

ANI

Article ~~33-ter~~ (nouveau)

I. - L'avant-dernier alinéa de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« L'Union des caisses nationales de sécurité sociale exerce pour le compte de ces caisses et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des tâches qui leur sont communes. »

II. - Après l'article L. 200-2 du même code, il est inséré un article L. 200-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 200-2-1. - Les ressources nécessaires au financement de la gestion administrative de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont prélevées chaque année sur les encaissements du régime général de sécurité sociale, dans des conditions fixées par arrêté interministériel. »

III. - Dans le premier alinéa de l'article L. 216-3 du même code, les mots : « les organismes locaux et régionaux » sont remplacés par les mots : « les organismes locaux, régionaux et nationaux ».

IV. - L'article L. 224-5 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 224-5. - L'Union des caisses nationales de sécurité sociale, union nationale au sens de l'article L. 216-3, assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Elle négocie et conclut les conventions collectives nationales prévues aux articles L. 123-1 et L. 123-2.

« Elle évalue, coordonne et participe à la mise en œuvre des politiques de formation du personnel. Elle assure le suivi de la gestion prévisionnelle de l'emploi, des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement du régime général. Elle promeut la sécurité et la santé au travail.

« Elle peut se voir confier par l'Etat, les caisses nationales du régime général ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des missions sur les questions relatives aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, ou sur tout sujet de fonctionnement des organismes d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières. Elle peut également passer convention avec les caisses nationales des autres régimes de sécurité sociale pour la réalisation de travaux portant sur des sujets d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières. »

V. – Après l'article L. 224-5 du même code, sont insérés les articles L. 224-5-1 à L. 224-6 ainsi rédigés :

« Art. L. 224-5-1. – L'union est dotée d'un conseil d'orientation composé :

« – d'une part, des représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail, et en nombre égal des représentants d'employeurs désignés par des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

« – d'autre part, du président et du vice-président des caisses nationales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale qui ne peuvent appartenir au même collège.

« Les membres du conseil d'orientation sont désignés pour une durée de cinq ans.

« Le conseil d'orientation élit en son sein son président.

« Le directeur et le président du comité exécutif des directeurs prévu à l'article L. 224-5-2 assistent aux séances du conseil.

« Le conseil d'orientation définit les orientations générales de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Dans le cadre de ces orientations générales, il arrête le programme de la négociation collective sur proposition du comité exécutif des directeurs.

« Il donne son avis sur le rapport d'activité de l'union.

« Il nomme le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint de l'union sur proposition du comité exécutif des directeurs.

« Il approuve le budget annuel de gestion administrative sur proposition du comité exécutif des directeurs.

« Il établit son règlement intérieur.

« Il adopte et modifie les statuts de l'union sur proposition du comité exécutif des directeurs.

« Sous réserve de l'agrément ministériel, les accords collectifs nationaux deviennent exécutoires à l'expiration d'un délai d'un mois pendant lequel le conseil d'orientation peut s'y opposer à la majorité des trois quarts de ses membres désignés. A la même majorité le comité peut demander l'évocation d'un sujet pendant la négociation d'un accord collectif national.

« Art. L. 224-5-2. – L'union est dotée d'un comité exécutif des directeurs composé des directeurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de quatre directeurs d'organismes régionaux ou locaux de sécurité sociale du régime général désignés dans des conditions fixées par décret.

« Le comité exécutif peut s'adjoindre deux personnes qualifiées.

« Le comité élit en son sein un président parmi les directeurs d'organismes. En cas de partage des voix, le président a voix prépondérante.

« Le comité peut constituer en son sein des commissions.

« Le directeur de l'union assiste aux séances du comité.

« Le comité a notamment pour rôle :

« 1° D'élaborer le budget de gestion administrative et de prendre toute décision budgétaire, à l'exception de celles prévues à l'article L. 224-5-1 ;

« 2° De proposer au conseil d'orientation la nomination du directeur, du directeur adjoint et de l'agent comptable ;

« 3° D'élaborer, après concertation avec les fédérations syndicales, le programme de la négociation collective proposé au conseil d'orientation ;

« 4° De donner mandat au directeur pour négocier et conclure des accords collectifs nationaux. Le directeur informe le comité de l'état de la négociation ;

« 5° De mettre en place dans des conditions définies par négociation avec les fédérations signataires de la convention collective nationale une instance nationale de concertation réunissant les caisses nationales et ces fédérations consultée, au moins une fois par an, sur toutes les questions institutionnelles ayant un impact sur l'organisation du travail et l'emploi, notamment à l'occasion de l'élaboration des conventions d'objectifs et de gestion, des plans stratégiques de branche, des projets nationaux et schémas directeurs informatiques.

« Art. L. 224-5-3. – Par dérogation aux articles L. 123-1 et L. 123-2, les décisions et les accords de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale s'appliquent de plein droit dès lors qu'ils sont d'application automatique d'un accord collectif national.

« Art. L. 224-5-4. – Sous réserve des dispositions des articles L. 224-5 à L. 224-5-3, l'Union des caisses nationales de sécurité sociale est régie par les dispositions du présent livre, et notamment les articles L. 224-3, L. 224-10 et L. 281-3.

« Art. L. 224-6. – Les modalités spécifiques de tutelle et de fonctionnement de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont fixées, en tant que de besoin, par décret. »

ANUL

Article 34

H76

Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :

(En millions d'euros)

Régime général	4 420
Régime des exploitants agricoles	2 210
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	500
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	350
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	80

Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.

Délibéré en séance publique, à Paris, le 4 décembre 2001.

Le Président,

Signé : RAYMOND FORNI.

GRAS

ANNEXE

67

sem. mai
gras

ANNEE

RAPPORT SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LES OBJECTIFS QUI DÉTERMINENT LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER

Depuis 1999, le régime général de la sécurité sociale est redevenu excédentaire. 2002 sera donc le quatrième exercice successif dégageant un résultat positif en encaissements-décaissements.

Cette consolidation sur quatre ans de la situation excédentaire des comptes de la sécurité sociale est certes la conséquence d'une conjoncture économique favorable, mais aussi le fruit de la détermination du Gouvernement et du Parlement à satisfaire les besoins sociaux essentiels des Français, tout en maîtrisant le recours aux fonds publics que sont les cotisations et contributions sociales acquittées par les assurés et les entreprises.

Pour 2002, l'excédent est obtenu malgré des prévisions moins favorables s'agissant de l'évolution de la masse salariale sur laquelle est assis l'essentiel des ressources des régimes de sécurité sociale. La persistance d'un excédent dans ce contexte confirme donc la solidité du redressement des comptes sociaux.

1° Le financement de la sécurité sociale

Le Gouvernement a précisé lors de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale du 7 juin 2001 que de nouvelles règles devaient être établies pour garantir en toute transparence les contributions du budget de l'Etat et des comptes sociaux au financement des allègements de charges en faveur des entreprises au titre des actions de promotion de l'emploi.

Ainsi les allègements de charges en faveur des entreprises sont-ils intégralement compensés aux régimes de sécurité sociale en 2001 et en 2002 au moyen de l'affectation au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale de recettes fiscales nouvelles du budget de l'Etat et de certaines recettes fiscales dont bénéficient les comptes sociaux.

Ces règles respectent le principe selon lequel les cotisations et contributions sociales doivent être utilisées exclusivement au financement des prestations sociales. Elles permettront de poursuivre sur des bases claires la réflexion que le Gouvernement a engagée avec les différents acteurs de la protection sociale, afin de préciser les rôles respectifs de l'Etat et des organismes de sécurité sociale dans la régulation des transferts sociaux. En matière d'assurance maladie notamment, la concertation ouverte le 25 janvier 2001 avec les partenaires sociaux et les professionnels de santé se poursuivra dans le but de renouveler la démarche conventionnelle et de la mettre au service de l'amélioration de l'accès aux soins de nos concitoyens.

Le Gouvernement étudiera également la possibilité de simplifier les mécanismes d'affectation de recettes et les transferts financiers. Pour cela, il approfondira notamment les voies de la consolidation de la réforme de l'assiette des cotisations patronales de sécurité sociale.

Le retour à l'excédent des comptes sociaux a permis d'améliorer la protection sociale des Français. Cette politique sera poursuivie en 2002, année qui verra mises en œuvre les priorités suivantes.

2° La politique de santé

Le Gouvernement conduira une politique de santé centrée sur les priorités de santé publique présentées lors de la Conférence nationale de santé de mars 2001. Cette politique prévoit la mise en œuvre de programmes coordonnés de lutte contre les principales pathologies, dont le développement de la prévention est l'une des composantes principales.

Le Gouvernement renforcera également la sécurité sanitaire selon une approche intégrée dans la démarche de soins.

Enfin, l'amélioration de la qualité du système de santé et de son organisation, prenant en compte les préoccupations des usagers, constituera un troisième axe de la politique sanitaire du Gouvernement.

2-1. – Une politique de santé organisée autour de la prévention et des priorités de santé publique

La prévention sera inscrite dans chacun des programmes de santé publique (cancer, nutrition, asthme, sida, diabète...) par des actions de dépistage, d'éducation pour la santé, mais aussi d'éducation thérapeutique. Elle sera définie de façon globale, ce qui permettra d'en déterminer les priorités et d'en assurer le financement. La coordination nationale des actions de prévention sera assurée dans le cadre d'un comité technique de prévention.

Les priorités de santé publique seront les suivantes :

2-1-1. - La lutte contre le cancer

Deux programmes de dépistage seront généralisés, l'un dès 2002 pour le cancer du sein en permettant à toutes les femmes âgées de cinquante à soixante-quatorze ans de bénéficier gratuitement d'une mammographie tous les deux ans, l'autre par étapes (vingt départements étant concernés en 2002) pour le cancer du côlon avec la mise en place du dépistage par hémoculte après cinquante ans.

Kde

L'amélioration des soins et la prise en charge médico-sociale des patients sera poursuivie pour atteindre l'objectif d'une réduction de 10 % des décès dans les régions où existe une surmortalité par rapport à la moyenne nationale.

2-1-2. - La lutte contre les autres pathologies chroniques

Les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'asthme, l'insuffisance rénale chronique et la mucoviscidose feront l'objet d'un plan alliant prévention, prise en charge et organisation des soins. Il s'agira de favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité et l'accès aux traitements antalgiques par l'élaboration de guides méthodologiques et par la formation des professionnels, et de poursuivre la création de nouvelles consultations et unités de soins palliatifs.

2-1-3. - La lutte contre les pathologies infectieuses

Pour le sida, les actions nouvelles prendront en considération les deux éléments majeurs que sont la régression de la mortalité sous l'effet des traitements anti-rétroviraux et le relâchement des comportements de prévention dans les différents milieux exposés. La surveillance épidémiologique sera renforcée grâce à la notification obligatoire de la séropositivité, rendue désormais possible par une protection renforcée de la confidentialité des données. Sur le plan thérapeutique, les problèmes posés par la tolérance des traitements lourds seront mieux pris en compte et l'accès aux nouveaux traitements sera accéléré, en particulier pour les malades en situation d'échappement thérapeutique.

Pour les hépatites, la politique menée associera une campagne d'information à l'égard du grand public et une prévention renforcée vis-à-vis des risques liés à l'utilisation de certains dispositifs médicaux, à la transfusion (dépistage génomique viral) ou à certaines pratiques corporelles (information et prévention au regard du piercing). Le dépistage sera ciblé sur les groupes les plus exposés. La mise en place de pôles de référence permettra le renforcement de l'accès au traitement de l'hépatite C.

2-1-4. - La lutte contre les maladies émergentes et orphelines

La crise de la vache folle et l'apparition en France du nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob démontrent à quel point la vigilance s'impose en matière de maladies émergentes. Les dispositifs de suivi mis en place seront renforcés.

Par ailleurs, les maladies rares qui, compte tenu de l'importance de leur nombre, touchent plus de quatre millions de personnes en France, représentent l'un des principaux défis rencontrés par la médecine aujourd'hui.

Malgré la diversité de ces pathologies, qui ont en commun leur gravité, une politique globale est indispensable pour favoriser l'accès à un diagnostic précoce, renforcer la prise en charge, développer des pôles de ressources et de compétences et

favoriser le travail en réseau. La prise en charge par la sécurité sociale des médicaments orphelins sera ainsi accélérée, en ville comme à l'hôpital.

2-1-5. - La lutte contre les pratiques addictives

La politique de prévention des consommations à risques sera renforcée. Les actions de prévention s'appuieront sur des programmes intégrant les connaissances scientifiques. La prise en charge globale sera améliorée et l'accent sera mis en particulier sur le travail en réseau et le repérage précoce des consommations nocives. La politique de réduction des risques sera consolidée et l'exercice de la substitution, notamment en milieu carcéral, poursuivi.

La mortalité prématurée évitable due notamment au tabac et à l'alcool deviendra enfin une réelle priorité nationale. Une action efficace de prévention et de lutte contre le tabagisme doit ainsi être poursuivie, notamment pour soutenir ceux qui souhaitent arrêter de fumer. C'est pourquoi il est tout à fait envisageable de prévoir le remboursement des produits favorisant le sevrage tabagique par l'assurance maladie.

2-1-6. - La lutte contre la démence

La prévalence globale de la démence est estimée en France à 500 000 cas et sa forte augmentation résulte de l'allongement de la vie et de l'accroissement du nombre de personnes âgées. Le Gouvernement s'efforcera de développer une meilleure organisation des soins et de permettre une prise en charge à domicile.

De plus, la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie permettra le développement des services de proximité et des réseaux de soins pour améliorer la prise en charge à domicile de ces patients.

2-1-7. - La santé des populations les plus fragiles

Des programmes seront destinés à la santé des jeunes, avec un volet de prévention renforcé, et à la santé des femmes, pour favoriser l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. La lutte contre les violences faites aux femmes, et plus généralement contre les agressions sexuelles, en particulier sur les mineurs, sera développée.

Le volet santé du dispositif de lutte contre les exclusions sera encore renforcé, notamment par le renforcement des outils existants (PRAPS, PASS...), ainsi que par la lutte contre l'habitat insalubre (saturnisme).

Enfin, des programmes de santé répondront aux besoins spécifiques de certaines populations, telles que les résidents outre-mer et les détenus.

2-1-8. - Les actions d'intérêt général

Le développement des greffes sera poursuivi sur la base du plan initié par le Gouvernement en juin 2000. L'accompagnement des fins de vie sera encouragé en favorisant le retour au domicile grâce au développement de la prise en charge de proximité et au renforcement de la lutte contre la douleur, à partir des consultations spécialisées et des unités de soins palliatifs.

2-2. - La sécurité sanitaire sera renforcée selon une approche intégrée dans la démarche de soins.

La politique de sécurité sanitaire doit reposer sur deux piliers fondamentaux : la surveillance, l'évaluation et la gestion des risques d'un côté, le suivi et le contrôle quotidien de l'application des règles de l'autre.

En matière de risque infectieux, les efforts de soutien à la recherche et à la veille épidémiologique sur les pathologies liées aux agents transmissibles non conventionnels (tel le nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob) seront renforcés. Dans le cadre du plan national de lutte contre les infections nosocomiales, les mesures engagées en 2001 seront confortées : renforcement des équipes d'hygiène hospitalière, amélioration des pratiques d'hygiène et notamment des procédures de désinfection et de stérilisation, développement des dispositifs médicaux à usage unique. La coordination interrégionale des actions de lutte contre les infections nosocomiales sera renforcée afin d'assurer notamment l'efficacité du dispositif de signalement des infections nosocomiales et des actions d'évaluation.

Des actions concourant au bon usage du médicament et à la prévention des accidents iatrogènes médicamenteux seront conduites : soutien aux comités du médicament et des dispositifs médicaux stériles des établissements de santé, développement de bonnes pratiques de pharmacie hospitalière, information des professionnels, en ville comme en hôpital, sur la sécurité d'utilisation des produits de santé. La rationalisation de l'utilisation des antibiotiques constituera un axe prioritaire.

L'amélioration de la sécurité des soins s'appuiera également sur des actions de sécurisation de l'environnement du malade, notamment sécurité anesthésique, périnatale et environnementale vis-à-vis des risques liés à l'eau (légionelles par exemple).

la

Les établissements de santé seront encouragés à développer des programmes de gestion des risques leur permettant de mener des actions coordonnées et pluridisciplinaires, en lien avec les représentants des usagers.

La sécurité sanitaire nécessite à la fois l'application stricte du principe de précaution, mais aussi l'affirmation indispensable du principe de responsabilité. Cette responsabilité partagée suppose un effort accru de pédagogie du risque, en assurant l'information des citoyens pour permettre l'exercice du droit de choisir. L'indemnisation des accidents thérapeutiques lorsque la responsabilité du médecin n'est pas engagée constituera un levier important pour restaurer la confiance entre les patients et les médecins. Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit ainsi de créer un office national d'indemnisation, lequel, en l'absence de toute faute thérapeutique, sera chargé d'indemniser les malades, et ce dans un délai raccourci.

2-3. - L'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins sera poursuivie

2-3-1. - Les soins de ville

Le Gouvernement a ouvert le 25 janvier 2001 un dialogue avec les professionnels de santé et pris la mesure de leurs demandes portant sur leurs conditions d'exercice et les modalités du dispositif de régulation des dépenses de santé. A cette fin, il a nommé une mission de concertation qui a formulé une série de propositions portant sur les modalités d'exercice des professionnels libéraux, leur mission et la rénovation du cadre

conventionnel qui les lie aux caisses d'assurance maladie. Ces propositions ont été examinées lors de la rencontre du 12 juillet 2001 associant les professionnels de santé, les caisses et les partenaires sociaux. Sur cette base, le Gouvernement a arrêté un certain nombre d'orientations et présenté ses propositions. Celles-ci seront mises en œuvre, après consultation des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé.

La première orientation consiste à mieux reconnaître le rôle des professionnels libéraux dans le système de soins. Le Gouvernement créera un Observatoire de la démographie des professions de santé, chargé de rassembler, d'expertiser et de diffuser des connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé, au contenu de leurs métiers et à leurs évolutions, d'identifier les besoins en matière de production de statistiques et d'études et de susciter les scénarios à court et moyen terme sur l'évolution des métiers de la santé. Le Gouvernement engagera également une démarche pour repérer les zones dans lesquelles un accès aisé aux soins n'est plus assuré. Il mettra en œuvre un dispositif d'aide à l'installation pour faire face aux difficultés ainsi identifiées. Il présentera enfin des propositions destinées à réduire l'insécurité à laquelle sont confrontés les professionnels de santé dans les quartiers difficiles.

Le dispositif d'évaluation des compétences des médecins se met en place par la collaboration de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et des unions régionales de médecins libéraux. L'extension de l'évaluation des pratiques professionnelles aux professions paramédicales sera mise en œuvre. Un important travail est entrepris, en coopération avec l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour améliorer les délais d'élaboration des recommandations de bonne pratique, outils nécessaires pour faire vivre le système d'évaluation et de gestion de la compétence.

Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé réforme de manière profonde et ambitieuse la formation continue des médecins.

Outils essentiels de coordination, les réseaux de santé doivent permettre d'assurer une meilleure adéquation entre les besoins et l'offre de soins, de garantir une continuité des soins effective et de développer la qualité des pratiques. Le Gouvernement souhaite s'engager dans la voie de financements pérennes et de l'harmonisation des procédures de création de réseaux.

Enfin, l'informatisation du système de santé sera poursuivie. En 2001, plus de 180 000 professionnels de santé disposent de leur carte de professionnel de santé et plus de 50 % des médecins transmettent par voie télématique leurs feuilles de soins aux caisses primaires d'assurance maladie. Le nombre de feuilles de soins télétransmises double chaque trimestre ; en juin 2001, 175 millions de feuilles de soins ont ainsi été transmises à l'assurance maladie.

Le second objectif vise à mieux gérer le système des soins de ville. Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé propose une clarification de la procédure d'élaboration de la politique de santé. Le Conseil national de santé sera chargé de constituer une ressource d'expertise et de proposition sur la définition des priorités et les financements à y consacrer.

La loi de financement de la sécurité sociale précise

~~Le Gouvernement envisage de préciser~~ l'organisation et le champ de la délégation de gestion aux caisses d'assurance maladie, notamment la procédure des rapports d'équilibre. Un nouvel équilibre doit être trouvé pour organiser les relations entre l'Etat et l'assurance maladie autour de rendez-vous fixes et concertés : l'efficacité de la délégation de gestion suppose donc une meilleure liaison entre la convention d'objectifs et de gestion qui lie contractuellement l'Etat à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et les conventions qui lient l'assurance maladie aux