscal et le dispositif introduit dans le code de la sécurité sociale pour les rémunérations résultant de la levée d'option et effectivement acquises dans un délai inférieur à cinq ans.

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a alors présenté le contenu de son amendement portant sur le paragraphe I de l'article 7 bis. Il s'agit d'un aménagement de nature technique. En soumettant à cotisations sociales la différence entre le prix à la levée de l'option et le prix d'attribution ou d'achat des actions concernées, c'est-à-dire les plus-values latentes, le Sénat n'a pas voulu faire disparaître un mode de rémunération, d'ailleurs bien adapté et judicieux, pour les dirigeants souvent les plus dynamiques de nos

entreprises. Au contraire, il a agi dans une logique d'intégration dans l'assiette des revenus des éléments correspondant à la diversité et à l'évolution des modes de rémunérations actuels.

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a souligné, en effet, la transformation d'une partie non négligeable des revenus directs d'activité en revenus du capital, ce qui permet une évasion croissante de l'assiette des cotisations sociales. Aussi, l'amendement présenté propose de mieux centrer le dispositif prévu par l'article 7 bis pour les « stock options » sur les revenus qui présentent, à l'évidence, un aspect spéculatif, c'est-à-dire ceux qui sont issus des cessions intervenant avant l'achèvement d'une période de cinq années à compter de la date d'attribution de l'option. Ce faisant, cet amendement harmonise les régimes fiscal et social des revenus qui en découlent pour les bénéficiaires.

Quant à ses conséquences sur le rendement de cette mesure, M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a estimé que les prévisions de recettes attendues n'étaient pas significativement différentes des prévisions initiales.

M. Charles de Courson, député, a indiqué que si le dispositif initialement adopté par le Sénat avait été maintenu, il aurait sans doute compromis l'avenir du système des « stock options » dans notre pays.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a déclaré que l'article 7 bis adopté par le Sénat permettait également de donner un signal aux responsables d'entreprises qui ne peuvent pas réclamer à la fois une baisse des taux de cotisations sociales et organiser une évasion de l'assiette de celles-ci. Il s'inscrit, par ailleurs, dans la logique de la contribution sociale généralisée prélevée sur une assiette élargie à divers revenus.

M. Claude Bartolone, député, a souligné que si on connaissait bien l'enveloppe des dépenses nouvelles autorisées (300 millions de francs), on ignorait le rendement réel de la recette ainsi créée.

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a également estimé que le dispositif initialement voté par le Sénat était trop puissant et s'est dit satisfait par la modification proposée, tout en s'interrogeant, une nouvelle fois, sur son rendement exact.

La commission mixte paritaire a alors adopté l'article 7 bis ainsi modifié.

Art. 8

Modalités de recouvrement applicables à la contribution sociale généralisée sur les revenus d'activité et de remplacement

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

Art. 10

Extension de l'assiette de la contribution sociale généralisée sur les produits de placement

La commission mixte paritaire a adopté l'article 10 dans la rédaction du Sénat.

Section 2

Substitution de la contribution sociale généralisée à la cotisation maladie

Art. 13

Taux et affectation de la contribution sociale généralisée

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a indiqué qu'il comprenait le souci de clarification du Sénat l'ayant conduit à modifier le paragraphe I de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale afin de tenir compte du taux particulier de 10 % applicable aux gains des jeux supérieurs à 10.000 francs figurant à l'article 12 du projet de loi (article L. 136-7-I, III du code de la sécurité sociale). Il a cependant considéré que la rédaction adoptée ne permettait pas de prévoir les modalités de répartition de ce produit particulier qui doivent être dûment mentionnées au paragraphe III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. Il a donc proposé de compléter l'article 13.

La commission mixte paritaire a adopté cet article ainsi modifié.

Art. 14

**Affectation de certaines ressources
aux régimes obligatoires d'assurance maladie**

MM. Jean-Yves Chamard et Charles de Courson, députés, ont souligné l'amélioration du dispositif tel qu'adopté au Sénat.

La commission mixte paritaire a adopté l'article 14 dans la rédaction du Sénat.

Art. 20

Ressources du régime des exploitants agricoles

La commission mixte paritaire a adopté l'article 20 dans la rédaction du Sénat.

Art. 21

Ressources du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

La commission mixte paritaire a adopté l'article 21 dans la rédaction du Sénat.

TITRE IV AUTRES DISPOSITIONS FINANCIÈRES

CHAPITRE PREMIER Branche maladie

Art. 24 bis

Institution d'une taxe sur les boissons « premix »

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a indiqué que le Sénat avait adopté un amendement de précision à l'initiative de M. Jacques Oudin, sénateur.

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a proposé une nouvelle rédaction afin de bien établir que le prélèvement sur les boissons dites « premix » était une taxe et non une « cotisation », notion plus ambiguë, et de préciser qui supportait le paiement de cette imposition. Enfin, il a estimé que la modification introduite par le Sénat permettait de prévoir une retenue pour frais d'assiette au profit des services fiscaux, qui représenterait une perte de recettes pour la sécurité sociale sans aucune justification. Il a présenté une nouvelle rédaction.

M. Charles de Courson, député, a estimé que la proposition de M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, était plus satisfaisante que celle du Sénat.

M. Denis Jacquat, vice-président, a indiqué qu'il aurait été plus opportun, s'agissant de la taxation de la bière à l'article 24, de retenir le critère du degré d'alcool.

La commission mixte paritaire a adopté cet article ainsi rédigé.

Art. 25

**Versement annuel de la branche accidents du travail
à la branche maladie du régime général**

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a précisé l'intention du Sénat qui craint une estimation un peu trop arbitraire du versement prévu à cet article.

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a rappelé que l'Assemblée nationale avait renvoyé à une commission d'experts le soin de fixer les modalités de calcul du versement forfaitaire de la branche accidents du travail à la branche maladie et avait fixé, à titre provisionnel, à 1 milliard de francs le montant du premier prélèvement. Il a proposé, en revanche de supprimer le plafonnement de ce versement forfaitaire introduit par le Sénat au III de cet article.

M. Charles de Courson, député, a rappelé que la loi organique prévoit un examen annuel des lois de financement qui prive de pertinence le plafonnement pérenne proposé par le Sénat. Il a indiqué que le prélèvement ne constituait pas une imposition de toute nature.

M. Jean-Yves Chamard, député, a également souligné le caractère annuel de l'examen des lois de financement.

M. Alain Vasselle, sénateur, a rappelé qu'il avait lui-même proposé un plafonnement à hauteur de l'excédent évalué sur l'exercice 1996 tout en refusant la logique qui consisterait à ponctionner annuellement les excédents constatés sur la branche accidents du travail.

M. Claude Bartolone, député, a rappelé que le prélèvement opéré était contraire aux dispositions de la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale qui a institué la séparation des branches.

M. François Autain, sénateur, a considéré que l'intervention d'une commission pour évaluer l'importance du versement à effectuer était une formule plus souple que celle du plafonnement.

La commission mixte paritaire s'est alors interrogée sur la nécessité de maintenir le montant du prélèvement pour 1997, fixé à 1 milliard de francs par le II de cet article.

M. Jean-Yves Chamard, député, a rappelé que la fixation du versement à hauteur de 1 milliard de francs avait pour objet d'éviter une diminution des cotisations sociales qui pourrait être décidée par les gestionnaires de la branche concernée.

M. Charles de Courson, député, a souligné l'importance de ce versement dans les équilibres généraux définis aux articles 2 et 3 du projet de loi de financement. Il a par ailleurs craint que les cotisations patronales ne diminuent si le prélèvement n'était pas effectué.

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a estimé que le premier argument présenté par M. Charles de Courson, député, était irréfutable.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, s'est dit choqué de la composition de la commission à laquelle était laissé le soin de fixer le montant de ce versement.

M. Charles de Courson, député, a précisé que l'objet de la commission était seulement d'évaluer, à titre consultatif, la rémunération pour « services rendus » de la part de la branche maladie.

M. Alain Vasselle, sénateur, a regretté que l'on fasse peu de cas de la capacité du patronat à gérer la branche accidents du travail.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a proposé de modifier le paragraphe II de cet article afin de préciser que le versement prévu au paragraphe I était fixé, pour 1997 et seulement à titre provisionnel, à 1 milliard de francs et de supprimer le paragraphe III.

La commission mixte paritaire a adopté le texte de l'article 25 ainsi rédigé.

Art. 27 bis

Opposabilité des dépenses du secteur médico-social prises en charge par l'assurance maladie

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a rappelé que le dispositif adopté par le Sénat figurait initialement dans l'avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale élaboré par le Gouvernement. Il a estimé qu'il était difficile d'imposer aux médecins ce qu'on refusait de faire pour le secteur médico-social. Il a indiqué enfin que cette mesure devait inciter le Gouvernement à modifier la loi de 1975. Toutefois, il a proposé de modifier la date d'entrée en vigueur du taux directeur qui lui serait opposable pour tenir compte du fait que les budgets des établissements médico-sociaux étaient déjà pratiquement bouclés pour 1997.

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a émis de vives réserves à l'égard du texte du Sénat. D'une part, l'encadrement des

dépenses tel qu'il est proposé apparaît prématuré en l'absence d'outils adaptés qui permettraient d'estimer correctement les besoins sociaux et médico-sociaux sur le plan local. D'autre part, une vaste concertation a été lancée avec les organismes représentatifs du secteur social et médico-social, les DRASS et les DDASS, en fonction d'un calendrier et d'un programme de travail précis. Ainsi, d'ici le printemps 1997, quatre groupes de travail vont se réunir dont l'un sera consacré aux méthodes d'évaluation des activités des établissements concernés. Enfin, le dispositif d'encadrement des dépenses proposé n'apparaît pas strictement nécessaire à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale dans la mesure où la loi de 1975 reconnaît déjà au préfet le pouvoir de modifier les prévisions de dépenses et de recettes de soins d'un établissement au motif qu'elles seraient « insuffisantes, injustifiées, excessives ou imprécises » au regard d'un taux moyen d'évolution des dépenses fixé par arrêté ministériel et des besoins de la population.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, député, a admis la nécessité d'une clarification du régime juridique des associations fonctionnant dans le cadre de la loi de 1975. Elle a estimé cependant que l'adoption en l'état de l'article 27 bis constituerait un contre-signal à l'égard du milieu associatif dont le rôle est essentiel.

M. Jean Chérioux, sénateur, a fait observer que l'amendement présenté par M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, changeait profondément la portée du dispositif. Il a considéré qu'il fallait donner un signal pour mettre fin à un système qui connaît des dérives considérables et qu'il arrivera un moment où les associations elles-mêmes se retrouveront, faute de mesures, en difficulté.

M. Charles de Courson, député, a rappelé que d'ici la fin de l'année 1997 interviendrait une nouvelle loi de financement, ce qui ôtait toute portée au texte du Sénat.

M. Bernard Accoyer, député, a fait observer que le Gouvernement avait déjà donné le signal réclamé par le Sénat et qu'il fallait prendre garde aux susceptibilités du monde associatif.

M. Jean-Yves Chamard, député, a dit qu'il préférerait que la commission indique qu'elle serait favorable à cet encadrement si la loi de 1975 n'était pas révisée avant la fin de l'année 1997.

M. François Autain, sénateur, a indiqué qu'en tout état de cause, il ne voterait pas l'amendement proposé par M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat.

M. Jean Chérioux, sénateur, s'est déclaré favorable à la suggestion de M. Jean-Yves Chamard, député, à condition que la formulation retenue dans le

rapport soit suffisamment claire et ferme, et que le Parlement ne donne pas le sentiment de se plier aux pressions de certains organismes.

M. Claude Bartolone, député, a relevé que le secteur médico-social subissait les conséquences de décisions administratives qui n'ont souvent rien à voir avec la santé et qui rendaient difficile l'application immédiate d'un taux directeur d'évolution des dépenses.

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a souligné les risques que le Parlement prenait à l'égard des médecins et du secteur hospitalier qui se verront appliquer des sanctions alors que l'évolution de leurs dépenses est nettement inférieure à celle du secteur médico-social.

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a admis que l'amendement de M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, modifiait la portée de l'article 27 bis mais qu'il serait toujours temps, dans le cadre de la prochaine loi de financement, d'envisager un tel encadrement.

A l'initiative de M. Jean-Pierre Fourcade, président, les membres de la commission mixte paritaire appartenant à la majorité ont exprimé le souhait que la réforme de la loi de 1975 soit réalisée le plus rapidement possible, en tout état de cause avant la fin de l'année 1997, et qu'à défaut les deux Assemblées retiendraient un dispositif d'encadrement à compter de 1998.

Sous cette réserve, la commission mixte paritaire a supprimé l'article 27 bis.

Art. 27 ter

**Codification de la convention entre les syndicats nationaux
représentatifs des transporteurs sanitaires
et les caisses nationales d'assurance maladie**

M. Jean-Yves Chamard, député, a proposé un amendement de précision sur le dernier alinéa de cet article.

La commission mixte paritaire a adopté l'article 27 ter ainsi rédigé.

Art. 27 quater

**Validation d'un arrêté relatif aux actes d'anesthésie
dans les cliniques privées**

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a tenu à observer que tout amendement nouveau devait affecter les grandes lignes de l'équilibre. Or, cet article ne se traduit par aucune modification de l'équilibre financier tel qu'adopté par l'Assemblée nationale. Le Conseil d'Etat a motivé cette annulation, qui date du 13 mai 1994, par le respect de la compétence des partenaires sociaux. En outre, il convient d'observer que, depuis une décision de 1995, le Conseil constitutionnel exclut les validations dont l'objet est exclusivement financier. Pour ces motifs, on ne peut être que réservé sur l'introduction de cet article.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a fait valoir l'intérêt de cette disposition et souligné ses conséquences financières effectives et importantes sur l'équilibre de la sécurité sociale. Il a estimé qu'il était du devoir de la commission mixte paritaire d'adopter cet article pour effacer les effets d'une décision de justice fondée sur des motifs de pure forme. Il a considéré en outre que la jurisprudence du Conseil constitutionnel ne constituait aucunement un obstacle à cette validation.

La commission mixte paritaire a adopté l'article 27 quater dans la rédaction du Sénat.

**CHAPITRE III
Autres mesures**

Art. 30 bis

**Plafonnement des versements effectués
au titre de la surcompensation**

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a précisé que le Sénat avait adopté cet article additionnel afin de plafonner à hauteur de 25 % du total des prestations versées par les régimes spéciaux d'assurance vieillesse, les sommes acquittées au titre de la surcompensation. Ce plafonnement vise notamment à protéger la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales des ponctions opérées dans ce cadre, surtout depuis les relèvements successifs, au cours des dernières années, du taux de la surcompensation.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a confirmé que cet article visait surtout la CNRACL afin de lui permettre de passer le cap de 1998 sans trop de difficultés.

M. Jean-Yves Chamard, député, a demandé quel était précisément le montant des versements en 1997 de surcompensation à la charge de la CNRACL.

M. Charles de Courson, député, a estimé que cet article ne réglait pas le problème de l'équilibre financier de la CNRACL en 1998 et qu'il sera nécessaire de prévoir une augmentation d'environ 2 points des cotisations de ce régime. Par ailleurs, le plafonnement proposé risque de faire peser sur les autres régimes une contrainte financière plus grande.

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a mis l'accent sur la nécessité pour l'Etat d'assurer une cohérence entre sa politique de maîtrise des dépenses de santé et la perspective d'une augmentation des cotisations sociales pesant notamment sur les établissements hospitaliers.

M. Claude Bartolone, député, a considéré qu'il s'agissait d'un problème intéressant l'ensemble des collectivités locales.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a rappelé que la CNRACL rencontrait des difficultés financières depuis que le taux de surcompensation était passé de 22 à 38 % entre 1992 et 1994.

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a déclaré qu'il était, quant à lui, favorable à l'article 30 bis.

La commission mixte paritaire a adopté l'article 30 bis dans la rédaction du Sénat.

Art. 32

Affectation d'une fraction du produit de la taxe sur les grandes surfaces aux régimes d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles

M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a précisé que le prélèvement sur l'excédent de la taxe d'aide sur les grandes surfaces prévue par cet article serait opéré après le financement de l'établissement public d'aménagement et de restructuration des espaces commerciaux et artisanaux (EPARECA), institué par la loi relative à la mise en oeuvre du pacte de relance pour la ville. Il a rappelé également que le Sénat avait prévu une répartition du prélèvement effectué en faveur des régimes d'assurance vieillesse au prorata de leur déficit comptable et non en

fonction de leur situation financière. Il a suggéré de modifier l'ordre des priorités ainsi fixé par le Sénat afin de redonner la priorité aux régimes d'assurance vieillesse par rapport à l'EPARECA, tout en faisant part de ses hésitations sur ce point.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a précisé que l'EPARECA serait initialement dotée de 130 millions de francs prélevés sur le produit de la taxe susmentionnée, mais que son financement n'était pas précisé pour les prochaines années.

M. Jean-Yves Chamard, député, a estimé difficile le choix entre la version du Sénat et celle proposée par M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale, puisqu'il concerne l'ordre des priorités qui sera donné au versement du produit de la taxe.

M. Charles de Courson, député, a indiqué qu'il était favorable à l'amendement présenté par M. Bruno Bourg-Broc, rapporteur pour l'Assemblée nationale.

M. Charles Descours, rapporteur pour le Sénat, a craint qu'en inversant l'ordre des priorités en faveur des régimes d'assurance vieillesse, ces derniers n'absorbent chaque année la totalité de l'excédent de la taxe sur les grandes surfaces en raison des déficits croissants qu'ils enregistrent.

La commission mixte paritaire a adopté l'article 32 dans la rédaction du Sénat.

Art. 33

Modalités de calcul des ressources ouvrant droit à l'allocation de parent isolé

La commission mixte paritaire a adopté l'article 33 dans la rédaction du Sénat.

Art. 34

Rapport annuel au Parlement sur le contrôle d'attribution des prestations

La commission mixte paritaire a maintenu la suppression proposée par le Sénat.

* * *

*

La commission mixte paritaire a adopté l'ensemble du texte ainsi élaboré, que vous trouverez ci-après, et qu'il appartient au Gouvernement de soumettre à l'approbation du Parlement.

TEXTE ÉLABORÉ PAR LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997

TITRE PREMIER

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

Approbation du rapport.

Article premier

(Texte élaboré par la Commission mixte paritaire)

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 1997.

Contrôle du respect des objectifs.

Article premier bis A

(Texte élaboré par la Commission mixte paritaire)

Les membres du Parlement qui ont la charge de présenter, au nom de la commission compétente, le rapport sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale, suivent et contrôlent, sur pièces et sur place, l'application de ces lois auprès des administrations de l'Etat et des établissements publics compétents. Réserve faite des informations couvertes par le secret médical ou le secret de la défense nationale, tous les renseignements d'ordre financier et administratif de nature à faciliter leur mission doivent leur être fournis. Ils sont habilités à se faire communiquer tout document de quelque nature que ce soit.

Article premier bis

Suppression maintenue

Article premier ter

Suppression maintenue

Article premier quater

Suppression maintenue

Article premier quinquies

(Texte élaboré par la Commission mixte paritaire)

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 de la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale et comprenant les éléments suivants :

- le bilan des contrôles médicaux effectués dans le secteur de l'hospitalisation ;
- l'état de la réforme de la nomenclature générale des actes professionnels ;
- l'exécution budgétaire de la loi de financement ;
- le bilan des expérimentations des « filières et des réseaux de soins » ;
- la mise en oeuvre des références médicales opposables ;
- les restructurations hospitalières ;
- le bilan de l'exécution du programme de médicalisation des systèmes d'information ;
- le bilan des contrôles d'attributions des prestations familiales.

TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONDITIONS GÉNÉRALES DE
L'ÉQUILIBRE FINANCIER

Prévisions des recettes.

Art. 2

(Texte du Sénat)

Pour 1997, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

(En milliards de francs)

Cotisations effectives	1152,4
Cotisations fictives	181,9
Contributions publiques	63,9
Impôts et taxes affectés	223,6
Transferts reçus	4,7
Revenus des capitaux	1,8
Autres ressources	30,0
Total des recettes	1658,3

Objectifs de dépenses par branche.

Art. 3

(Texte du Sénat)

Pour 1997, les objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :

(En milliards de francs)

Maladie-maternité-invalidité-décès.....	662,1
Vieillesse-veuvage	726,7
Accidents du travail.....	54,7
Famille	241,7
Total des dépenses	1685,2

Objectif national de dépenses d'assurance maladie.

.....

Plafonds d'avances de trésorerie.

.....

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Section I

Extension d'assiette de la contribution sociale généralisée.

.....

Art. 6 bis

(Texte du Sénat)

A l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « perçus à compter du 1er février 1991 » sont supprimés.

.....

Art. 7 bis

(Texte élaboré par la Commission mixte paritaire)

I. - Le deuxième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit : les mots : « lève cette option, » sont remplacés par les mots : « ne remplit pas les conditions prévues au I de l'article 163 *bis* C du Code Général des Impôts, » ; après les mots : « comme une rémunération » sont insérés les mots : « le montant déterminé conformément au II du même article. Toutefois » et après les mots : « article 80 *bis* du même code » sont insérés les mots : « est considéré comme une rémunération lors de la levée de l'option ».

II. - Au paragraphe V de l'article 6 de la loi n° 70-1322 du 31 décembre 1970 relative à l'ouverture d'options de souscription ou d'achat d'actions au bénéfice du personnel des sociétés, les mots : « et de la sécurité sociale, sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

III. - Au deuxième alinéa du *e)* du I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et au 5° du I de l'article premier de la loi n° 87-516 du 10 juillet 1987 portant diverses mesures relatives au financement de la sécurité sociale, les mots : « le prix de souscription ou d'achat majoré le cas échéant de l'avantage visé au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 » sont remplacés par les mots : « la valeur réelle de l'action à la date de la levée de l'option ».

IV. - Les dispositions des I, II et III s'appliquent aux options levées à compter du 1er janvier 1997.

Art. 8

(Texte du Sénat)

L'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa du I, au II, au 1° et aux premier et deuxième alinéas du 2° du V, les mots : «la date de la publication de la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993» sont remplacés par les mots : «la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale» :

2° Au premier alinéa du I, les mots : «de l'article 128 ci-dessus» sont remplacés par les mots : «de l'article L. 136-2» :

3° La première phrase du III est ainsi rédigée :

«La contribution due sur les pensions d'invalidité et sur les indemnités journalières ou allocations visées au 7° du II de l'article L. 136-2 est précomptée par l'organisme débiteur de ces prestations et versée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 et L. 612-9 du présent code et à l'article 1031 du code rural.» ;

4° Au dernier alinéa du V, les mots : «aux articles 127 à 130» sont remplacés par les mots : «aux articles L. 136-1 à L. 136-4».

.....

Art. 10

(Texte du Sénat)

L'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au I, les mots : «, à compter du 1er janvier 1991.» sont supprimés :

2° Au I, après les mots : «sont assujettis à une contribution.», sont insérés les mots : «à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3° et 4° du II ci-après et» :

3° Le II devient le V et est ainsi modifié : les mots : «au I» sont remplacés par les mots : «aux I, II et IV ci-dessus» :

4° Il est inséré un II ainsi rédigé :

«II. - Sont également assujettis à la contribution selon les modalités prévues au I, pour la part acquise à compter du 1er janvier 1997 et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date en ce qui concerne les placements visés du 3° au 10° :

«1° Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne-logement visés à l'article L. 315-1 du code de la construction et de l'habitation, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;

«2° Les intérêts et primes d'épargne des plans d'épargne-logement visés à l'article R. 315-24 du code de la construction et de l'habitation lors du dénouement du contrat ;

«3° Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0A du code général des impôts quelle que soit leur date de souscription, lors de leur inscription au contrat ou lors du dénouement pour les bons et contrats en unités de compte visés au deuxième alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances ;

«4° Les produits des plans d'épargne populaire, ainsi que les rentes viagères et les primes d'épargne visés au premier alinéa du 22° de l'article 157 du code général des impôts, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;

«5° Le gain net réalisé ou la rente viagère versée lors d'un retrait de sommes ou valeurs ou de la clôture d'un plan d'épargne en actions défini à l'article 163 *quinquies* D du code général des impôts dans les conditions ci-après :

«a) Avant l'expiration de la huitième année, le gain net est déterminé par différence entre, d'une part, la valeur liquidative du plan ou la valeur de rachat pour les contrats de capitalisation à la date du retrait ou du rachat, et, d'autre part, la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 majorée des versements effectués depuis cette date ;

«b) Après l'expiration de la huitième année, le gain net afférent à chaque retrait ou rachat est déterminé par différence entre, d'une part, le montant du retrait ou rachat et, d'autre part, une fraction de la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 augmentée des versements effectués sur le plan depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats ; cette fraction est égale au rapport du montant du retrait ou rachat effectué à la valeur liquidative totale du plan à la date du retrait ou du rachat ;

«6° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des droits constitués à leur profit au titre de la participation aux résultats de l'entreprise en application du chapitre II du titre IV du livre IV du code du travail, le revenu constitué par la différence entre le montant de ces droits et le montant des sommes résultant de la répartition de la réserve spéciale de participation dans les conditions prévues à l'article L. 442-4 du même code ;

«7° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des sommes ou valeurs provenant d'un plan d'épargne entreprise au sens du chapitre III du titre IV du livre IV du code du travail, le revenu constitué par la différence entre le montant de ces sommes ou valeurs et le montant des sommes versées dans le plan ;

«8° Les répartitions de sommes ou valeurs effectuées par un fonds commun de placement à risques dans les conditions prévues aux I et II de l'article 163 *quinquies* B du code général des impôts, les gains nets mentionnés à l'article 92 G du même code ainsi que les distributions effectuées par les sociétés de capital-risque dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 163 *quinquies* C du même code, lors de leur versement ;

«9° Les gains nets et les produits des placements en valeurs mobilières effectués en vertu d'un engagement d'épargne à long terme respectivement visés aux 5° de l'article 92 D et 16° de l'article 157 du code général des impôts, lors de l'expiration du contrat ;

«10° Les revenus mentionnés au 5° de l'article 157 du code général des impôts procurés par les placements effectués dans le cadre d'un plan d'épargne en vue de la retraite, lors des retraits.» ;

5° Il est inséré un III ainsi rédigé :

«III. - Les dispositions du II ne sont pas applicables aux revenus visés au 3° dudit II s'agissant des seuls contrats en unités de compte, ni aux revenus mentionnés aux 5° à 10°, lorsque ces revenus entrent dans le champ d'application de l'article L. 136-6.» ;

6° Il est inséré un IV ainsi rédigé :

«IV. - I. - La contribution sociale généralisée due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement visés aux 1° et 3° pour les contrats autres que les contrats en unités de compte et 4° du II du présent article fait l'objet d'un versement déterminé d'après les revenus des mêmes placements soumis l'année précédente à la contribution sociale généralisée au cours des mois de décembre et janvier et retenus à hauteur de 90 % de leur montant.

«Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8 ; son paiement doit intervenir le 30 novembre au plus tard.

«2. - Lors du dépôt en janvier et février des déclarations, l'établissement payeur procède à la liquidation de la contribution. Lorsque le versement effectué en application du I est supérieur à la contribution réellement due, le surplus est imputé sur la contribution sociale généralisée due à raison des autres produits de placement et, le cas échéant, sur les autres prélèvements ; l'excédent éventuel est restitué.

«3. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.»

Section 2

Substitution de la contribution sociale généralisée à la cotisation maladie

Art. 13

(Texte élaboré par la Commission mixte paritaire)

L'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

«Art. L. 136-8. I. - Le taux des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 est fixé à 3,40 %, sous réserve des taux fixés au III de l'article L. 136-7-1.

«II. - Par dérogation au I, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 1% les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au I bis de l'article 1657 du code général des impôts et dont la cotisation de l'année précédente définie aux I et II de l'article 1417 du code général des impôts dans sa rédaction antérieure au 1er janvier 1997 est supérieure à ce même montant.

«III. - Le produit des contributions mentionnées au I est versé à la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 1,1 %, au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 1,3 % et, dans les conditions fixées à l'article

L. 139-2, aux régimes obligatoires d'assurance maladie pour la part correspondant à un taux de 1 %, y compris dans le cas mentionné au II. Le produit des contributions visées au III de l'article L. 136-7-1 est réparti au prorata des taux visés dans le présent alinéa. »

Art. 14

(Texte du Sénat)

Le titre III du livre premier du code de la sécurité sociale est complété par un chapitre 9 intitulé : «Répartition de ressources entre les régimes obligatoires d'assurance maladie», qui comprend les articles L. 139-1 et L. 139-2 ainsi rédigés :

«*Art. L. 139-1.* - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale reçoit et reverse aux régimes obligatoires d'assurance maladie une fraction fixée à 40 % du produit du droit de consommation prévu 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 *bis* du même code.

«*Art. L. 139-2.* - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions visée au III de l'article L.136-8 attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie et le produit des droits visé à l'article L.139-1 et les répartit comme suit :

«1° En fonction de la perte des cotisations d'assurance maladie induite pour chacun des régimes par les diminutions des taux de cotisation d'assurance maladie destinées à compenser pour les assujettis le relèvement du taux de la contribution sociale généralisée ;

«2° Pour la fraction restant après la répartition visée au 1° :

«*a)* En priorité, en fonction du déficit comptable, le cas échéant avant affectation de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés, du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles et du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés ;

«*b)* Puis, le cas échéant, au prorata du déficit comptable des autres régimes obligatoires d'assurance maladie.

«Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment celles des diminutions des taux de cotisation

d'assurance maladie mentionnés au 1° ci-dessus qui sont prises en compte pour le calcul de la perte de cotisations d'assurance maladie supportée par chacun des régimes. Un arrêté pris après avis des régimes obligatoires d'assurance maladie fixe la répartition de la part des produits visés au premier alinéa du présent article entre lesdits régimes.»

.....

Art. 20

(Texte du Sénat)

A la section III du chapitre III-1 du titre II du livre VII du code rural, il est inséré un article 1106-6-3 ainsi rédigé :

«*Art. 1106-6-3.* - Les ressources des assurances maladie, maternité et invalidité garantissant les personnes visées du 1° au 5° du I de l'article 1106-1 sont notamment constituées par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L.136-7-1 du code de la sécurité sociale, et une fraction du produit des droits visé à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 de ce code.»

Art. 21

(Texte du Sénat)

L'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi rédigé :

«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 1,3 % à l'assiette de ces contributions ;»

2° Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Le produit des droits prévus aux articles 402 *bis*, 406 A, 438 et 520 A du code général des impôts ainsi qu'une fraction fixée à 60% du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du même code, à

l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 *bis* du même code. »

TITRE IV

AUTRES DISPOSITIONS FINANCIÈRES

CHAPITRE PREMIER

Branche Maladie.

Art. 24 bis

(Texte élaboré par la Commission mixte paritaire)

Les boissons obtenues par mélange préalable entre les boissons visées au 5 ° de l'article premier du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme et des boissons sans alcool font l'objet d'une taxe perçue au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le montant de la taxe est fixé à 1.50 franc par décilitre.

La taxe est due par les fabricants sur le territoire national, à défaut par les importateurs ou ceux qui réalisent l'acquisition intra-communautaire de ces boissons.

La taxe est recouvrée et contrôlée comme le droit de consommation visé à l'article 403 du code général des impôts.

Art. 25

(Texte élaboré par la Commission mixte paritaire)

I. - L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

«*Art. L. 176-1.* - Il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des affections non prises en charge en application du livre IV.

«Le montant de ce versement est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il est revalorisé dans les conditions fixées à l'article L. 434-17.

«Un décret détermine les modalités de la participation au financement de ce versement forfaitaire des collectivités, établissements et entreprises mentionnés à l'article L. 413-13 et assumant directement la charge totale de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, en fonction des effectifs et des risques professionnels encourus dans les secteurs d'activité dont ils relèvent.»

II. - Un décret pris après avis d'une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes et concertation avec la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale fixe les modalités de calcul du versement prévu au I.

Pour 1997 et à titre provisionnel, le versement prévu au I est fixé à un milliard de francs.

Art. 27 bis

Supprimé

Art. 27 ter

(Texte élaboré par la Commission mixte paritaire)

I. - Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale sont supprimés.

II. - Il est inséré dans le code de la sécurité sociale, après l'article L. 322-5, cinq articles L. 322-5-1 à L. 322-5-5 ainsi rédigés :

« *Art. L. 322-5-1.* - L'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors que le transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée.

« La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 322-5-3.

« *Art. L. 322-5-2.* - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports 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.

« Cette convention détermine notamment :

« 1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ;

« 2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ;

« 3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ;

« 4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

« 5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ainsi que les mécanismes par lesquels est assuré le respect de l'objectif prévu au 1° de l'article L. 322-5-3.

« *Art. L. 322-5-3.* - Chaque année, une annexe à la convention prévue à l'article L. 322-5-2 fixe :

« 1° l'objectif prévisionnel national d'évolution des dépenses de transports sanitaires prises en charge par les régimes d'assurance maladie :

« 2° les tarifs applicables aux transports sanitaires et servant de base au calcul de la participation de l'assuré :

« 3° le cas échéant, l'adaptation en cohérence avec celui-ci de l'objectif mentionné au 1° ci-dessus, par zones géographiques et par périodes au cours de l'année, que l'annexe détermine.

« *Art. L.322-5-4.* - La convention, ses annexes et avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté interministériel.

« Dès son approbation, la convention est applicable à l'ensemble des entreprises de transports sanitaires. Toutefois, ses dispositions ne sont pas applicables :

« 1° Aux entreprises qui, dans des conditions déterminées par la convention, ont fait connaître à l'organisme servant les prestations d'assurance maladie qu'elles n'acceptent pas d'être régies par ladite convention ;

« 2° Aux entreprises dont l'organisme servant les prestations d'assurance maladie a constaté qu'elles se sont placées hors de la convention par violation des engagements qu'elle prévoit. Cette décision est prononcée dans les conditions prévues par la convention.

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

« *Art. L. 322-5-5.* - A défaut de signature avant le 15 décembre de l'annexe conventionnelle visée à l'article L. 322-5-3, l'objectif et les tarifs visés au même article sont fixés par arrêté ministériel.

« A défaut de publication avant le 31 décembre de l'arrêté d'approbation de cette même annexe conventionnelle, l'objectif et les tarifs visés à l'article L. 322-5-3 sont prorogés pour une durée ne pouvant pas excéder un an. »

Art. 27 quater

(Texte du Sénat)

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les facturations des établissements de santé privés régis par l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale aux organismes d'assurance maladie et les versements y afférents, effectués au titre du complément afférent aux frais de salle d'opération visé à l'article R. 162-32 du code précité, sont validés en tant qu'ils résultent de l'application de l'arrêté du 13 mai 1991.

CHAPITRE II

Toutes branches.

CHAPITRE III

Autres mesures.

Art. 30 bis

(Texte du Sénat)

Après le deuxième alinéa de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, les sommes effectivement versées par les régimes en application du deuxième alinéa et au delà des versements effectués en application du premier alinéa ne peuvent être supérieures, pour chacun d'entre eux et chaque exercice comptable, à 25 % du total des prestations qu'ils servent .»

Art. 32

(Texte du Sénat)

I. - A la fin du premier alinéa de l'article 4 de la loi n° 89-1008 du 31 décembre 1989 relative au développement des entreprises commerciales et artisanales et à l'amélioration de leur environnement économique, juridique et social, les mots : « ainsi qu'à des opérations favorisant la transmission ou la restructuration d'entreprises commerciales ou artisanales » sont remplacés par les mots : « , à des opérations favorisant la transmission ou la restructuration d'entreprises commerciales ou artisanales ainsi qu'au financement des régimes d'assurance vieillesse de base des professions artisanales, industrielles et commerciales. ».

II. - L'article L. 633-9 du code de la sécurité sociale est complété par un 6° ainsi rédigé :

«6° Une fraction du produit de la taxe d'aide aux commerçants et artisans instituée par la loi n° 72-657 du 13 juillet 1972 instituant des mesures en faveur de certaines catégories de commerçants et d'artisans âgés ; son montant, réparti au prorata de leur déficit comptable, après financement de l'établissement public d'aménagement et de restructuration des espaces commerciaux et artisanaux et avant affectation de la contribution sociale de solidarité visée à l'article L. 651-1, entre la Caisse nationale de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales et la Caisse nationale de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, est fixé chaque année par un arrêté interministériel.»

III. - Les dispositions du présent article sont applicables à l'excédent de la taxe d'aide aux commerçants et artisans constaté au 31 décembre 1996.

Art. 33

(Texte du Sénat)

I. - Le deuxième alinéa de l'article L. 524-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

«Ces ressources prennent en compte un montant forfaitaire déterminé en pourcentage de la base mensuelle de calcul visée à l'article L. 551-1, variable selon le nombre d'enfants à charge, fixé par décret, représentatif soit du bénéfice d'une des aides personnelles au logement visées au 4° de l'article L. 511-1, aux articles L. 755-21 ou L. 831-1 du présent code ou à l'article

L.351-1 du code de la construction et de l'habitation dans la limite du montant de l'aide due, soit de l'avantage en nature procuré par un hébergement au titre duquel aucune de ces aides n'est due.»

II. - Les dispositions du I sont applicables aux demandes d'allocation de parent isolé déposées à compter du 1er avril 1997.

III. - A l'article L. 351-10 du code de la construction et de l'habitation, après les mots : « des prestations familiales », sont insérés les mots : « autres que l'allocation de parent isolé dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 524-1 du code de la sécurité sociale ».

Art. 34

Suppression maintenue

ANNEXE

**RAPPORT DU GOUVERNEMENT PRÉSENTANT LES
ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE
SÉCURITÉ SOCIALE ET LES OBJECTIFS QUI
DÉTERMINENT LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE
L'ÉQUILIBRE FINANCIER**

La loi organique du 22 juillet 1996 a prévu que la loi de financement de la sécurité sociale approuverait chaque année un rapport définissant les conditions générales de l'équilibre de la sécurité sociale et les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale.

Maîtriser les dépenses tout en améliorant la qualité et l'efficacité de notre protection sociale, développer le juste soin, mettre en oeuvre la réforme en profondeur de l'assurance maladie, élargir l'assiette du financement de la protection sociale, et notamment de l'assurance maladie, permettre une avancée significative dans la voie du retour à l'équilibre, telles sont les ambitions de cette première loi de financement.

La nécessité de préserver notre système de protection sociale et de le rendre plus juste et plus efficace exigeait une réforme en profondeur. La réforme annoncée le 15 novembre 1995 a fixé trois objectifs à la refondation du système de sécurité sociale. Il s'agissait tout d'abord de renforcer la démocratie en donnant au Parlement les compétences pour se prononcer sur les orientations de la sécurité sociale. Il fallait ensuite rénover le paritarisme afin de donner aux partenaires sociaux les moyens de la gérer plus efficacement. Il était enfin nécessaire d'engager la réforme de l'assurance maladie afin de placer le malade au coeur du fonctionnement du système de santé, d'améliorer la qualité des soins en offrant à chacun le juste soin et d'assurer l'égal accès aux soins par la mise en oeuvre de l'assurance maladie universelle.

*

* *

1. LES ORIENTATIONS ACTUELLES DE LA POLITIQUE DE SÉCURITÉ SOCIALE EN FAVEUR DES FAMILLES ET DES PERSONNES ÂGÉES SERONT MAINTENUES.

1.1. La rénovation de la politique familiale engagée par la loi relative à la famille du 25 juillet 1994 sera poursuivie.

La France mobilise chaque année environ 4,5 % de la richesse nationale pour sa politique familiale, sous forme de prestations sociales et d'aides sociales et fiscales. Cela correspond à un taux d'effort que très peu d'autres pays européens atteignent dans ce domaine.

1.1.1. La montée en charge plus forte que prévue de la loi famille du 25 juillet 1994 affecte durablement les comptes de la branche.

La loi du 25 juillet 1994 relative à la famille a profondément renouvelé le cadre de la politique familiale en tenant compte des évolutions et des attentes des

familles et en s'adaptant à la montée du taux d'activité des mères de famille. Le Gouvernement soutient une politique familiale ambitieuse ayant pour triple objectif d'améliorer l'accueil des jeunes enfants, d'aider les familles ayant de jeunes adultes à charge, de mieux prendre en compte les besoins spécifiques de certaines familles (familles adoptantes, familles qui connaissent des naissances multiples, familles dont l'état de santé de l'enfant demande une plus grande disponibilité).

Ainsi, l'ensemble des mesures relatives à la prise en charge des jeunes enfants (APE, AGED, AFEAMA), ont connu une dynamique bien supérieure à ce qui avait été prévu en 1994. De 1994 à 1996, les prestations versées au titre de l'APE et de l'AGED ont plus que doublé. Le coût de ce premier volet de la loi est désormais évalué à 8,5 milliards de francs en 1996, 11,7 milliards en 1997 (contre 7,9 milliards initialement prévus) et à 14 milliards de francs en régime de croisière (contre 10 milliards prévus).

1.1.2. Un nouvel élan sera donné à la politique familiale.

Des recettes nouvelles seront apportées à la branche famille afin qu'elle dispose de moyens pour pouvoir faire face aux besoins des familles. En premier lieu, l'extension de l'assiette de la CSG, telle qu'elle est prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, apportera 3,1 milliards de francs supplémentaires pour la branche. En second lieu, les taux de cotisations de l'Etat et des entreprises publiques se rapprocheront de ceux appliqués à l'ensemble des entreprises (de 4,8% actuellement à 5,2%, le taux normal étant de 5,4%). Le rendement en 1997 de ces deux mesures annoncées le 15 novembre 1995 a été pris en compte dans l'évaluation des perspectives financières de la branche soumises à la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Le rééquilibrage de la branche permettra de dégager de nouvelles perspectives pour la politique familiale. D'ores et déjà, des mesures favorables aux familles ont été prises. Ainsi :

- la loi du 5 juillet 1996 a étendu aux DOM le versement de l'allocation parentale d'éducation (APE) et de l'allocation pour jeune enfant (APJE) à compter du 1er janvier 1996;

- la loi du 5 juillet 1996 relative à l'adoption institue des mesures favorables pour les familles adoptantes en matière de prestations familiales :

- le Gouvernement propose des mesures destinées à rendre la fiscalité plus favorable aux familles, et plus particulièrement aux familles modestes (remplacement de la décote par une tranche d'imposition à taux zéro fortement élargie) : d'ici cinq ans, 1,5 million de familles supplémentaires pourront ainsi être exonérées d'impôt sur le revenu :

- tenant compte des préoccupations exprimées par le mouvement familial, le Gouvernement a décidé de ne pas proposer au Parlement l'assujettissement des allocations familiales à l'impôt sur le revenu ou à la CSG.

Dans le prolongement de la Conférence de la famille réunie le 6 mai dernier, cinq groupes de travail doivent remettre avant la fin de l'année leurs conclusions destinées à accroître l'efficacité de la politique familiale, sur les points suivants : la famille aujourd'hui, la compensation des charges familiales et les aides aux familles, la famille avec enfant et son environnement, les relations inter-génération, la famille et le travail. Ces propositions serviront de base aux concertations qui devront avoir lieu en 1997 et éclaireront le Gouvernement dans ses choix.

1.2. Le rééquilibrage progressif des comptes de la branche vieillesse s'inscrit dans une politique d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

La réforme des retraites de 1993 et la poursuite de la prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse des dépenses de solidarité permettent d'engager le rééquilibrage des comptes de la CNAVTS malgré les tendances lourdes de la dégradation du rapport démographique. L'allongement de la durée d'assurance (150 à 160 trimestres) et la réforme du mode de calcul du salaire moyen (10 à 25 ans) devraient induire une économie de plus de 4 milliards de francs en l'an 2000 et de presque 28 milliards de francs en 2010.

Le rythme d'évolution en valeur des prestations financées par le régime général s'infléchit depuis 1994, passant de 5,8% en 1994 à 5,3% en 1996. Il devrait être de 4% en 1997. Toutefois, si la loi du 22 juillet 1993 garantit la pérennité de notre système de retraite par répartition, elle laisse subsister un déficit tendanciel. Ainsi, pour l'exercice 1996, le déficit devrait atteindre 5,7 milliards de francs.

La situation financière du Fonds de solidarité vieillesse devrait permettre de procéder à une nouvelle étape dans le financement des avantages non contributifs prévu par la loi. Ainsi, le Gouvernement souhaite améliorer, par une mesure réglementaire, le taux de prise en charge par le FSV des périodes de validation pour les chômeurs non indemnisés. Cette mesure contribuerait à l'équilibre de la branche à hauteur de 1,5 milliard de francs dès 1997.

Le Gouvernement entend franchir une première étape dans la mise en place de la prestation autonomie. La prestation spécifique de dépendance (PSD), prévue par une proposition de loi sénatoriale soutenue par le Gouvernement, répond à cet objectif.

Dans l'attente de la mise en oeuvre de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées, le Gouvernement a décidé de proposer au Parlement que 14 000 lits de section de cure médicale, qui ont été

autorisés mais qui n'ont pas été ouverts faute de financements correspondants, soient effectivement créés dans un délai de deux ans.

Cette mesure permettra d'améliorer significativement la prise en charge des besoins de soins des personnes lourdement dépendantes en établissement.

Elle conduira à prévoir une augmentation de 10 % en deux ans des dépenses d'assurance maladie pour les sections de cure médicale.

Ces lits seront prioritairement attribués aux zones sous-équipées en tenant compte des autorisations déjà accordées, de l'évolution de la situation démographique desdites zones et des efforts qu'elles auront engagés dans l'adaptation de l'offre d'hospitalisation aux besoins telle qu'elle est organisée par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

En outre, dans un souci de cohérence avec la politique en faveur du maintien à domicile des personnes âgées menée depuis de nombreuses années, seront effectivement créées, dès 1997, 2000 places de services de soins infirmiers à domicile qui ont été autorisées mais n'ont pas bénéficié des financements correspondants.

1.3. L'adaptation des modalités de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles sera poursuivie et la politique de prévention de ces risques renforcée.

L'amélioration de la situation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et de leurs ayants droit sera poursuivie en 1997. Ainsi, le taux d'incapacité permanente partielle ouvrant droit à la mensualisation des rentes sera abaissé de 66,66 % à 50 % et la mensualisation des rentes d'ayants droit sera ensuite engagée. Le salaire pris en compte pour le calcul des rentes à la date de consolidation sera revalorisé, permettant ainsi une indemnisation d'un meilleur niveau pour les victimes. De même, les formalités pour les demandes de prise en charge d'un accident du travail après le décès de l'assuré seront allégées.

Les tableaux de maladies professionnelles seront régulièrement remis à jour compte tenu des études épidémiologiques réalisées, permettant ainsi un meilleur accès des victimes à la réparation financière. L'extension du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles, mis en place en 1993 et fondé sur l'expertise d'un comité régional composé de trois médecins, sera poursuivi.

Enfin, un nouveau plan pluriannuel de prévention sera mis en place pour les années 1997-1999. Ce plan définira les principales orientations dans

le cadre desquelles les caisses devront inscrire leurs actions en matière de prévention des risques professionnels.

*

* *

2. LES PRIORITÉS RETENUES PAR LA CONFÉRENCE NATIONALE DE SANTÉ SERONT MISES EN OEUVRE.

Prévue par l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, la Conférence nationale de santé est notamment chargée de "proposer les priorités de la politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins". Elle s'est tenue à Paris du 2 au 4 septembre 1996. Son rapport est transmis au Parlement parallèlement au présent rapport. Les travaux de cette première conférence se sont appuyés sur le rapport du Haut comité de la santé publique, intitulé "La santé en France".

2.1. Globalement satisfaisant, l'état sanitaire de la population peut néanmoins être amélioré.

L'espérance de vie des hommes se situe dans la moyenne des pays industrialisés, celle des femmes étant une des plus élevées au monde. Entre 1980 et 1992, l'espérance de vie au delà de soixante cinq ans a connu une augmentation régulière, de 2,1 ans pour les hommes et 2,2 ans pour les femmes. La France bénéficie ainsi de l'allongement de l'espérance de vie le plus important au sein de l'Union européenne. Parallèlement, l'espérance de vie sans incapacité progresse, témoignant ainsi d'une réelle amélioration du bien-être de la population.

Le rapport du Haut comité montre toutefois que les inégalités devant la maladie et la mort restent marquées, notamment entre groupes sociaux et surtout entre régions. La réduction de ces inégalités régionales nécessite une déclinaison régionale rapide des orientations proposées par la Conférence nationale de santé, notamment dans le cadre des conférences régionales prévues en 1997 ainsi qu'une répartition des moyens, notamment hospitaliers, qui différencie nettement les régions en fonction de leur niveau d'offre de soins et des inégalités de financement existantes.

Le rapport souligne par ailleurs des points particuliers. Ainsi, la part des maladies virales (SIDA, hépatites) dans les pathologies infectieuses a sensiblement augmenté. Avec un taux de 90 cas de SIDA par million d'habitants, la France se situe au troisième rang des pays de l'Union européenne. Un effort particulier a été engagé en 1996 avec le développement des trithérapies dont plus de quinze mille malades ont pu bénéficier. Il sera poursuivi en 1997.

Les priorités reconnues par la Conférence nationale de santé seront favorisées :

- donner des moyens à la promotion de la santé et à son évaluation ;
- coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux en assurer la continuité de la maternité à l'adolescence ;
- renforcer immédiatement les actions et les programmes de prévention-éducation visant à éviter la dépendance chez l'adolescent (alcool, tabac, drogue, médicaments psychotropes) ;
- maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées dépendantes qui en font librement le choix ;
- améliorer les performances du système de lutte contre le cancer ;
- prévenir les suicides ;
- obtenir plus d'informations sur les morts accidentelles (hors accidents de la route et du travail) ;
- réduire les accidents iatrogéniques évitables ;
- garantir à tous l'accès à des soins de qualité ;
- réduire les inégalités de santé intra et inter-régionales.

2.2. Les impératifs de prévention et d'évaluation sont au coeur des priorités de santé publique dégagées par la Conférence nationale de santé.

La mise en oeuvre des priorités de santé publique.

Les préoccupations de la conférence sur le renforcement de la prévention et de l'éducation en ce qui concerne les dépendances notamment chez les jeunes (alcool, tabac, drogue), la nécessité d'améliorer la coordination des soins, l'enjeu que constituent le développement et la généralisation d'une démarche d'évaluation, ainsi que la réduction de la mortalité prématurée (décès survenus avant l'âge de 65 ans), sont des préoccupations que le Gouvernement fait siennes.

Dès 1997, la mise en oeuvre de la réforme hospitalière visera à corriger les inégalités inter-régionales face à la santé. Des mesures sont également proposées dans le projet de loi de financement afin de limiter la consommation de tabac et d'alcool. Enfin, en vue de garantir l'égal accès de tous aux soins, le projet de loi relatif à l'assurance maladie universelle sera présenté au début de l'année 1997.

Les actions en faveur des populations les plus exposées.

Conformément aux priorités dégagées par la Conférence nationale de santé, le Gouvernement renforcera le dispositif d'accès aux soins des personnes les plus démunies : schéma départemental obligatoire, accueil adapté dans les hôpitaux, accès assuré à la médecine préventive par un rôle accru des centres d'examen de santé de l'assurance maladie, lutte renforcée contre la tuberculose.

Une politique déterminée de prévention des risques sanitaires.

L'évolution au cours des dix dernières années des menaces sanitaires liées aux maladies infectieuses (notamment les nouveaux risques résultant des agents transmissibles non conventionnels ou prions) a rendu encore plus nécessaires le renforcement des mesures de surveillance et la capacité à déclencher des alertes et des interventions épidémiologiques rapides.

Le développement du Réseau national de santé publique (RNSP) en 1992 répond à ce souci de surveillance et d'intervention rapide. Quatre cellules inter-régionales d'épidémiologie d'intervention ont été créées depuis le début de l'année auprès des directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Elles renforceront l'action des services déconcentrés de l'Etat et l'articulation entre le RNSP et ces services. D'ici 1998, l'ensemble du territoire national sera couvert.

Enfin, la sécurité sanitaire passe par une démarche d'amélioration de l'organisation administrative en matière d'expertise, de définition de mise en oeuvre des mesures à prendre, de délivrance des autorisations et de coordination des contrôles pour les produits industriels, biologiques, sanitaires ou alimentaires. Cette démarche débouchera en 1997.

Les moyens budgétaires de l'Etat en 1997.

Les programmes et dispositifs de l'Etat en faveur de la protection sanitaire de la population sont dotés de 430 millions de francs dans le projet de loi de finances pour 1997 contre 406 millions de francs en 1996, à structure constante. Cette progression de 6% des crédits dans un contexte de stabilité en francs courants de l'ensemble des dépenses budgétaires témoigne de l'importance que le Gouvernement attache à l'amélioration de la santé publique.

Par ailleurs, afin d'intensifier la lutte contre les grands fléaux, le Gouvernement prévoit de renforcer en 1997 les actions de lutte contre la toxicomanie et contre le SIDA, dont les crédits progresseront respectivement de 8,6 % et de 5,3 %.

*

* *

3. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE MET EN OEUVRE UNE RÉFORME EN PROFONDEUR DU FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

3.1. La structure du financement de l'assurance maladie est inadaptée.

L'assurance maladie était la seule des branches de la sécurité sociale à n'avoir pas fait l'objet, à ce jour, de réformes importantes quant à son mode de financement. Cela se traduit notamment dans la structure de ses ressources, qui sont encore composées à titre quasiment exclusif de cotisations sociales. Cette structure de financement conduit à faire peser l'essentiel du prélèvement sur les revenus d'activité.

C'est une source d'iniquité : à revenu égal et pour des prestations identiques, l'effort demandé aux ménages peut s'avérer très variable selon la structure du revenu. Ceci est d'autant plus dommageable que la structure de revenus tend à évoluer au profit des revenus du patrimoine. Ainsi, de 1970 à 1993, la part des revenus du patrimoine dans le revenu des ménages est passée de 7% à plus de 11%. L'assiette des cotisations sociales n'a pas pris en compte ces évolutions.

Par ailleurs, l'élargissement de l'assiette sur laquelle reposent les ressources de l'assurance maladie s'inscrit dans la perspective d'une assurance maladie universelle.

3.2. La réforme du financement de l'assurance maladie repose sur la contribution sociale généralisée.

Le Gouvernement propose au Parlement, conformément aux engagements pris le 15 novembre 1995, une réforme du financement des différents régimes d'assurance maladie par un prélèvement assis sur l'ensemble des revenus. Ce prélèvement, identique pour l'ensemble des régimes, doit se substituer progressivement à une part des cotisations actuellement à la charge des assurés. La contribution sociale généralisée (CSG) a été retenue comme support de cette opération de transfert.

3.2.1. L'élargissement de l'assiette de la CSG.

L'utilisation de la CSG passe cependant par une adaptation de son assiette : de nombreux rapports, notamment ceux du Conseil des impôts, ont récemment souligné que ce prélèvement, pour être parfaitement équitable, devait subir quelques correctifs afin notamment de porter plus largement sur les revenus du capital.

Aussi est-il proposé dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale que l'assiette de la CSG fasse l'objet d'un élargissement, comme l'avait annoncé le Premier ministre le 15 novembre 1995. Cette extension d'assiette

conduit, pour les revenus d'activité, à une assiette identique à celle retenue pour la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) : cette harmonisation permet notamment de simplifier les opérations de précompte incombant aux entreprises.

Pour les revenus de remplacement, et compte tenu de son taux, l'extension retenue est moins large que celle en vigueur pour la CRDS. Si les indemnités journalières de maladie, maternité, accidents du travail entrent, comme en matière de CRDS, dans l'assiette de la CSG, les prestations familiales et les aides au logement en demeurent exclues.

Les règles applicables aux retraites, préretraites, allocations de chômage et pensions d'invalidité sont, quant à elles, adaptées par rapport à celles applicables actuellement aux cotisations. Ainsi, les pensions des personnes imposables mais non imposées du fait des réductions d'impôt seront soumises à la CSG. Cette nouvelle règle d'assujettissement est conforme à celle qui prévaut déjà en matière de taxe d'habitation.

En ce qui concerne enfin les revenus du patrimoine, l'assiette retenue est, comme pour les revenus d'activité, identique à celle de la CRDS. Cette nouvelle définition de l'assiette permet de rééquilibrer le poids du prélèvement entre les différents revenus comme le montre le tableau ci-dessous :

Assiette de la cotisation étendue

	Composition du revenu des ménages	Produit de la cotisation maladie	Produit de la CSG	Produit de la CSG étendue
Revenus d'activité	62 %	81 %	74 %	71 %
Revenus de remplacement	27 %	19 %	19 %	18 %
Revenus du patrimoine	11 %	0 %	7 %	11 %

Au total, la valeur du point de CSG était de 41,3 milliards de francs ; elle peut être désormais estimée à 44,2 milliards de francs. C'est sur les bases de la CSG ainsi modifiée que le Gouvernement propose d'opérer en 1997 une première étape du transfert entre la cotisation maladie et la CSG.

3.2.2. Le transfert entre la cotisation maladie et la CSG.

La réforme du financement doit permettre une baisse des prélèvements pesant sur les revenus d'activité, contrepartie logique du rééquilibrage du prélèvement entre catégories de revenus. Le relèvement d'un point de la CSG

proposé par le Gouvernement et affecté à l'assurance maladie s'accompagnera d'une diminution simultanée de 1,3 point de la cotisation maladie sur les revenus d'activité. Le Gouvernement propose que ce point supplémentaire de CSG soit déductible, puisqu'il se substitue à un prélèvement lui-même déductible de l'impôt sur le revenu.

Les titulaires de revenus de remplacement assujettis en raison de la non prise en compte des réductions d'impôt dans l'appréciation du critère d'exonération seront soumis à la fraction de la CSG affectée à l'assurance maladie (soit un prélèvement de 1 point).

Il convient de souligner que l'extension d'assiette de la CSG n'a pas un impact sur la seule assurance maladie. Elle se traduit également par des recettes accrues pour la branche famille et pour le Fonds de solidarité vieillesse. Cet apport de ressources au FSV permet de transférer une partie des recettes de ce fonds (droit de consommation sur les alcools) vers les régimes d'assurance maladie. Au total, aucun régime ne sera pénalisé, la CNAMTS et la CANAM bénéficiant même d'un apport de financement supplémentaire. Cette opération constitue une première étape. Au vu de ses résultats, la substitution de la CSG à la cotisation maladie a vocation à se poursuivre dans les prochaines années.

*

* *

4. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT POUR 1997 MARQUE UNE ÉTAPE SIGNIFICATIVE DANS LE REDRESSEMENT FINANCIER DU RÉGIME GÉNÉRAL.

Alors que le retour à une croissance économique plus ferme permet d'envisager, pour 1997, une évolution des recettes plus soutenue qu'en 1996, le mouvement d'inflexion des dépenses doit être conforté. La politique de maîtrise des dépenses de santé sera poursuivie sans que des mesures de déremboursement interviennent.

4.1. Malgré le ralentissement des dépenses d'ores et déjà engagé et une conjoncture économique plus favorable en 1997, la réduction spontanée du déficit n'est pas d'une ampleur suffisante.

4.1.1. Sur la base d'hypothèses prudentes en matière d'activité économique, les recettes du régime général accéléreraient progressivement en 1997.

Après avoir marqué une pause à partir du printemps 1995, l'économie française a amorcé un redémarrage au premier semestre 1996. Dans ce contexte, le projet de loi de finances a retenu une hypothèse de croissance du PIB de 2,3 % en

1997 cohérente avec les prévisions retenues par nos partenaires européens, notamment l'Allemagne et avec celles des principaux instituts de prévision (par exemple : OCDE : 2,4 % ; OFCE : 2,2 %).

La prévision de croissance des effectifs salariés de 0,8% est conforme avec l'amélioration du contenu en emplois de la croissance. Le salaire moyen connaîtrait une légère accélération nominale de + 2,1 % à + 2,5 %. Au total, la masse salariale, principale assiette des ressources du régime général, augmenterait en valeur de 3,3 %.

4.1.2. L'inflexion des dépenses devrait se confirmer en 1997.

La progression spontanée des prestations légales servies par le régime général toutes branches confondues poursuit son ralentissement. Elle devrait être de 2,6 % en 1997, soit 1,3% en termes réels, hors mesures de redressement du projet de loi de financement.

L'inflexion des dépenses d'assurance maladie a été très perceptible au cours de l'année 1996. La prolongation de cette tendance en 1997 permet à la Commission des comptes de la sécurité sociale de retenir un taux de croissance des dépenses d'assurance maladie inférieur à 2,5% en 1997, des prestations vieillesse de moins de 4% et des prestations familiales de 1,7%.

Toutes branches confondues, le processus de rééquilibrage est engagé : dans un contexte de croissance modérée, inférieure à la croissance potentielle de l'économie, la croissance spontanée des dépenses (+2,6 %) s'inscrit à un niveau inférieur à la croissance des recettes (+3,1 %). Ainsi, avant toute mesure supplémentaire de redressement, le déficit tendanciel s'établit à 47,2 milliards de francs en 1997 après un déficit de 51,5 milliards de francs en 1996.

4.2. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 propose d'amplifier le rééquilibrage sans déremboursement ni hausse des cotisations.

4.2.1. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale propose un ensemble de mesures spécifiques contribuant au rééquilibrage de la branche maladie, dans une logique de promotion du juste soin.

Des outils au service du respect du juste soin.

Selon l'OCDE, la France a consacré 9,9 % de sa richesse nationale en 1995 aux dépenses de santé. Ce niveau est supérieur à celui de nos principaux voisins (Allemagne : 9,6%, Italie : 7,7 %, Royaume-Uni : 6,9 %). L'augmentation de ces dépenses ne garantit pas nécessairement l'amélioration de la qualité des soins ni un niveau élevé de prise en charge par l'assurance maladie. Les résultats de la

France en matière d'indicateurs de santé publique ne sont d'ailleurs pas meilleurs que ceux de nos voisins.

La réforme structurelle de l'assurance maladie aura notamment pour effet de renforcer en 1997 les outils de la maîtrise médicalisée des dépenses et la pratique du "juste soin" (respect des références médicales opposables, contrôle accru des arrêts de travail, des transports sanitaires et du respect des indications thérapeutiques des médicaments, formation médicale continue...). Elle prévoit également de diffuser à toute la population le carnet de santé qui sera un outil de responsabilisation des assurés et des professionnels.

Par ailleurs, la répartition des moyens entre les régions et les hôpitaux devrait permettre de mieux ajuster les budgets aux besoins, aux coûts et à l'activité réelle des établissements, le développement accéléré des médicaments génériques va dégager des économies significatives et la cessation anticipée d'activité de médecins âgés de 56 à 65 ans devrait permettre de mieux maîtriser la démographie médicale.

La mise en oeuvre de ces instruments permettra de dépenser mieux dès 1997. C'est pourquoi l'objectif national de dépenses d'assurance maladie peut être fixé dans le projet de loi de financement à 600,2 milliards de francs, en augmentation de 10 milliards par rapport à 1996. Cet objectif est à comparer à ce qu'aurait été le niveau tendanciel des dépenses sans ces mesures, soit 604,5 milliards de francs pour l'ensemble des régimes.

Les mécanismes de régulation existants, qui ont été renforcés, ainsi que les différentes sources d'économies citées plus haut permettent de considérer cet objectif comme réaliste. Il ne s'agit pas pour autant d'une enveloppe de crédits limitatifs, à la différence des lois de finances. Des droits sont ouverts et les prestations seront évidemment servies.

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Le périmètre de l'objectif prend en considération les dépenses remboursées par les régimes d'assurance maladie en métropole et dans les DOM, qui concernent les risques maladie, maternité et accidents du travail (incapacités temporaires uniquement). Il ne retient que les dépenses directement liées au risque, c'est-à-dire les soins de santé (dépenses de soins ambulatoires et dépenses d'hospitalisation) ainsi que les prestations en espèces, à l'exception des indemnités journalières maternité. Sont donc exclus de cet objectif les rentes d'accident du travail, les dépenses de gestion administrative, d'action sanitaire et sociale, les dépenses de fonds de prévention, les transferts et les frais financiers.

La réforme du financement de la sécurité sociale contribue au redressement de la branche maladie.

La substitution de la CSG à la cotisation sociale maladie entraîne une légère perte de recettes pour les différents régimes d'assurance maladie. Aussi, afin de ne pas accroître le besoin de financement de ces régimes, le Gouvernement propose de transférer aux régimes d'assurance maladie une partie des droits de consommation perçus par le FSV.

Cette mesure ne pénalise pas le FSV qui bénéficie dans le même temps de l'extension de l'assiette de la CSG (+ 3,8 milliards de francs). Elle permet ainsi de compenser pour tous les régimes d'assurance maladie les pertes éventuelles liées au transfert de la cotisation maladie sur la CSG, d'assurer la couverture du besoin de financement résiduel de la CANAM (à hauteur de 800 millions de francs en 1997), et d'apporter un complément de financement à la branche maladie du régime général à hauteur de 1,3 milliard de francs en 1997.

Des recettes nouvelles répondant aux priorités de santé publique.

Alors que la Conférence nationale de santé a souligné la nécessité de renforcer les actions visant à prévenir la dépendance, notamment des adolescents, vis à vis de l'alcool et du tabac, le Gouvernement envisage deux mesures destinées à soutenir ces priorités de santé publique.

Afin de mettre en oeuvre une contribution des consommateurs de tabac à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie, le projet de loi de finances pour 1997 prévoit l'affectation d'une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs à la CNAMTS. Un article du projet de loi de financement de la sécurité sociale reprend et intègre dans le code de la sécurité sociale l'apport de cette nouvelle recette à la CNAMTS et en pérennise l'affectation. Le montant de cette contribution est estimé à 3 milliards de francs en 1997.

En ce qui concerne les alcools, il est proposé d'augmenter le droit de consommation sur l'alcool perçu par le FSV. Sont assujetties à ce droit les boissons dites "premix" dont les prix seront ainsi revalorisés pour réduire leur caractère incitatif à la consommation d'alcool, notamment auprès des jeunes. Le rendement de cette mesure devrait être de 850 millions de francs en 1997.

Des mesures de clarification financière pour la branche maladie.

La clarification financière de la branche maladie repose notamment sur deux mesures détaillées dans l'exposé des motifs des articles du projet de loi de financement : l'intégration financière du régime maladie des militaires

dans le régime général et une participation accrue de la branche accidents du travail.

Par ailleurs, un troisième dispositif sera proposé prochainement au Parlement par le Gouvernement, dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 1996 : il consistera en un versement par le budget de l'Etat d'une contribution exceptionnelle de 3 milliards de francs, liée au règlement des contentieux entre EDF-GDF et les URSSAF.

Le rendement attendu de ces trois propositions s'élève à 5,2 milliards de francs en 1997.

L'objectif de dépenses, en 1997, pour la branche Maladie-Maternité-invalidité-décès (662,1 milliards de francs), qui recouvre la totalité des dépenses prévisionnelles (et non les seules dépenses directement liées au risque), intègre au demeurant une provision de 300 millions de francs destinée, le cas échéant, à faire face aux dépenses entraînées par des mesures de santé publique imprévues ou nées d'une volonté commune des pouvoirs publics, des organismes de sécurité sociale et des professions de santé.

4.2.2. La poursuite du rééquilibrage des branches famille et vieillesse

Pour la branche famille, le schéma de redressement financier proposé par le Gouvernement repose principalement sur l'extension d'assiette de la CSG, l'augmentation du taux de cotisations familiales pour l'Etat et les entreprises publiques.

En matière de vieillesse, il est prévu comme il a déjà été mentionné d'améliorer le taux de prise en charge par le FSV des périodes de validation pour les chômeurs non indemnisés.

4.2.3. Des mesures ayant un impact financier sur les quatre branches du régime général.

Une extension à la part salariale des cotisations sociales du régime de l'Association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariés (AGS) et la suppression du cumul sur un même emploi du bénéfice des conventions de préretraite progressive et de l'abattement de 30 % sur les cotisations patronales pour les emplois à temps partiel permettent de dégager des recettes nouvelles pour le régime général, à hauteur respectivement de 1 550 millions de francs et 200 millions de francs en 1997.

*

* *

Le projet de loi de financement fixe pour objectif de réduire le déficit du régime général à 30,4 milliards de francs en 1997. Il entend ainsi marquer une étape décisive dans le retour à l'équilibre des comptes qui doit, compte tenu des fluctuations de la croissance économique, être apprécié sur une période pluriannuelle. Ainsi, la poursuite de l'effort de maîtrise des dépenses dans la loi de financement des années ultérieures devrait, sur la base d'hypothèses économiques prudentes, permettre aux comptes sociaux de revenir à l'équilibre sur l'ensemble des deux exercices 1998 et 1999.

Assurer le retour durable à l'équilibre financier dans le respect de l'impératif d'équité et d'égal accès aux soins qui sont des acquis fondamentaux de la sécurité sociale, c'est tout l'objectif de la réforme de la sécurité sociale qui s'est mise en place en 1996 et qui se poursuivra en 1997. Les effets structurels et les incidences financières de cette réforme se feront sentir progressivement, grâce à la réforme du financement qui permettra d'asseoir les ressources de la sécurité sociale sur une assiette élargie et grâce à une maîtrise accrue des dépenses respectueuse de la qualité des soins et des orientations de la politique de sécurité sociale. C'est la condition nécessaire de la préservation du système français de sécurité sociale.

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

Texte adopté par le Sénat

TITRE PREMIER

TITRE PREMIER

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

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

Approbation du rapport.

Approbation du rapport.

Article premier.

Article premier

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 1997

Sans modification

Contrôle du respect des objectifs.

Contrôle du respect des objectifs.

Article premier bis A (nouveau)

Les membres du Parlement qui ont la charge de présenter, au nom de la commission compétente, le rapport sur les projets de lois de financement de la sécurité sociale suivent et contrôlent, de façon permanente auprès des administrations de l'Etat et des établissements publics compétents, l'exécution des dispositions desdites lois. Réserve faite des informations couvertes par le secret médical, ils sont habilités à se faire communiquer tous documents de quelque nature que ce soit

Article premier bis

Article premier bis.

Chaque année, un rapport sera transmis au Parlement par la Caisse nationale d'assurance maladie faisant le bilan des contrôles médicaux effectués dans le secteur de l'hospitalisation.

Supprimé

Article premier ter

Article premier ter

Pour exercer son contrôle sur la modernisation du système des soins, le Parlement sera destinataire chaque année d'un rapport de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé faisant état de la réforme de la nomenclature générale des actes professionnels.

Supprimé

Article premier quater

Article premier quater

Chaque année, pour exercer son contrôle, le Parlement sera destinataire des informations transmises par les caisses aux conseils de surveillance, en particulier sur l'état :

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

- du bilan sanitaire et financier des expérimentations de nouveaux modes de coordination des soins « filières et réseaux de soins »;
- de l'exécution budgétaire de la loi de financement;
- de l'informatisation des caisses (systèmes et coûts)

Texte adopté par le Sénat

Art premier quinquies (nouveau)

A l'appui du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, un rapport est transmis au Parlement portant sur les sujets suivants

- le bilan des contrôles médicaux effectués dans le secteur de l'hospitalisation,
- la réforme de la nomenclature générale des actes professionnels,
- les expérimentations de nouveaux modes de coordination des soins « filières et réseaux de soins »,
- le bilan des contrôles d'attributions des prestations familiales,
- l'informatisation des caisses et du système de santé;
- la mise en oeuvre des références médicales opposables,
- la mise en oeuvre et les résultats du programme de médicalisation des systèmes d'information,
- les restructurations hospitalières

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER

Prévisions des recettes.

Art. 2.

Pour 1997, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants (en milliards de francs) :

Cotisations effectives	1152,1
Cotisations fictives	181,9
Contributions publiques	63,9
Impôts et taxes affectés	223,6
Transferts reçus	4,7

Division et intitulé sans modification

Prévisions des recettes.

Art. 2.

Alinéa sans modification

Cotisations effectives

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

1152¹

Texte adopté par l'Assemblée Nationale	—	Texte adopté par le Sénat	—
Revenus des capitaux	1,8	Alinéa sans modification	
Autres ressources	30,0	Alinéa sans modification	
Total des recettes	1658,0	Total des recettes	1658,3
Objectifs de dépenses par branche.		Objectifs de dépenses par branche.	
Art. 3.		Art. 3.	
<p>Pour 1997, les objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants (en milliards de francs) :</p>			
Maladie-maternité-invalidité-décès	661,8	Maladie-maternité-invalidité-décès	662,1
Vieillesse-veuvage	726,7	Alinéa sans modification	
Accidents du travail	54,7	Alinéa sans modification	
Famille	241,7	Alinéa sans modification	
Total des dépenses	1684,9	Total des dépenses	1685,2
Objectif national de dépenses d'assurance maladie.		Objectif national de dépenses d'assurance maladie.	
Art. 4.		Art. 4.	
Conf		orme	
Plafonds d'avances de trésorerie.		Plafonds d'avances de trésorerie.	
Art. 5.		et 5 bis.	
Conf		ormes	
TITRE III		TITRE III	
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES		DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	
Section I		Section I	
Extension d'assiette de la contribution sociale généralisée.		Extension d'assiette de la contribution sociale généralisée.	

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

Texte adopté par le Sénat

Art 6 bis (nouveau)

A l'article L 136-1 du code de la sécurité sociale, les mots « perçus à compter du 1er février 1991 » sont supprimés

Art. 7.

Conf orme

Art 7 bis (nouveau)

I - Au deuxième alinéa de l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale, les mots « définie au II de l'article 80 bis du code général des impôts » sont remplacés par les dispositions suivantes « entre la valeur réelle de l'action à la date de la levée de l'option et le prix de souscription ou d'achat Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'Etat »

II - Au paragraphe V de l'article 6 de la loi n° 70-1322 du 31 décembre 1970 relative à l'ouverture d'options de souscription ou d'achat d'actions au bénéfice du personnel des sociétés, les mots « et de la sécurité sociale, sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale » sont supprimés

III - Au deuxième alinéa du e) du 1° de l'article L 136-6 du code de la sécurité sociale et au 5° du 1° de l'article premier de la loi n° 87-516 du 10 juillet 1987 portant diverses mesures relatives au financement de la sécurité sociale, les mots « le prix de souscription ou d'achat majoré le cas échéant de l'avantage visé au deuxième alinéa de l'article L 242-1 » sont remplacés par les mots « la valeur réelle de l'action à la date de la levée de l'option »

IV - Les dispositions des I, II et III s'appliquent aux options levées à compter du 1er janvier 1997

Art. 8.

Art. 8.

L'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa du I, au II, au 1° et aux premier et deuxième alinéas du 2° du V, les mots : « la date de la publication de la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 » sont remplacés par les mots : « la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale » .

2° Au premier alinéa du I, les mots : « de l'article 128 ci-dessus » sont remplacés par les mots : « de l'article

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

Texte adopté par le Sénat

L 136-2»,
3° La première phrase du III est ainsi rédigée

Alinea sans modification

«La contribution due sur les pensions d'invalidité et sur les indemnités journalières ou allocations est précomptée par l'organisme débiteur de ces prestations et versée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues aux articles L 243-2 et L 612-9 du présent code et à l'article 1031 du code rural » ,

«La allocations visées au 7° du II de l'article L 136-2 est précomptée

rural » ,

4° Au dernier alinea du V, les mots «aux articles 127 à 130» sont remplacés par les mots «aux articles L 136-1 à L 136-4»

4° Alinea sans modification

Art 9

Conforme

Art 10

Art 10

L'article L 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié

Alinea sans modification

1° Au I, les mots «, a compter du 1er janvier 1991.» sont supprimés ,

Alinea sans modification

2° Au I, après les mots «sont assujettis à une contribution», sont insérés les mots «à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3° et 4° du II ci-après et» ,

Alinea sans modification

3° Le II devient le V et est ainsi modifié les mots «au I» sont remplacés par les mots «aux I, II et IV ci-dessus» ,

Alinea sans modification

4° Il est inséré un II ainsi rédigé

Alinea sans modification

«II - Sont également assujettis à la contribution selon les modalités prévues au I, pour la part acquise à compter du 1er janvier 1997 et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date en ce qui concerne les placements visés du 3° au 10°

Alinea sans modification

«1° Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne-logement visés à l'article L 315-1 du code de la construction et de l'habitation, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement .

Alinea sans modification

«2° Les intérêts et primes d'épargne des plans d'épargne-logement visés à l'article R 315-24 du code de la construction et de l'habitation lors du dénouement du contrat ,

Alinea sans modification

«3° Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0A du code général des impôts quelle que soit leur date de souscription, lors de leur inscription au contrat ou lors du dénouement pour les bons et contrats en unités de compte visés au deuxième alinea de

Alinea sans modification

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

Texte adopté par le Sénat

l'article L. 131-1 du code des assurances ,

«4° Les produits des plans d'épargne populaire, ainsi que les rentes viagères et les primes d'épargne visées au premier alinéa du 22° de l'article 157 du code général des impôts, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ,

«5° Le gain net réalisé ou la rente viagère versée lors d'un retrait de sommes ou valeurs ou de la clôture d'un plan d'épargne en actions défini à l'article 163 *quinquies* D du code général des impôts dans les conditions ci-après

«a) Avant l'expiration de la huitième année le gain net est déterminé par différence entre, d'une part la valeur liquidative du plan ou la valeur de rachat pour les contrats de capitalisation à la date du retrait ou du rachat, et d'autre part la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 majorée des versements effectués depuis cette date ,

«b) Après l'expiration de la huitième année, le gain net afférent à chaque retrait ou rachat est déterminé par différence entre, d'une part, le montant du retrait ou rachat et, d'autre part, une fraction de la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 augmentée des versements effectués sur le plan depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats cette fraction est égale au rapport du montant du retrait ou rachat effectué à la valeur liquidative totale du plan à la date du retrait ou du rachat ,

«6° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des droits constitués à leur profit au titre de la participation aux résultats de l'entreprise en application du chapitre II du titre IV du livre IV du code du travail, le revenu constitué par la différence entre le montant de ces droits et le montant des sommes résultant de la répartition de la réserve spéciale de participation dans les conditions prévues à l'article L. 442-4 du même code ,

«7° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des sommes ou valeurs provenant d'un plan d'épargne entreprise au sens du chapitre III du titre IV du livre IV du code du travail, le revenu constitué par la différence entre le montant de ces sommes ou valeurs et le montant des sommes versées dans le plan ,

«8° Les répartitions de sommes ou valeurs effectuées par un fonds commun de placement à risques dans les conditions prévues aux I et II de l'article 163 *quinquies* B du code général des impôts, les gains nets mentionnés à l'article 92 G du même code ainsi que les distributions effectuées par les sociétés de capital-risque dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 163 *quinquies* C du code général des impôts, lors de leur versement ,

«9° Les gains nets et les produits des placements en valeurs mobilières effectués en vertu d'un engagement d'épargne à long terme respectivement visés aux 5° de l'article 92 D et 16° de l'article 157 du code général des impôts, lors de l'expiration du contrat ,

«10° Les revenus mentionnés au 5° de l'article 157 du code général des impôts procurés par les placements

Alinea sans modification

«8° Les

quinquies C du même code, lors de leur versement ,

Alinea sans modification

Alinea sans modification

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

Texte adopté par le Sénat

effectués dans le cadre d'un plan d'épargne en vue de la retraite, lors des retraits.» ;

5° Il est inséré un III ainsi rédigé :

Alinéa sans modification
Alinéa sans modification

«III. - Les dispositions du II ne sont pas applicables aux revenus visés au 3° dudit II s'agissant des seuls contrats en unités de compte, ni aux revenus mentionnés aux 5° à 10°, lorsque ces revenus entrent dans le champ d'application de l'article L. 136-6.» ;

6° Il est inséré un IV ainsi rédigé :

Alinéa sans modification
«IV. - I. - La ...

«IV. - 1. - La contribution sociale généralisée due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement visés aux 1° et 3° pour les contrats autres que les contrats en unités de compte et 4° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale fait l'objet d'un versement déterminé d'après les revenus des mêmes placements soumis l'année précédente à la contribution sociale généralisée au cours des mois de décembre et janvier et retenus à hauteur de 90 % de leur montant.

... du II du présent article fait l'objet ...

«Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8 ; son paiement doit intervenir le 1er décembre au plus tard.

... montant.
«Ce ...

... le 30

«2. - Lors du dépôt en janvier et février des déclarations, l'établissement payeur procède à la liquidation de la contribution. Lorsque le versement effectué en application du 1 est supérieur à la contribution réellement due, le surplus est imputé sur la contribution sociale généralisée due à raison des autres produits de placement et, le cas échéant, sur les autres prélèvements ; l'excédent éventuel est restitué.

novembre au plus tard.

Alinéa sans modification

«3. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.»

Alinéa sans modification

Art. 11. et 12.

Conf ormes

Section 2

Section 2

Substitution de la Contribution Sociale Généralisée à la cotisation maladie.

Substitution de la Contribution Sociale Généralisée à la cotisation maladie.

Art. 13.

Art. 13.

L'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

Alinéa sans modification

«Art. L. 136-8. I.- Le taux des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 est fixé à 3,40 %.

«Art. L. 136-8. I.- Le ...

... et

«II. - Par dérogation au I, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 1% les revenus visés aux 1° et

aux I et II de l'article L. 136-7-1 est fixé à 3,40 %.

Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts et dont la cotisation de l'année précédente définie aux I et II de l'article 1417 du code général des impôts dans sa rédaction antérieure au 1er janvier 1997 est supérieure à ce même montant.

«III. - Le produit des contributions mentionnées au I est versé à la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 1,1 %, au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 1,3 % et, dans les conditions fixées à l'article L. 139-2, aux régimes obligatoires d'assurance maladie pour la part correspondant à un taux de 1 %, y compris dans le cas mentionné au II.»

Art 14.

Le titre III du livre premier du code de la sécurité sociale est complété par un chapitre 9 intitulé : «Répartition de ressources entre les régimes obligatoires d'assurance maladie», qui comprend les articles L. 139-1 et L. 139-2 ainsi rédigés :

«Art L 139-1. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale reçoit et reverse aux régimes obligatoires d'assurance maladie une part fixée à 40 % du produit des droits visés à l'article 403 du même code, perçus à compter du 1er janvier 1997, à l'exception des droits visés à l'article 403 du même code perçus dans les départements de la Corse.

«Art L 139-2 - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions visée au III de l'article L.136-8 attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie et le produit des droits visé à l'article L.139-1 et les répartit comme suit :

«1° En fonction de la perte des cotisations d'assurance maladie induite pour chacun des régimes par la diminution des taux de cotisation d'assurance maladie ;

«2° Pour la fraction restant après la répartition visée au 1° :

«a) En priorité, en fonction du déficit comptable, le cas échéant avant affectation de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés, du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles et du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés ;

«b) Puis, le cas échéant, en fonction du déficit comptable des autres régimes obligatoires d'assurance maladie.

«Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment celles des

Texte adopté par le Sénat

Alinéa sans modification

Art. 14.

Alinéa sans modification

«Art L 139-1. - L'Agence ...

...maladie une fraction fixée à 40 % du produit de droit de consommation prévu 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 bis du même code.

«Art L 139-2 - Alinéa sans modification

« 1° En ...

... des régimes par les diminutions des taux de cotisation d'assurance maladie destinées à compenser pour les assujettis le relèvement du taux de contribution sociale généralisée .

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

«b) Puis, le cas échéant, au prorata du déficit ...

... maladie.

Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

Texte adopté par le Sénat

diminutions des taux de cotisation d'assurance maladie mentionnés au 1° ci-dessus qui sont prises en compte pour le calcul de la perte de cotisations d'assurance maladie supportée par chacun des régimes. Un arrêté pris après avis des régimes obligatoires d'assurance maladie fixe la répartition de la part des produits visés au premier alinéa du présent article entre lesdits régimes.»

Art. 15. à 19.

Conf ormes

Art. 20.

A la section III du chapitre III-1 du titre II du livre VII du code rural, il est inséré un article 1106-6-3 ainsi rédigé :

«Art. 1106-6-3. - Les ressources des assurances maladie, maternité et invalidité garantissant les personnes visées du 1° au 5° de l'article 1106-1 sont notamment constituées par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L.136-7-1 du code de la sécurité sociale, et une fraction du produit des droits visé à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 de ce code.»

Art. 21.

L'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi rédigé :

«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 1,3 % à l'assiette de ces contributions ;»

2° Le 2° est ainsi rédigé:

« 2° Dans les conditions fixées par la loi de finances, le produit des droits prévus aux articles 402 bis, 406 A, 438 et 520 A du code général des impôts ainsi qu'une part fixée à 60 % du produit des droits prévus à l'article 403 du même code, à l'exception du produit de ces droits perçu dans les départements de la Corse.»

Art. 22.

Conf orme

Art. 20.

Alinéa sans modification

«Art. 1106-6-3 - Les ...

... au 5° du 1 de l'article 1106-1 ...

... code.»

Art. 21.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« 2° Le produit ...

ainsi qu'une fraction fixée à 60% du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 ...

... produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 bis du même code. »

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

Texte adopté par le Sénat

TITRE IV

TITRE IV

AUTRES DISPOSITIONS FINANCIERES

AUTRES DISPOSITIONS FINANCIERES

CHAPITRE PREMIER

CHAPITRE PREMIER

Branche maladie.

Branche maladie.

Art. 23 et 24.

Conf ormes

Art. 24 bis.

Art. 24 bis .

Les boissons obtenues par mélange préalable entre les boissons visées au 5 ° de l'article premier du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme et des boissons sans alcool font l'objet d'une taxe d'un montant de 15 F par litre.

Les boissons résultant d'un mélange préalable de boissons non alcooliques et de boissons visées au 5 °... l'alcoolisme supportent une cotisation spécifique perçue au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Cette taxe est recouvrée comme le droit de consommation visé à l'article 403 du code général des impôts.

La cotisation est fixée à 1,50 F par décalitre
La cotisation est acquittée par les fabricants, les marchands en gros, les importateurs et les personnes qui réalisent l'acquisition intra-communautaire des produits mentionnés au premier alinéa

Elle est versée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

La cotisation est due, assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles, conditions, garanties et sanctions qu'en matière de contributions indirectes Son produit est versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale déduction faite d'une retenue pour frais d'assiette et de perception dont le montant est fixé par arrêté

Art. 25.

Art. 25.

I. - L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

I. - Non modifié

«Art L 176-1. - Il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des affections non prises en charge en application du livre IV.

«Le montant de ce versement est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il est revalorisé dans les conditions fixées à l'article L. 434-17.

«Un décret détermine les modalités de la participation au financement de ce versement forfaitaire des collectivités, établissements et entreprises mentionnés à l'article L. 413-13 et assumant directement la charge totale de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, en fonction des effectifs et des risques professionnels encourus dans les secteurs d'activité dont ils relèvent.»

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

Texte adopté par le Sénat

II. - Un décret pris après avis d'une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes et concertation avec la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale fixe les modalités de calcul du versement prévu au I.

A titre provisionnel, le versement prévu au I est fixé à un milliard de francs.

II. - Non modifié

III (nouveau) - Le montant du versement annuel institué par l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale ne peut être supérieur à un milliard de francs

Art 26. et 27.

Conf ormes

Art 27 bis (nouveau)

1 - Après l'article 27 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, il est inséré un article 27-1 ainsi rédigé

« Art 27-1 - Chaque année, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'action sociale, du budget et de l'économie déterminent, en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements ou services visés aux 2° et 5° de l'article 3 imputables aux prestations prises en charge par les régimes d'assurance maladie, et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations médico-sociales imputables à l'assurance maladie dans les établissements et services susmentionnés

« Ce montant total annuel est fixé par application d'un taux d'évolution aux dépenses de l'année précédente, au plus tard dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année

« Le montant total annuel ainsi calculé est constitué en dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif sous réserve des dispositions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, est fixé par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'action sociale, en fonction des besoins de la population, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, compte tenu de l'activité et des coûts moyens des établissements ou services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions

« L'enveloppe régionale est répartie par le représentant de l'Etat dans la région, après avis du représentant de l'Etat dans le département, pour chaque département de ladite région, et du directeur de l'agence

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

Texte adopté par le Sénat

régionale de l'hospitalisation, en sous-enveloppes départementales tenant compte des priorités locales, des orientations des schémas prévus à l'article 2-2, de l'activité et des coûts moyens des établissements ou services, des objectifs fixés dans les conventions prévues au dernier alinéa du présent article et d'un objectif de réduction des inégalités entre départements et établissements ou services, cette procédure est applicable aux établissements ou services visés aux articles 26-4 et 27 bis dont la tarification ne relève pas exclusivement du représentant de l'Etat dans le département.

« Pour chaque établissement ou service, le représentant de l'Etat dans le département compétent peut modifier le montant global des recettes et dépenses prévisionnelles visées au 5° de l'article 26-1 imputables aux prestations prises en charge par l'assurance-maladie compte tenu du montant de la dotation régionale départementale définie ci-dessus. La même procédure s'applique en cas de révision, au titre du même exercice budgétaire, des dotations régionales ou départementales initiales.

« Il peut également supprimer ou diminuer les prévisions de dépenses qu'il estime injustifiées ou excessives compte tenu, d'une part, des conditions de satisfaction des besoins de la population, telles qu'elles résultent notamment, des orientations des schémas prévus à l'article 2-2 et, d'autre part, de l'évolution de l'activité et des coûts des établissements et services appréciés par rapport au fonctionnement des autres structures comparables dans le département ou ladite région.

« Des conventions conclues entre le représentant de l'Etat dans le département, l'autorité compétente pour l'assurance-maladie, les gestionnaires d'établissements ou de services et, le cas échéant, les groupements constitués dans les conditions prévues à l'article 2 précisent, dans une perspective pluriannuelle, les critères d'évaluation et la prévision de l'activité et des coûts des prestations imputables à l'assurance-maladie dans les établissements et services concernés ».

II - Le dernier alinéa de l'article L 174-7 du code de la sécurité sociale et le dernier alinéa de l'article 27 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 précitée sont supprimés.

III - L'article 11-1 de la même loi est ainsi modifié

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé

« Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner pour les budgets des organismes de sécurité sociale ou des collectivités publiques des charges injustifiées ou excessives compte tenu du montant des enveloppes et crédits définies à l'article 27-1 ».

b) Au deuxième alinéa, les mots « ou des organismes de sécurité sociale » sont supprimés.

IV - Les dispositions du présent article sont applicables jusqu'à l'adoption d'une loi réformant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée

Art 27 ter (nouveau)

I - Les deuxième et troisième alinéas de l'article L 322-5 du code de la sécurité sociale sont supprimés

II - Il est inséré dans le code de la sécurité sociale, après l'article L 322-5, cinq articles L 322-5-1 à L 322-5-5 ainsi rédigés

« Art L 322-5-1 - L'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors que le transport est réalisé par une entreprise de transport sanitaire conventionnée

« La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés à l'article L 322-5-3

« Art L 322-5-2 - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports 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

« Cette convention détermine notamment

« 1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ,

« 2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ,

« 3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ,

« 4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ,

« 5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ainsi que les mécanismes par lesquels est assuré le respect de l'objectif prévu au 1° de l'article L 322-5-3

« Art L 322-5-3 - Chaque année, une annexe à la convention prévue à l'article L 322-5-2 fixe

« 1° l'objectif prévisionnel national d'évolution des dépenses de transports sanitaires prises en charge par les régimes d'assurance maladie ,

« 2° les tarifs applicables aux transports sanitaires et servant de base au calcul de la participation de l'assuré ,

« 3° le cas échéant, l'adaptation en cohérence avec celui-ci de l'objectif mentionné au 1° ci-dessus, par zones géographiques et par périodes au cours de l'année, que l'annexe détermine

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

Texte adopté par le Sénat

« Art L 322-5-4 - La convention, ses annexes et avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté interministériel

« Dès son approbation, la convention est applicable à l'ensemble des entreprises de transports sanitaires. Toutefois, ses dispositions ne sont pas applicables

« 1° Aux entreprises qui, dans des conditions déterminées par la convention, ont fait connaître à l'organisme servant les prestations d'assurance maladie qu'elles n'acceptent pas d'être régies par ladite convention ;

« 2° Aux entreprises dont l'organisme servant les prestations d'assurance maladie a constaté qu'elles se sont placées hors de la convention par violation des engagements qu'elle prévoit Cette décision est prononcée dans les conditions prévues par la convention

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

« Art L 322-5-5 - A défaut de signature avant le 15 décembre de l'annexe conventionnelle visée à l'article L 322-5-3 ou de son arrêté d'approbation avant le 31 décembre, l'objectif et les tarifs visés au même article sont prorogés pour une durée ne pouvant excéder un an »

Art 27 quater (nouveau)

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les facturations des établissements de santé privés régis par l'article L 162-22 du code de la sécurité sociale aux organismes d'assurance maladie et les versements y afférents, effectués au titre du complément afférent aux frais de salle d'opération visé à l'article R 162-32 du code précité, sont validés en tant qu'ils résultent de l'application de l'arrêté du 13 mai 1991

CHAPITRE II

Toutes branches.

Art. 28. et 29.

Conformes

CHAPITRE III

Autres mesures.

Art. 30

Conforme.

CHAPITRE II

Toutes branches.

CHAPITRE III

Autres mesures.

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

Texte adopté par le Sénat

Art 30 bis (nouveau)

Après le deuxième alinéa de l'article L 134-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé

« Toutefois, les sommes effectivement versées par les régimes en application du deuxième alinéa et au delà des versements effectués en application du premier alinéa ne peuvent être supérieures, pour chacun d'entre eux et chaque exercice comptable, à 25 % du total des prestations qu'ils servent »

Art 31

Conf orme

Art 32

Art 32

I - A la fin du premier alinéa de l'article 4 de la loi n° 89-1008 du 31 décembre 1989 relative au développement des entreprises commerciales et artisanales et à l'amélioration de leur environnement économique, juridique et social, les mots « ainsi qu'à des opérations favorisant la transmission ou la restructuration d'entreprises commerciales ou artisanales » sont remplacés par les mots « , a des opérations favorisant la transmission ou la restructuration d'entreprises commerciales ou artisanales ainsi qu'au financement des régimes d'assurance vieillesse de base des professions artisanales, industrielles et commerciales »

I - Non modifié

II - L'article L 633-9 du code de la sécurité sociale est complété par un 6° ainsi rédigé

II - Alinéa sans modification

« 6° Une fraction du produit de la taxe d'aide aux commerçants et artisans instituée par la loi n° 72-657 du 13 juillet 1972 instituant des mesures en faveur de certaines catégories de commerçants et d'artisans âgés, son montant, réparti en fonction de leur situation financière entre la Caisse nationale de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales et la Caisse nationale de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, est fixé chaque année par un arrêté interministériel »

« 6° Une

réparti au prorata de leur déficit comptable, après financement de l'établissement public d'aménagement et de restructuration des espaces commerciaux et artisanaux et avant affectation de la contribution sociale de solidarité visée à l'article L 651-1, entre la Caisse nationale de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions industrielles interministériel »

III - Les dispositions du présent article sont applicables à l'excédent de la taxe d'aide aux commerçants et artisans constaté au 31 décembre 1996

III - Non modifié

Art 33

Art 33

I - Le deuxième alinéa de l'article L 524-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi

I - Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée Nationale

Texte adopté par le Sénat

rédigée :

«Ces ressources prennent en compte un montant forfaitaire déterminé en pourcentage de la base mensuelle de calcul visée à l'article L. 551-1, variable selon le nombre d'enfants à charge, fixé par décret, représentatif soit du bénéfice d'une des aides personnelles au logement visées aux articles L. 511-1, L. 755-21 ou L. 831-1 du présent code et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation dans la limite du montant de l'aide due, soit de l'avantage en nature procuré par un hébergement au titre duquel aucune de ces aides n'est due.»

II. - Les dispositions du I sont applicables aux demandes d'allocation de parent isolé déposées à compter du 1er avril 1997.

Art. 34.

Chaque année, un rapport sera transmis au Parlement par la Caisse nationale des allocations familiales faisant le bilan des contrôles d'attribution des prestations.

«Ces ressources...

... visées au 4^o de l'article L. 511-1, aux articles L.755-21 ou L. 831-1 du présent code ou à l'article L. 351-1 du code de la construction...

... due.»

II. - Non modifié

III (nouveau) - A l'article L 351-10 du code de la construction et de l'habitation, après les mots « des prestations familiales », sont insérés les mots « autres que l'allocation de parent isolé dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L 524-1 du code de la sécurité sociale »

Art. 34

Supprimé

**RAPPORT DU GOUVERNEMENT PRÉSENTANT LES
ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE
SÉCURITÉ SOCIALE ET LES OBJECTIFS QUI
DÉTERMINENT LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE
L'ÉQUILIBRE FINANCIER**

RAPPORT DU GOUVERNEMENT PRÉSENTANT LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE ET LES OBJECTIFS QUI DÉTERMINENT LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER,

annexé au projet de loi

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale

La loi organique du 22 juillet 1996 a prévu que la loi de financement de la sécurité sociale approuverait chaque année un rapport définissant les conditions générales de l'équilibre de la sécurité sociale et les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale

Maîtriser les dépenses tout en améliorant la qualité et l'efficacité de notre protection sociale, développer le juste soin, mettre en œuvre la réforme en profondeur de l'assurance maladie, élargir l'assiette du financement de la protection sociale, et notamment de l'assurance maladie, permettre une avancée significative dans la voie du retour à l'équilibre, telles sont les ambitions de cette première loi de financement

La nécessité de préserver notre système de protection sociale et de le rendre plus juste et plus efficace exigeait une réforme en profondeur. La réforme annoncée le 15 novembre 1995 a fixé trois objectifs à la refondation du système de sécurité sociale. Il s'agissait tout d'abord de renforcer la démocratie en donnant au Parlement les compétences pour se prononcer sur les orientations de la sécurité sociale. Il fallait ensuite renouer le paritarisme afin de donner aux partenaires sociaux les moyens de la gérer plus efficacement. Il était enfin nécessaire d'engager la réforme de l'assurance maladie afin de placer le malade au cœur du fonctionnement du système de santé, d'améliorer la qualité des soins en offrant à chacun le juste soin et d'assurer l'égal accès aux soins par la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle

I. LES ORIENTATIONS ACTUELLES DE LA POLITIQUE DE SÉCURITÉ SOCIALE EN FAVEUR DES FAMILLES ET DES PERSONNES ÂGÉES SERONT MAINTENUES.

I.1 La rénovation de la politique familiale engagée par la loi relative à la famille du 25 juillet 1994 sera poursuivie.

La France mobilise chaque année environ 4,5 % de la richesse nationale pour sa po-

Texte adopté par le Sénat

Alinea sans modification

Alinea sans modification

Alinea sans modification

I. Alinea sans modification

I.1 Non modifié

litique familiale sous forme de prestations sociales et d'aides sociales et fiscales. Cela correspond à un taux d'effort que très peu d'autres pays européens atteignent dans ce domaine.

1.1.1 La montée en charge plus forte que prévue de la loi famille du 25 juillet 1994 affecte durablement les comptes de la branche.

La loi du 25 juillet 1994 relative à la famille a profondément renouvelé le cadre de la politique familiale en tenant compte des évolutions et des attentes des familles et en s'adaptant à la montée du taux d'activité des mères de famille. Le Gouvernement soutient une politique familiale ambitieuse ayant pour triple objectif d'améliorer l'accueil des jeunes enfants, d'aider les familles ayant de jeunes adultes à charge, de mieux prendre en compte les besoins spécifiques de certaines familles (familles adoptantes, familles qui connaissent des naissances multiples, familles dont l'état de santé de l'enfant demande une plus grande disponibilité).

Ainsi l'ensemble des mesures relatives à la prise en charge des jeunes enfants (API, AGLD, AII, AMA) ont connu une dynamique bien supérieure à ce qui avait été prévu en 1994. De 1994 à 1996, les prestations versées au titre de l'API et de l'AGLD ont plus que doublé. Le coût de ce premier volet de la loi est désormais évalué à 8,5 milliards de francs en 1996, 11,7 milliards en 1997 (contre 7,9 milliards initialement prévus) et à 14 milliards de francs en régime de croisière (contre 10 milliards prévus).

1.1.2 Un nouvel élan sera donné à la politique familiale.

Des recettes nouvelles seront apportées à la branche famille afin qu'elle dispose de moyens pour pouvoir faire face aux besoins des familles. En premier lieu, l'extension de l'assiette de la CSG, telle qu'elle est prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, apportera 3,1 milliards de francs supplémentaires pour la branche. En second lieu, les taux de cotisations de l'Etat et des entreprises publiques se rapprocheront de ceux appliqués à l'ensemble des entreprises (de 4,8% actuellement à 5,2%, le taux normal étant de 5,4%). Le rendement en 1997 de ces deux mesures annoncées le 15 novembre 1995 a été pris en compte dans l'évaluation des perspectives financières de la branche soumises à la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Le rééquilibrage de la branche permettra de dégager de nouvelles perspectives pour la politique familiale. D'ores et déjà, des mesures favorables aux familles ont été prises. Ainsi :

- la loi du 5 juillet 1996 a étendu aux DOM le versement de l'allocation parentale d'éducation (API) et de l'allocation pour jeune enfant (APJE) à compter du 1er janvier 1996,

- la loi du 5 juillet 1996 relative à l'adoption institue des mesures favorables pour les familles adoptantes en matière de prestations familiales ;
- le Gouvernement propose des mesures destinées à rendre la fiscalité plus favorable aux familles, et plus particulièrement aux familles modestes (remplacement de la décote par une tranche d'imposition à taux zéro fortement élargie) d'ici cinq ans, 1,5 million de familles supplémentaires pourront ainsi être exonérées d'impôt sur le revenu ;
- tenant compte des préoccupations exprimées par le mouvement familial le Gouvernement a décidé de ne pas proposer au Parlement l'assujettissement des allocations familiales à l'impôt sur le revenu ou à la CSG.

Dans le prolongement de la Conférence de la famille tenue le 6 mai dernier, cinq groupes de travail doivent remettre avant la fin de l'année leurs conclusions destinées à accroître l'efficacité de la politique familiale, sur les points suivants : la famille aujourd'hui, la compensation des charges familiales et les aides aux familles, la famille avec enfant et son environnement, les relations inter-générationnelles, la famille et le travail. Ces propositions serviront de base aux concertations qui devront avoir lieu en 1997 et éclaireront le Gouvernement dans ses choix.

1.2 Le rééquilibrage progressif des comptes de la branche vieillesse s'inscrit dans une politique d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

La réforme des retraites de 1993 et la poursuite de la prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse des dépenses de solidarité permettent d'engager le rééquilibrage des comptes de la CNAVIS malgré les tendances lourdes de la dégradation du rapport démographique. L'allongement de la durée d'assurance (150 à 160 trimestres) et la réforme du mode de calcul du salaire moyen (10 à 25 ans) devraient induire une économie de plus de 4 milliards de francs en l'an 2000 et de presque 28 milliards de francs en 2010.

Le rythme d'évolution en valeur des prestations financées par le régime général s'infléchit depuis 1994, passant de 5,8% en 1994 à 5,3% en 1996. Il devrait être de 4% en 1997. Toutefois, si la loi du 22 juillet 1993 garantit la pérennité de notre système de retraite par répartition, elle laisse subsister un déficit tendanciel. Ainsi, pour l'exercice 1996, le déficit devrait atteindre 5,7 milliards de francs.

La situation financière du Fonds de solidarité vieillesse devrait permettre de procéder à une nouvelle étape dans le financement des avantages non contributifs prévu par la loi. Ainsi, le Gouvernement souhaite améliorer, par une mesure réglementaire, le taux de prise en charge par le FSV des périodes de validation pour les chômeurs non indemnisés. Cette mesure contribuera à l'équilibre de la branche à hauteur de 1,5 milliard de francs dès 1997.

1.2 Alinea sans modification

Le Gouvernement entend franchir une première étape dans la mise en place de la

prestation autonome. La prestation spécifique de dépendance (PSD), prévue par une proposition de loi sénatoriale soutenue par le Gouvernement, répond à cet objectif.

Dans l'attente de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées, le Gouvernement a décidé de proposer au Parlement que 14 000 lits de section de cure médicale, qui ont été autorisés mais qui n'ont pas été ouverts faute de financements correspondants, soient effectivement créés dans un délai de deux ans.

Cette mesure permettra d'améliorer significativement la prise en charge des besoins de soins des personnes lourdement dépendantes en établissement.

Elle conduira à prévoir une augmentation de 10 % en deux ans des dépenses d'assurance maladie sur les sections de cure médicale.

Ces lits seront prioritairement attribués aux zones sous-équipées en tenant compte des autorisations déjà accordées, de l'évolution de leur situation démographique et des efforts qu'elles auront engagés concrètement dans l'adaptation de l'offre d'hospitalisation aux besoins, tel que le prévoit l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

1.3 L'adaptation des modalités de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles sera poursuivie et la politique de prévention de ces risques renforcée.

L'amélioration de la situation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et de leurs ayants droit sera poursuivie en 1997. Ainsi, le taux d'incapacité permanente partielle ouvrant droit à la mensualisation des rentes sera abaissé de 66,66 % à 50 % et la mensualisation des rentes d'ayants droit sera ensuite engagée. Le salaire pris en compte pour le calcul des rentes à la date de consolidation sera revalorisé, permettant ainsi une indemnisation d'un meilleur niveau pour les victimes. De même, les formalités pour les demandes de prise en charge d'un accident du travail après le décès de l'assuré seront allégées.

Les tableaux de maladies professionnelles seront régulièrement remis à jour compte tenu des études épidémiologiques réalisées, permettant ainsi un meilleur accès des victimes à la réparation financière. L'extension du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles, mis en place en 1993 et fondé sur l'expertise d'un comité régional composé de trois médecins, sera poursuivie.

Alinea sans modification

Alinea sans modification

Alinea sans modification

Ces lits

de l'évolution de la situation démographique des dites zones et des efforts engagés dans l'adaptation

aux besoins telle qu'elle est organisée par l'ordonnance
privée

En outre, dans un souci de cohérence avec la politique en faveur du maintien à domicile des personnes âgées menée depuis de nombreuses années, seront effectivement créés, dès 1997, 2000 places de services de soins infirmiers à domicile qui ont été autorisés mais n'ont pas bénéficié des financements correspondants.

1.3 Non modifié

Enfin, un nouveau plan pluriannuel de prévention sera mis en place pour les années 1997-1999. Ce plan définira les principales orientations dans le cadre desquelles les caisses devront inscrire leurs actions en matière de prévention des risques professionnels.

2. LES PRIORITES RECONNUES PAR LA CONFERENCE NATIONALE DE SANTE SERONT MISES EN OEUVRE.

Prevue par l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, la Conférence nationale de santé est notamment chargée de "proposer les priorités de la politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins". Elle s'est tenue à Paris du 2 au 4 septembre 1996. Son rapport est transmis au Parlement parallèlement au présent rapport. Les travaux de cette première conférence se sont appuyés sur le rapport du Haut comité de la santé publique, intitulé "La santé en France".

2.1 Globalement satisfaisant, l'état sanitaire de la population peut néanmoins être amélioré.

L'espérance de vie des hommes se situe dans la moyenne des pays industrialisés, celle des femmes étant une des plus élevées au monde. Entre 1980 et 1992, l'espérance de vie au-delà de soixante-cinq ans a connu une augmentation régulière, de 2,1 ans pour les hommes et 2,2 ans pour les femmes. La France bénéficie ainsi de l'allongement de l'espérance de vie le plus important au sein de l'Union européenne. Parallèlement, l'espérance de vie sans incapacité progresse, témoignant ainsi d'une réelle amélioration du bien-être de la population.

Le rapport du Haut comité montre toutefois que les inégalités devant la maladie et la mort restent marquées, notamment entre groupes sociaux et surtout entre régions. La réduction de ces inégalités régionales nécessite une déclinaison régionale rapide des orientations proposées par la Conférence nationale de santé, notamment dans le cadre des conférences régionales prévues en 1997 ainsi qu'une répartition des moyens, notamment hospitaliers, qui différencie nettement les régions en fonction de leur niveau d'offre de soins et des inégalités de financement existantes.

Le rapport souligne par ailleurs des points particuliers. Ainsi, la part des maladies virales (SIDA, hépatites) dans les pathologies infectieuses a sensiblement augmenté. Avec un taux de 90 cas de SIDA par million d'habitants, la France se situe au troisième rang des pays de l'Union européenne. Un effort particulier a été engagé en 1996 avec le développement des trithérapies dont plus de quinze mille malades ont pu bénéficier. Il sera poursuivi en 1997.

Les priorités reconnues par la Conférence nationale de santé seront favorisées

2. Sans modification

- donner des moyens à la promotion de la santé et à son évaluation ,
- coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux en assurer la continuité de la maternité à l'adolescence ,
- renforcer immédiatement les actions et les programmes de prévention-éducation visant à éviter la dépendance chez l'adolescent (alcool, tabac, drogue, médicaments psychotropes) ,
- maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées dépendantes qui en font librement le choix ,
- améliorer les performances du système de lutte contre le cancer ,
- prévenir les suicides ,
- obtenir plus d'informations sur les morts accidentelles (hors accidents de la route et du travail) ,
- réduire les accidents iatrogéniques évitables ,
- garantir à tous l'accès à des soins de qualité ,
- réduire les inégalités de santé intra et inter-régionales

2.2 Les impératifs de prévention et d'évaluation sont au cœur des priorités de santé publique dégagées par la Conférence nationale de santé.

La mise en œuvre des priorités de santé publique.

Les préoccupations de la Conférence sur le renforcement de la prévention et de l'éducation en ce qui concerne les dépendances notamment chez les jeunes (alcool, tabac, drogue), la nécessité d'améliorer la coordination des soins, l'enjeu que constituent le développement et la généralisation d'une démarche d'évaluation, ainsi que la réduction de la mortalité prématurée (décès survenus avant l'âge de 65 ans), sont des préoccupations que le Gouvernement fait siennes

Des 1997, la mise en œuvre de la réforme hospitalière visera à corriger les inégalités inter-régionales face à la santé. Des mesures sont également proposées dans le projet de loi de financement afin de limiter la consommation de tabac et d'alcool. Enfin, en vue de garantir l'égal accès de tous aux soins, le projet de loi relatif à l'assurance maladie universelle sera présenté au début de l'année 1997

Les actions en faveur des populations les plus exposées.

Conformément aux priorités dégagées par la Conférence nationale de santé, le Gouvernement renforcera le dispositif d'accès aux soins des personnes les plus démunies : schéma départemental obligatoire, accueil adapté dans les hôpitaux, accès assuré à la médecine préventive par un rôle accru des centres d'examen de santé de l'assurance maladie, lutte ren-

forçés contre la tuberculose.

➤ **Une politique déterminée de prévention des risques sanitaires.**

L'évolution au cours des dix dernières années des menaces sanitaires liées aux maladies infectieuses (notamment les nouveaux risques résultant des agents transmissibles non conventionnels ou prions) a rendu encore plus nécessaires le renforcement des mesures de surveillance et la capacité à déclencher des alertes et des interventions épidémiologiques rapides.

Le développement du Réseau national de santé publique (RNSP) en 1992 répond à ce souci de surveillance et d'intervention rapide. Quatre cellules inter-régionales d'épidémiologie d'intervention ont été créées depuis le début de l'année auprès des directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Elles renforceront l'action des services déconcentrés de l'Etat et l'articulation entre le RNSP et ces services. D'ici 1998, l'ensemble du territoire national sera couvert.

Enfin, la sécurité sanitaire passe par une démarche d'amélioration de l'organisation administrative en matière d'expertise, de définition de mise en œuvre des mesures à prendre de délivrance des autorisations et de coordination des contrôles pour les produits industriels biologiques, sanitaires ou alimentaires. Cette démarche débouchera en 1997.

➤ **Les moyens budgétaires de l'Etat en 1997.**

Les programmes et dispositifs de l'Etat en faveur de la protection sanitaire de la population sont dotés de 430 millions de francs dans le projet de loi de finances pour 1997 contre 406 millions de francs en 1996, à structure constante. Cette progression de 6% des crédits dans un contexte de stabilité en francs courants de l'ensemble des dépenses budgétaires témoigne de l'importance que le Gouvernement attache à l'amélioration de la santé publique.

Par ailleurs, afin d'intensifier la lutte contre les grands fleaux, le Gouvernement prévoit de renforcer en 1997 les actions de lutte contre la toxicomanie et contre le SIDA, dont les crédits progresseront respectivement de 8,6% et de 5,3%.

3. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE MET EN ŒUVRE UNE RÉFORME EN PROFONDEUR DU FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

3.1 La structure du financement de l'assurance maladie est inadaptée.

3. Sans modification

L'assurance maladie était la seule des branches de la sécurité sociale à n'avoir pas fait l'objet à ce jour, de réformes importantes quant à son mode de financement. Cela se traduit notamment dans la structure de ses ressources, qui sont encore composées à titre quasiment exclusif de cotisations sociales. Cette structure de financement conduit à faire peser l'essentiel du prélevement sur les revenus d'activité.

C'est une source d'iniquité : à revenu égal et pour des prestations identiques, l'effort demandé aux ménages peut s'avérer très variable selon la structure du revenu. Ceci est d'autant plus dommageable que la structure de revenus tend à évoluer au profit des revenus du patrimoine. Ainsi, de 1970 à 1993, la part des revenus du patrimoine dans le revenu des ménages est passée de 7% à plus de 11%. L'assiette des cotisations sociales n'a pas pris en compte ces évolutions.

Par ailleurs, l'élargissement de l'assiette sur laquelle reposent les ressources de l'assurance maladie s'inscrit dans la perspective d'une assurance maladie universelle.

3.2 La réforme du financement de l'assurance maladie repose sur la contribution sociale généralisée.

Le Gouvernement propose au Parlement, conformément aux engagements pris le 15 novembre 1995, une réforme du financement des différents régimes d'assurance maladie par un prélevement assis sur l'ensemble des revenus. Ce prélevement, identique pour l'ensemble des régimes, doit se substituer progressivement à une part des cotisations actuellement à la charge des assurés. La contribution sociale généralisée (CSG) a été retenue comme support de cette opération de transfert.

3.2.1 L'élargissement de l'assiette de la CSG.

L'utilisation de la CSG passe cependant par une adaptation de son assiette : de nombreux rapports, notamment ceux du Conseil des impôts, ont récemment souligné que ce prélèvement, pour être parfaitement équitable, devait subir quelques correctifs afin notamment de porter plus largement sur les revenus du capital.

Aussi est-il proposé dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale que l'assiette de la CSG fasse l'objet d'un élargissement, comme l'avait annoncé le Premier ministre le 15 novembre 1995. Cette extension d'assiette conduit, pour les revenus d'activité, à une assiette identique à celle retenue pour la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) : cette harmonisation permet notamment de simplifier les opérations de pré-compte incombant aux entreprises.

Pour les revenus de remplacement, et compte tenu de son taux, l'extension retenue est moins large que celle en vigueur pour la CRDS. Si les indemnités journalières de maladie, maternité, accidents du travail entrent, comme en matière de CRDS, dans l'assiette de la

Texte adopté par l'Assemblée nationale

CSG, les prestations familiales et les aides au logement en demeurent exclues

Les règles applicables aux retraites, prérétraites, allocations de chômage et pensions d'invalidité sont quant à elles, adaptées par rapport à celles applicables actuellement aux cotisations. Ainsi les pensions des personnes imposables mais non imposées du fait des réductions d'impôt seront soumises à la CSG. Cette nouvelle règle d'assujettissement est conforme à celle qui prévaut déjà en matière de taxe d'habitation.

En ce qui concerne enfin les revenus du patrimoine, l'assiette retenue est, comme pour les revenus d'activité, identique à celle de la CRDS. Cette nouvelle définition de l'assiette permet de rééquilibrer le poids du prélèvement entre les différents revenus comme le montre le tableau ci-dessous.

Assiette de la cotisation étendue

	Composition du revenu des ménages	Produit de la cotisation maladie	Produit de la CSG	Produit de la CSG étendue
Revenus d'activité	62 %	71 %	74 %	71 %
Revenus de remplacement	27 %	19 %	19 %	18 %
Revenus du patrimoine	11 %	0 %	7 %	11 %

Texte adopté par le Sénat

Au total la valeur du point de CSG étant de 41,3 milliards de francs, elle peut être désormais estimée à 44,2 milliards de francs. C'est sur les bases de la CSG ainsi modifiée que le Gouvernement propose d'opérer en 1997 une première étape du transfert entre la cotisation maladie et la CSG.

3.2.2 Le transfert entre la cotisation maladie et la CSG.

La réforme du financement doit permettre une baisse des prélèvements pesant sur les revenus d'activité, contrepartie logique du rééquilibrage du prélèvement entre catégories de revenus. Le relèvement d'un point de la CSG proposé par le Gouvernement et affecté à l'assurance maladie s'accompagnera d'une diminution simultanée de 1,3 point de la cotisation maladie sur les revenus d'activité. Le Gouvernement propose que ce point supplémentaire de CSG soit déductible, puisqu'il se substitue à un prélèvement lui-même déductible de l'impôt sur le revenu.

Les titulaires de revenus de remplacement assujettis en raison de la non prise en compte des réductions d'impôt dans l'appréciation du critère d'exonération seront soumis à la fraction de la CSG affectée à l'assurance maladie (soit un prélèvement de 1 point).

Il convient de souligner que l'extension d'assiette de la CSG n'a pas un impact sur la seule assurance maladie. Elle se traduit également par des recettes accrues pour la branche famille et pour le Fonds de solidarité vieillesse. Cet apport de ressources au FSV permet de transférer une partie des recettes de ce fonds (droit de consommation sur les alcools) vers les régimes d'assurance maladie. Au total, aucun régime ne sera pénalisé, la CNAMIS et la CANAM bénéficiant même d'un apport de financement supplémentaire. Cette opération constitue une première étape. Au vu de ses résultats, la substitution de la CSG à la cotisation maladie a vocation à se poursuivre dans les prochaines années.

4. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT POUR 1997 MARQUE UNE ÉTAPE SIGNIFICATIVE DANS LE REDRESSEMENT FINANCIER DU RÉGIME GÉNÉRAL.

Alors que le retour à une croissance économique plus ferme permet d'envisager, pour 1997, une évolution des recettes plus soutenue qu'en 1996, le mouvement d'inflexion des dépenses doit être conforté. La politique de maîtrise des dépenses de santé sera poursuivie sans que des mesures de déremboursement interviennent.

4. Almea sans modification

Alors que

poursuivie sans diminution du ni-

veau moyen de remboursement

4.1 Malgré le ralentissement des dépenses d'ores et déjà engagé et une conjoncture économique plus favorable en 1997, la réduction spontanée du déficit n'est pas d'une ampleur suffisante.

4.1 Non modifié

4.1.1 Sur la base d'hypothèses prudentes en matière d'activité économique, les recettes du régime général accélèreraient progressivement en 1997.

Après avoir marqué une pause à partir du printemps 1995, l'économie française a amorcé un redémarrage au premier semestre 1996. Dans ce contexte, le projet de loi de finances a retenu une hypothèse de croissance du PIB de 2,3 % en 1997 cohérente avec les prévisions retenues par nos partenaires européens, notamment l'Allemagne et avec celles des principaux instituts de prévision (par exemple OCDE : 2,4 %, OFCE : 2,2 %).

La prévision de croissance des effectifs salariés de 0,8 % est conforme avec l'amélioration du contenu en emplois de la croissance. Le salaire moyen connaîtrait une légère accélération nominale de + 2,1 % à + 2,5 %. Au total, la masse salariale, principale assiette des ressources du régime général, augmenterait en valeur de 3,3 %.

4.1.2 L'inflexion des dépenses devrait se confirmer en 1997.

La progression spontanée des prestations légales servies par le régime général toutes branches confondues poursuit son ralentissement. Elle devrait être de 2,6 % en 1997, soit 1,3 % en termes réels, hors mesures de redressement du projet de loi de financement.

L'inflexion des dépenses d'assurance maladie a été très perceptible au cours de l'année 1996. La prolongation de cette tendance en 1997 permet à la Commission des comptes de la sécurité sociale de retenir un taux de croissance des dépenses d'assurance maladie inférieur à 2,5 % en 1997, des prestations vieillesse de moins de 4 % et des prestations familiales de 1,7 %.

Toutes branches confondues, le processus de rééquilibrage est engagé dans un contexte de croissance modérée, inférieure à la croissance potentielle de l'économie, la croissance spontanée des dépenses (+2,6 %) s'inscrit à un niveau inférieur à la croissance des recettes (+3,1 %). Ainsi, avant toute mesure supplémentaire de redressement, le déficit tendanciel s'établit à 47,2 milliards de francs en 1997 après un déficit de 51,5 milliards de francs en 1996.

4.2 Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 propose d'amplifier le rééquilibrage sans déremboursement ni hausse des cotisations.

4.2 Almea sans modification

4.2.1 Le projet de loi de financement de la sécurité sociale propose un ensemble de mesures spécifiques contribuant au rééquilibrage de la branche maladie, dans une logique de promotion du juste soin.

4.2.1 Almea sans modification

➤ Des outils au service du respect du juste soin.

Almea sans modification

Selon l'OCDE la France a consacré 9,9 % de sa richesse nationale en 1995 aux dépenses de santé. Ce niveau est supérieur à celui de nos principaux voisins (Allemagne 9,6 %, Italie 7,7 %, Royaume-Uni 6,9 %). L'augmentation de ces dépenses ne garantit pas nécessairement l'amélioration de la qualité des soins ni un niveau élevé de prise en charge par l'assurance maladie. Les résultats de la France en matière d'indicateurs de santé publique ne sont d'ailleurs pas meilleurs que ceux de nos voisins.

Almea sans modification

La réforme structurelle de l'assurance maladie aura notamment pour effet de renforcer en 1997 les outils de la maîtrise médicalisée des dépenses et la pratique du "juste soin" (respect des références médicales opposables, contrôle accru des arrêts de travail, des transports sanitaires et du respect des indications thérapeutiques des médicaments, formation médicale continue...). Elle prévoit également de diffuser à toute la population le carnet de santé qui sera un outil de responsabilisation des assurés et des professionnels.

Almea sans modification

Par ailleurs, la répartition des moyens entre les régions et les hôpitaux devrait permettre de mieux ajuster les budgets aux besoins, aux coûts et à l'activité réelle des établissements, le développement accéléré des médicaments génériques va dégager des économies significatives et la cessation anticipée d'activité de médecins âgés de 56 à 65 ans devrait permettre de mieux maîtriser la démographie médicale.

Almea sans modification

La mise en œuvre de ces instruments permettra de dépenser mieux dès 1997. C'est pourquoi l'objectif national de dépenses d'assurance maladie peut être fixé dans le projet de loi de financement à 600,2 milliards de francs, en augmentation de 10 milliards par rapport à 1996. Cet objectif est à comparer à ce qu'aurait été le niveau tendanciel des dépenses sans ces mesures, soit 604,5 milliards de francs pour l'ensemble des régimes.

Almea sans modification

Les mécanismes de régulation existants, qui ont été renforcés, ainsi que les différentes sources d'économies citées plus haut permettent de considérer cet objectif comme réaliste. Il ne s'agit pas pour autant d'une enveloppe de crédits limitatifs, à la différence des lois

Almea sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

de finances Des droits sont ouverts et les prestations seront évidemment servies

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Le périmètre de l'objectif prend en considération les dépenses remboursées par les régimes d'assurance maladie en métropole et dans les DOM qui concernent les risques maladie maternité et accidents du travail (incapacités temporaires uniquement). Il ne retient que les dépenses directement liées au risque, c'est à dire les soins de santé (dépenses de soins ambulatoires et dépenses d'hospitalisation) ainsi que les prestations en espèces à l'exception des indemnités journalières maternité. Sont donc exclus de cet objectif les rentes d'accident du travail, les dépenses de gestion administrative, d'action sanitaire et sociale, les dépenses de fonds de prévention, les transferts et les frais financiers.

➤ **La réforme du financement de la sécurité sociale contribue au redressement de la branche maladie.**

La substitution de la CSG à la cotisation sociale maladie entraîne une légère perte de recettes pour les différents régimes d'assurance maladie. Aussi, afin de ne pas accroître le besoin de financement de ces régimes, le Gouvernement propose de transférer aux régimes d'assurance maladie une partie des droits de consommation perçus par le FSV.

Cette mesure ne pénalise pas le FSV qui bénéficie dans le même temps de l'extension de l'assiette de la CSG (+ 3,8 milliards de francs). Elle permet ainsi de compenser pour tous les régimes d'assurance maladie les pertes éventuelles liées au transfert de la cotisation maladie sur la CSG, d'assurer la couverture du besoin de financement résiduel de la CANAM (à hauteur de 800 millions de francs en 1997), et d'apporter un complément de financement à la branche maladie du régime général à hauteur de 1,3 milliard de francs en 1997.

➤ **Des recettes nouvelles répondant aux priorités de santé publique.**

Alors que la Conférence nationale de santé a souligné la nécessité de renforcer les actions visant à prévenir la dépendance, notamment des adolescents, vis à vis de l'alcool

Texte adopté par le Sénat

Tableau sans modification

Alinea sans modification

et du tabac, le Gouvernement envisage deux mesures destinées à soutenir ces priorités de santé publique

Afin de mettre en oeuvre une contribution des consommateurs de tabac à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie le projet de loi de finances pour 1997 prévoit l'affectation d'une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs à la CNAMTS. Un article du projet de loi de financement de la sécurité sociale reprend et intègre dans le code de la sécurité sociale l'apport de cette nouvelle recette à la CNAMTS et en pérennise l'affectation. Le montant de cette contribution est estimé à 3 milliards de francs en 1997.

En ce qui concerne les alcools il est proposé d'augmenter le droit de consommation sur l'alcool perçu par le FSV. Sont assujetties à ce droit les boissons dites "premix" dont les prix seront ainsi revalorisés pour réduire leur caractère incitatif à la consommation d'alcool notamment auprès des jeunes. Le rendement de cette mesure devrait être de 850 millions de francs en 1997.

Des mesures de clarification financière pour la branche maladie.

La clarification financière de la branche maladie repose notamment sur deux mesures détaillées dans l'exposé des motifs des articles du projet de loi de financement : l'intégration financière du régime maladie des militaires dans le régime général et une participation accrue de la branche accidents du travail.

Par ailleurs un troisième dispositif sera proposé prochainement au Parlement par le Gouvernement, dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 1996 : il consistera en un versement par le budget de l'Etat d'une contribution exceptionnelle de 3 milliards de francs, liée au règlement des contentieux entre EDF-GDF et les URSSAI.

Le rendement attendu de ces trois propositions s'élève à 5,2 milliards de francs en 1997.

Alinea sans modification

L'objectif de dépenses en 1997 pour la branche Maladie-Maternité-invalidité-décès (662,1 milliards de francs) qui recouvre la totalité des dépenses prévisionnelles (et non les seules dépenses directement liées au risque), intègre au demeurant une provision de 300 millions de francs destinée, le cas échéant, à faire face aux dépenses entraînées par des mesures de santé publique imprévues ou nées d'une volonté commune des pouvoirs publics, des organismes de sécurité sociale et des professions de santé.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

4.2.2 *La poursuite du rééquilibrage des branches famille et vieillesse.*

Pour la branche famille, le schéma de redressement financier proposé par le Gouvernement repose principalement sur l'extension d'assiette de la CSG, l'augmentation du taux de cotisations familiales pour l'Etat et les entreprises publiques

En matière de vieillesse, il est prévu comme il a déjà été mentionné d'améliorer le taux de prise en charge par le FSV des périodes de validation pour les chômeurs non indemnisés

4.2.3 *Des mesures ayant un impact financier sur les quatre branches du régime général.*

Une extension à la part salariale des cotisations sociales du régime de l'Association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariés (AGS) et la suppression du cumul sur un même emploi du bénéfice des conventions de préretraite progressive et de l'abattement de 30 % sur les cotisations patronales pour les emplois à temps partiel permettent de dégager des recettes nouvelles pour le régime général, à hauteur respectivement de 1 550 millions de francs et 200 millions de francs en 1997

*
* *

Le projet de loi de financement fixe pour objectif de réduire le déficit du régime général à 30,4 milliards de francs en 1997. Il entend ainsi marquer une étape décisive dans le retour à l'équilibre des comptes qui doit, compte tenu des fluctuations de la croissance économique, être apprécié sur une période pluriannuelle. Ainsi, la poursuite de l'effort de maîtrise des dépenses dans la loi de financement des années ultérieures devrait, sur la base d'hypothèses économiques prudentes, permettre aux comptes sociaux de revenir à l'équilibre sur l'ensemble des deux exercices 1998 et 1999.

Assurer le retour durable à l'équilibre financier dans le respect de l'impératif d'équité et d'égal accès aux soins qui sont des acquis fondamentaux de la sécurité sociale, c'est tout l'objectif de la réforme de la sécurité sociale qui s'est mise en place en 1996 et qui se poursuivra en 1997. Les effets structurels et les incidences financières de cette réforme se feront sentir progressivement, grâce à la réforme du financement qui permettra d'asseoir les ressources de la sécurité sociale sur une assiette élargie et grâce à une maî-

Texte adopté par le Sénat

4.2.2 Non modifié

4.2.3 Non modifié

Alinea sans modification

Alinea sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

prise accrue des dépenses respectueuse de la qualité des soins et des orientations de la politique de sécurité sociale. C'est la condition nécessaire de la préservation du système français de sécurité sociale

Texte adopté par le Sénat