



N° 1106

# ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 octobre 1998.

## PROJET DE LOI

### *de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n°1106)*

(Renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. LIONEL JOSPIN,

Premier ministre,

PAR Mme MARTINE AUBRY,

ministre de l'emploi et de la solidarité.

### **Sommaire pour la consultation sur Internet :**

[TITRE Ier : ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE](#)

[TITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES](#)

[TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRESORERIE:](#)

[-Section 1 Branche famille](#)

[-Section 2 Branche maladie](#)

[-Section 3 Branche vieillesse](#)

[-Section 4 Branche accident du travail](#)

[-Section 5 Objectifs de dépenses par branche](#)

[-Section 6 Objectif national de dépenses d'assurance maladie](#)

[-Section 7 Mesures relatives à la trésorerie](#)

[Annexe : Rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier](#)

## PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, délibéré en Conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat, sera présenté à l'Assemblée nationale par la ministre de l'emploi et de la solidarité, qui est chargée d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

### TITRE Ier

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

##### Article 1er

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 1999.

## **TITRE II**

### **DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES**

#### **Article 2**

I.- Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables au solde cumulé du produit de la contribution sociale de solidarité résultant de l'application du premier alinéa dudit article, constaté au 31 décembre 1998.

II.- Un prélèvement d'un milliard de francs est opéré en 1999 sur le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles.

Les dispositions du *b* du 2° de l'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables, pour l'exercice 1999, au régime des exploitants agricoles.

III.- Le code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Au premier alinéa de l'article L. 651-1, les termes : « aux articles L. 621-3, L.721-1 et L. 723-1, » sont remplacés par les termes : « aux 1° et 2° de l'article L. 621-3, ainsi qu'au profit du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1, » ;

2° L'article L. 651-2-1 est ainsi modifié :

*a)* Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le cas échéant, le solde du produit de la contribution résultant de l'application des dispositions de l'alinéa précédent est versé au Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1. » ;

*b)* La première phrase du dernier alinéa est complétée par les mots : « et le Fonds de solidarité vieillesse » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 135-3 est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, dans les conditions prévues à l'article L. 651-2-1. »

Les dispositions du présent III entrent en vigueur à compter de l'exercice 1999.

IV.- Le code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :

1° L'article L. 135-1 est modifié ainsi qu'il suit :

*a)* Après le premier alinéa est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Le fonds a également pour mission de gérer un fonds de réserve pour les régimes d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 621-3. » ;

*b)* Avant le dernier alinéa est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Les opérations du Fonds de solidarité vieillesse correspondant à chacune des missions respectivement mentionnées au premier et au second alinéa du présent article sont retracées en deux sections distinctes. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 135-2, les mots : « Les dépenses prises en charge par le fonds visé à l'article L. 135-1 sont les suivantes » sont remplacés par les mots : « Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes » ;

3° L'article L. 135-3 est ainsi modifié :

*a)* Au premier alinéa, les mots : « Les recettes du fonds sont constituées par » sont remplacés par les mots : « Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 sont constituées par » ;

*b)* Au dernier alinéa, les mots : « le Gouvernement soumet au Parlement les dispositions nécessaires pour assurer l'équilibre financier du fonds » sont remplacés par les mots : « le Gouvernement soumet au Parlement les dispositions nécessaires pour assurer l'équilibre financier de cette section du fonds » ;

4° Les articles L. 135-4, L. 135-5 et L. 135-6 deviennent respectivement les articles L. 135-1-1, L. 135-4 et L. 135-5 ;

5° Après l'article L. 135-1-1, il est créé une section I intitulée : « Opérations de solidarité » et comprenant les articles L. 135-2 à L. 135-5 ;

6° Après l'article L. 135-5, il est créé une section II ainsi rédigée :

*« Section II*

**« Fonds de réserve**

*« Art. L. 135-6.- Les recettes du fonds affectées aux missions définies au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 sont constituées par :*

*« 1° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, dans les conditions prévues à l'article L. 651-2-1 ;*

*« 2° Tout ou partie du résultat excédentaire de la première section, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;*

*« 3° Toute ressource affectée au fonds de réserve en vertu de dispositions législatives ou réglementaires. »*

**Exposé des motifs**

Cet article a pour objet d'une part l'instauration d'une règle stable d'affectation de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (CSSS), d'autre part la création d'un fonds de réserve au sein du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) en vue de garantir le financement des retraites.

Le I a pour objet de reporter sur l'exercice 1999 l'excédent cumulé de CSSS constaté au 31 décembre 1998, après versements à la CANAM, à l'ORGANIC et à la CANCAVA.

Le II prévoit l'affectation en 1999 au Budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) d'une fraction (1 MdF) des recettes de la CSSS.

Le III a pour objet de modifier les règles d'affectation de la CSSS : il prévoit que les excédents de CSSS constatés après couverture des déficits de la CANAM, de l'ORGANIC et de la CANCAVA sont affectés au Fonds de solidarité vieillesse. Cette règle garantit l'équilibre financier des régimes de non salariés qui demeurent prioritaires en termes d'affectation, et permet de faire bénéficier automatiquement l'ensemble des régimes de retraite -notamment ceux des non salariés- d'éventuels excédents. Elle assure ainsi une diversification des sources de financement du FSV, les entreprises participant désormais, sur leur chiffre d'affaires, à la prise en charge des dépenses de solidarité de l'assurance vieillesse, et notamment au financement des retraites des chômeurs.

Le IV constitue, au sein du FSV, un fonds de réserve pour assurer l'avenir des retraites par répartition et prévoit les catégories de recettes qui pourront lui être affectées. Trois catégories sont prévues :

- excédents disponibles de CSSS ;
- excédents de la section de solidarité du FSV ;
- toute autre ressource déterminée par voie législative ou réglementaire.

Pour 1999, le Gouvernement prévoit d'affecter 2 milliards de francs au titre de la première catégorie. D'autres ressources pourront être affectées dans l'année.

**Article 3**

Le montant des sommes correspondant à la prise en compte, par le régime d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, des périodes pendant lesquelles les assurés des départements d'outre-mer ont, en 1994, 1995 et 1996, bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 322-3, L. 351-3, L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 322-4 du même code et de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991), ainsi que des périodes de chômage non indemnisé visées au 3° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale, dont la prise en charge incombe au Fonds de

solidarité vieillesse en application de l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale, est arrêté à 2,9 milliards de francs.

#### **Exposé des motifs**

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) prend en charge la validation pour la retraite des périodes non travaillées des chômeurs inscrits aux ASSEDIC. Les données utilisées ne tenant pas compte des chômeurs résidant dans les départements d'outre-mer, le FSV n'a pas effectué de versement à ce titre jusqu'en 1997. Depuis lors, les données fournies par l'UNEDIC intégrant les départements d'outre-mer, ces chômeurs ont été pris en compte dans les règlements du FSV. Cet article vise à régler sur des bases juridiques incontestées les sommes dues par le FSV au titre des années précédentes au moyen d'un versement forfaitaire.

Ces dispositions n'affectent pas les droits des chômeurs dans les départements d'outre-mer.

Le FSV pourra faire face à cette dépense exceptionnelle en 1999 grâce à l'excédent de contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dont il bénéficiera en application des dispositions de l'article 2.

#### **Article 4**

I.- Le premier alinéa de l'article 6 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 modifiée portant diverses mesures d'ordre social est complété par les mots : « afférentes à une fraction de la rémunération égale au salaire minimum de croissance, par heure rémunérée dans la limite de la durée légale ou conventionnelle du travail ».

II.- L'article 6-2 de la même loi est modifié comme suit :

1° Au premier alinéa, la mention : « jusqu'au 31 décembre 1998 » est remplacée par la mention : « jusqu'au 31 décembre 2001 » ;

2° Le deuxième alinéa est complété par la phrase suivante :

« Il ne peut être cumulé avec le bénéfice d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations. »

III.- Les dispositions du présent article s'appliquent aux embauches réalisées à compter du 1er janvier 1999.

#### **Exposé des motifs**

L'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale pour l'embauche d'un premier salarié vient à expiration au 31 décembre 1998. Elle bénéficie à plus de 70 000 embauches par an, exonérées en moyenne pendant 21 mois.

Le présent article proroge la mesure pour trois ans, en la rationalisant.

Afin de mieux cibler la mesure sur les bas salaires, il est proposé de plafonner l'exonération à la fraction de la rémunération égale au SMIC, règle habituelle en matière d'exonération (contrat initiative emploi, contrat de qualification, contrat emploi solidarité).

Par ailleurs, l'article prévoit le non cumul avec une autre exonération.

Ces dispositions entraînent une recette supplémentaire par rapport à 1998 de 130 millions de francs en 1999.

#### **Article 5**

Le code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 131-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sont également pris en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité. » ;

2° L'article L. 242-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sont également pris en compte, dans les conditions prévues à l'article L. 242-11, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité. » ;

3° Le troisième alinéa de l'article L. 136-3 est abrogé ;

4° Le f) du I de l'article L. 136-6 est ainsi rédigé :

« f) De tous autres revenus qui entrent dans la catégorie des bénéfiques industriels et commerciaux ou des bénéfiques non commerciaux au sens des dispositions du code général des impôts, à l'exception de ceux qui sont assujettis à la cotisation d'allocations familiales prévue au premier alinéa de l'article L. 242-11 et de ceux visés au dernier alinéa de l'article L. 242-1. » ;

5° Le g du I de l'article L. 136-6 est abrogé.

#### **Exposé des motifs**

La presse s'est récemment fait l'écho de montages juridiques permettant d'échapper à toute cotisation sociale. Pour l'essentiel, ces montages consistent, pour un travailleur indépendant, en la mise en location-gérance de son fonds de commerce, confiée à une société dont il est associé. Il continue d'exercer son activité professionnelle mais sans autre rémunération que le loyer qu'il retire de cette location-gérance. Dans ces cas précis, les dispositions prévues permettront de façon systématique, pour les organismes de sécurité sociale, la requalification des revenus tirés de la location-gérance en revenu professionnel, assujetti à cotisations dans les conditions de droit commun.

En outre, il convient de modifier la législation de façon à permettre un meilleur recouvrement de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sur certains types de revenus. En effet, actuellement, ce sont les URSSAF qui sont seules compétentes pour le recouvrement de ces contributions sur les revenus imposés au titre des bénéfiques industriels et commerciaux (BIC), y compris lorsque ceux-ci ne résultent pas d'une activité professionnelle. Les URSSAF éprouvent des difficultés à connaître ce type de revenus, qui échappent alors à la CSG et à la CRDS. Les présentes dispositions visent donc à donner compétence à l'administration fiscale pour le recouvrement de la CSG et de la CRDS sur ces revenus non professionnels.

#### **Article 6**

I.- Au chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, l'intitulé de la section V est remplacé par l'intitulé suivant : « Encaissement des cotisations, contributions et taxes sociales recouvrées par les organismes visés à l'article L. 213-1 ».

II.- Il est inséré, dans cette section V, un article L. 243-14 ainsi rédigé :

« Art. L. 243-14.- I.- Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise, redevables de cotisations, contributions et taxes d'un montant supérieur à 6 millions de francs au titre d'une année civile, sont tenus de régler par virement les sommes dont ils sont redevables l'année suivante sur le compte spécial d'encaissement de l'organisme de recouvrement dont ils relèvent.

« II.- Les entreprises autorisées à verser pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements les cotisations dues à un organisme de recouvrement autre que celui ou ceux dans la circonscription desquels ces établissements se trouvent situés sont soumis à la même obligation.

« III.- Le non-respect de l'obligation prévue au I entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement.

« IV.- Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont applicables à la majoration prévue au III.

« Les modalités d'application du présent article sont, en tant que de besoin, fixées par décret en Conseil d'Etat. »

III.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er avril 1999.

#### **Exposé des motifs**

A l'instar des dispositions prises en matière fiscale pour le paiement de certains impôts et taxes dus par les entreprises (TVA, impôt sur les sociétés, taxe professionnelle), cet article prévoit le paiement obligatoire par virement, pour tout montant annuel de cotisation supérieur à 6 millions de francs dû aux organismes de recouvrement.

Sont également concernées les entreprises autorisées à verser leurs cotisations en un lieu unique, visées à l'article R. 243-8 du code de la sécurité sociale.

Cette mesure vise un seuil comparable à celui applicable en matière fiscale, soit 500 000 F par mois pour les versements de taxe professionnelle notamment, ce qui revient à 6 millions de francs par an.

Cette disposition permettra de limiter les coûts de gestion des organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale et de favoriser l'utilisation d'un moyen de paiement moderne. Elle permet par ailleurs de neutraliser l'effet de la date de valeur appliquée aux chèques remis à l'encaissement.

#### **Article 7**

I.- Le III de l'article 12 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le membre de phrase : « dont sont retranchées les charges comptabilisées au cours de la même période au titre des dépenses de recherche afférentes aux spécialités pharmaceutiques éligibles au crédit d'impôt mentionné à l'article 244 *quater* B du code général des impôts » est supprimé ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Le taux de cette contribution est fixé à 1,47 %. »

II.- Les sommes dues par les entreprises au titre des contributions prévues à l'article 12 de l'ordonnance précitée du 24 janvier 1996 modifiée par le I du présent article s'imputent sur les sommes acquittées par les entreprises au titre desdites contributions en application dudit article 12, dans sa rédaction applicable antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.

L'agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon le cas, recouvre ou reverse le solde. Dans le cas où les sommes dues en application du présent article sont inférieures aux sommes acquittées au titre des contributions instituées par l'ordonnance du 24 janvier 1996 précitée, dans sa rédaction applicable antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi, la différence donne lieu au paiement d'intérêts moratoires dont le taux est celui de l'intérêt légal. Les intérêts courent du jour du paiement et ne sont pas capitalisés.

Dans le cas où les sommes dues en application du présent article sont supérieures aux sommes déjà acquittées, un décret fixe les modalités de versement de ces sommes par les entreprises redevables.

#### **Exposé des motifs**

L'article 12 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 a instauré trois prélèvements à la charge de l'industrie pharmaceutique, recouverts en août 1996. L'un de ces prélèvements présente un très fort risque d'annulation pour méconnaissance de certaines dispositions du droit communautaire relatives à la fiscalité.

Le dispositif de l'ordonnance prévoit en effet une minoration de l'assiette du prélèvement du fait des seules dépenses de recherche effectuées en France ; les entreprises, filiales de groupes étrangers, établies en France, pour lesquelles la recherche est effectuée à l'étranger, seraient donc défavorisées car leurs frais de recherche afférents aux produits commercialisés en France ne pourraient entraîner le bénéfice de la minoration.

Afin de neutraliser l'impact financier d'une probable annulation contentieuse (1,2 milliards de francs), il est proposé de supprimer la minoration du fait des dépenses de recherche.

L'assiette de la contribution est donc élargie ; son taux est abaissé pour que le montant du prélèvement reste identique au montant recouvré en 1996.

Les sommes dues en application du nouveau dispositif seront imputées sur les sommes déjà acquittées en 1996.

#### **Article 8**

Au 2° du premier alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « 406 A, » sont supprimés.

#### **Exposé des motifs**

L'article 32 du projet de loi de finances pour 1999 supprime le droit de fabrication applicable aux produits de parfumerie et de toilette, aux alcools à usage médicamenteux et aux alcools incorporés dans des produits alimentaires, afin de mettre en conformité la réglementation française avec les dispositions communautaires.

Le présent article tire les conséquences de cette suppression au sein du code de la sécurité sociale en supprimant la référence au droit de fabrication dans les recettes du fonds de solidarité vieillesse.

#### **Article 9**

I.- L'article 29 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997 est ainsi rédigé :

« Art. 29.- I.- Les boissons constituées par un mélange préalable de boissons ayant un titre alcoométrique n'excédant pas 1,2 % vol. et de boissons alcooliques passibles d'un droit mentionné aux articles 402 bis, 403, 438, 520 A I a du code général des impôts, lorsqu'elles sont conditionnées pour la vente au détail en récipients de moins de 60 centilitres, font l'objet d'une taxe perçue au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« II.- Le montant de la taxe est fixé à 1,50 F par décilitre.

« III.- La taxe est due lors de la mise à la consommation des boissons résultant d'un mélange, mentionnées au I. Elle est acquittée, selon le cas, par les fabricants, les marchands en gros, les importateurs ou les personnes qui réalisent l'acquisition intra-communautaire de ces boissons.

« IV.- Cette taxe est recouvrée et contrôlée sous les mêmes règles, conditions, garanties et sanctions qu'en matière de contributions indirectes.

« V.- Le produit de cette taxe est versé à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous déduction d'une retenue pour frais d'assiette et de perception dont le montant est fixé par arrêté interministériel. »

II.- Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1er janvier 1999.

#### **Exposé des motifs**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, pour des motifs de santé publique, a institué une taxe sur les PREMIX, boissons mélangeant des boissons non alcoolisées avec des alcools forts (par exemple : whisky, vodka, gin), généralement conditionnées sous forme de canettes de 33 centilitres à destination des jeunes. Ce texte a permis d'enrayer le développement de ces boissons mais il soulève plusieurs difficultés de nature juridique.

Le Conseil d'Etat, par une décision du 8 juillet dernier, ayant annulé certains points de la circulaire d'application, la taxe n'est plus recouvrée. D'autre part, la Commission européenne

a engagé une procédure précontentieuse, considérant que cette taxe ne serait pas conforme aux directives communautaires en matière de taxation des boissons alcoolisées et poserait un problème de compatibilité avec l'article 95 du Traité instituant la Communauté européenne.

Le présent article met la taxe en conformité avec les directives communautaires pour définir les boissons alcoolisées entrant dans la composition des PREMIX. Elle introduit en tant que critère d'assujettissement le mode de conditionnement et adopte les règles de recouvrement applicables au droit de consommation sur les alcools.

Afin de prévenir la commercialisation en France de nouveaux mélanges préparés préjudiciables à la santé publique (par exemple, les alcopops, mélanges de boissons non alcoolisées et de vin, de bière, de cidre etc...), le présent article retient une définition élargie des mélanges entrant dans le champ de la taxe. Cette définition, outre les mélanges à base de spiritueux, s'étend ainsi aux mélanges à base de produits intermédiaires, de vins et de bières.

#### **Article 10**

L'article L. 213-1 du code des assurances est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « , ayant droit d'affilié » sont ajoutés les mots : « , ou acquitte la contribution sociale généralisée sur un revenu d'activité ou de remplacement » ;

2° Au troisième alinéa, après les mots : « ayants droit » sont ajoutés les mots : « ou qui n'acquittent pas la contribution sociale généralisée sur un revenu d'activité ou de remplacement ».

Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1er janvier 1998.

#### **Exposé des motifs**

La cotisation sur les contrats d'assurance de véhicules terrestres à moteur constitue une ressource de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Elle est due par les personnes qui cotisent à l'assurance maladie.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 a notamment eu pour effet de supprimer pour certaines catégories d'assurés sociaux les cotisations d'assurance maladie. Faute des dispositions proposées par le présent article, le nombre de personnes exonérées de la cotisation sur les contrats d'assurance serait accru, sans raison. Le dispositif proposé rétablit le champ d'assujettissement antérieur en précisant que sont assujetties à compter du 1er janvier 1998, les personnes qui cotisent ou acquittent la contribution sociale généralisée sur un revenu d'activité ou de remplacement.

#### **Article 11**

Pour l'application du 2° De l'article L. 139-2 et de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, les déficits pris en compte pour l'exercice 1998 sont établis sur la base des dépenses et des recettes exécutées au cours de l'exercice considéré.

#### **Exposé des motifs**

Le présent article vise à préciser les mécanismes de répartition de la contribution sociale généralisée (CSG), d'une part, et de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (CSSS), d'autre part. Ces deux répartitions prennent en compte les déficits des différents régimes. Le montant de ces derniers est désormais établi en droits constatés, alors que la comptabilisation en droits constatés ne peut pas encore être retenue pour l'établissement des lois de financement de la sécurité sociale. Son utilisation pour le calcul des déficits peut donner des résultats sensiblement différents de ceux prévus dans les lois de financement. Il convient donc, comme cela a été fait pour l'exercice 1997, de prévoir expressément que les déficits comptables pris en considération sont établis en encaissements/décaissements, conformément aux conventions comptables retenues pour l'établissement des lois de financement de la sécurité sociale.

#### **Article 12**

Pour 1999, 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 :	1063,0
Cotisations fictives :	194,8
Contributions publiques :	63,8
Impôts et taxes affectés :	438,6
Transferts reçus :	4,9
Revenus des capitaux :	1,4
Autres ressources :	32,6
Total des recettes :	<u>1799,2</u>

### **Exposé des motifs**

Les prévisions de recettes tiennent compte, d'une part, des montants retenus par la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 1998, d'autre part, des mesures de recettes proposées dans le cadre du présent projet de loi, en particulier l'affectation d'une fraction de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés au Fonds de solidarité vieillesse et la prise en charge, par le budget de l'Etat, de l'allocation de parent isolé.

[RETOUR SOMMAIRE](#)

## **TITRE III**

### **DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET A LA TRESORERIE**

#### Section 1

#### **Branche famille**

#### **Article 13**

I.- L'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 521-1.*- Les allocations familiales sont dues à partir du deuxième enfant à charge. »

II.- Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 755-11 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

III.- Pour la détermination des droits, les dispositions des I et II entrent en vigueur à compter du 1er janvier 1999.

### **Exposé des motifs**

Le présent article rétablit le bénéfice des allocations familiales pour toutes les familles.

Le Gouvernement souhaite poursuivre un objectif de justice dans la politique familiale en faisant jouer pleinement à l'impôt sur le revenu son rôle redistributif ; c'est pourquoi le projet de loi de finances pour 1999 prévoit l'abaissement du plafond du quotient familial.

Ces mesures permettront aux familles concernées de percevoir à nouveau les allocations familiales tout en ne payant pas plus d'impôt jusqu'à des niveaux de revenus bien supérieurs au seuil de ressources retenu pour le versement des allocations familiales en 1998.

Elles représentent une dépense nette en faveur des familles de 780 millions de francs (l'économie résultant de l'abaissement du plafond du quotient familial -3,9 milliards de francs- doit être comparée à la dépense supplémentaire engendrée par la suppression de la condition de ressources -4,680 milliards de francs pour 1999).

#### **Article 14**

I.- Au chapitre III du titre IV du livre V du code de la sécurité sociale, l'article L. 543-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 543-1.*- Une allocation de rentrée scolaire est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond variable en fonction du nombre des enfants à charge, pour chaque enfant inscrit en exécution de l'obligation scolaire dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé.

« Elle est également attribuée, pour chaque enfant d'un âge inférieur à un âge déterminé et dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3, qui poursuit des études ou qui est placé en apprentissage.

« Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation des ménages hors les prix du tabac, dans des conditions prévues par voie réglementaire. Son montant est fixé par décret et revalorisé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture. »

II.- L'article L. 543-2 du code de la sécurité sociale est abrogé.

III.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur pour l'allocation due à compter de la rentrée 1999.

### **Exposé des motifs**

Actuellement, le droit au bénéfice de l'allocation de rentrée scolaire n'est ouvert qu'aux familles qui perçoivent une autre prestation familiale, l'aide personnalisée au logement, l'allocation aux adultes handicapés ou le revenu minimum d'insertion.

Environ 350 000 familles n'ayant qu'un seul enfant à charge ne peuvent donc pas bénéficier de cette allocation.

Le présent article permet le versement de l'allocation de rentrée scolaire aux familles dès lors qu'elles remplissent les seules conditions de ressources, d'âge de l'enfant et de scolarité suivie.

Le coût de cette mesure est estimé à 180 millions de francs.

### **Section 2**

### **Branche maladie**

### **Article 15**

I.- L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Au 1°, après les mots : « frais d'analyses et d'examens de laboratoire » sont insérés les mots : « y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels » ;

2° Après le 7°, il est ajouté un 8° ainsi rédigé :

« 8° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre des programmes arrêtés en application des dispositions de l'article L. 55 du code de la santé publique. »

II.- L'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 16° ainsi rédigé :

« 16° Pour les frais d'examens de dépistage effectués dans le cadre des programmes mentionnés au 8° de l'article L. 321-1. »

III.- L'article L. 615-14 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Le premier alinéa est complété par un 12° ainsi rédigé :

« 12° Des frais relatifs aux actes d'investigation exécutés ou réalisés à des fins de dépistage. »

;

2° Le deuxième alinéa est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes arrêtés en application des dispositions de l'article L. 55 du code de la santé publique. »

IV.- A l'article L. 615-18 du code de la sécurité sociale, les mots : « des 10°, 11° et 12° de l'article L. 322-3 » sont remplacés par les mots : « des 10°, 11°, 12° et 16° de l'article L. 322-3 ».

V.- Après le titre II du livre Ier du code de la santé publique, il est inséré un titre II *bis* rédigé comme suit :

### **« TITRE II bis**

### **« LUTTE CONTRE LES MALADIES AUX CONSEQUENCES MORTELLES EVITABLES**

« Art. L. 55.- Au vu des conclusions de la conférence nationale de santé, des programmes de dépistage organisé de maladies aux conséquences mortelles évitables sont mis en oeuvre dans des conditions fixées par voie réglementaire, sans préjudice de l'application de l'article 68 de la loi de finances pour 1964 (n° 63-1241 du 19 décembre 1963).

« La liste de ces programmes est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Les professionnels et organismes qui souhaitent participer à la réalisation des programmes susmentionnés s'engagent contractuellement auprès des organismes d'assurance maladie, sur la base d'une convention-type fixée par arrêté interministériel pris après avis de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, à respecter les conditions de mise en oeuvre de ces programmes. Celles-ci concernent notamment l'information du patient, la qualité des examens, des actes et soins complémentaires, le suivi des personnes et la transmission des informations nécessaires à l'évaluation des programmes de dépistage dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

« Un décret fixe la liste des examens et tests de dépistage qui ne peuvent être réalisés que par des professionnels et des organismes ayant souscrit à la convention-type mentionnée à l'alinéa précédent.

« L'Etat participe aux actions d'accompagnement, de suivi et d'évaluation de ces programmes. »

#### **Exposé des motifs**

La conférence nationale de santé a préconisé un dispositif de dépistage visant à réduire les risques de maladies aux conséquences mortelles évitables, qui s'adresse à l'ensemble des assurés sociaux. Le dépistage permet de réduire à terme l'incidence des pathologies mortelles, dont les pathologies cancéreuses, d'autant plus graves et coûteuses qu'elles sont décelées tardivement. Il concourt donc à la promotion de la santé publique ainsi qu'à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

L'article L. 55 du code de la santé publique définit les critères de qualité que les programmes de dépistage devront obligatoirement respecter. Ces programmes seront mis en oeuvre par convention avec les professionnels et les structures qui le souhaitent et qui satisfont aux critères de qualité. A terme, l'exécution de certains examens et tests de dépistage ne pourra plus être réalisée que par les professionnels et structures conventionnés.

Le financement de ces actions est mis à la charge de l'assurance maladie, ce qui suppose de modifier le code de la sécurité sociale sur deux points :

- d'une part, intégrer ces actes de dépistage dans le périmètre d'intervention de l'assurance maladie (modification à l'article L. 321-1 pour le régime général et les régimes alignés et de l'article L. 615-14 pour le régime des professions indépendantes) ; parallèlement, compléter les dispositions relatives au remboursement des frais médicaux (modification du 1° de l'article L. 312-1 et adjonction d'un 12° à l'article L. 615-14) ;

- d'autre part, assurer la prise en charge à 100 % des actes de dépistage organisé.

Les programmes de dépistage figurent sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Le respect des conditions posées par l'article L. 55 du code de la santé publique conditionne la prise en charge intégrale de ces actes au titre des prestations légales de l'assurance maladie.

#### **Article 16**

I.- A la section IV du chapitre Ier du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, sont insérés les articles L. 161-28-1 à L. 161-28-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 161-28-1.* - Il est créé un système national d'information interrégimes de l'assurance maladie qui contribue :

« 1° A la connaissance des dépenses de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par circonscription géographique, par nature de dépenses, par catégorie de professionnels responsables de ces dépenses et par professionnel ou établissement ;

« 2° A la transmission en retour aux prestataires de soins d'informations pertinentes relatives à leur activité et leur revenu, et s'il y a lieu à leurs prescriptions.

« Le système national d'information interrégimes est mis en place par les organismes gérant un régime de base d'assurance maladie. Ces derniers transmettent au système national d'information interrégimes de l'assurance maladie les données nécessaires.

« Les modalités de gestion et de renseignement du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, définies conjointement par protocole passé entre au moins la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la caisse centrale de mutualité sociale agricole et la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés, sont approuvées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« Les données reçues et traitées par le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie préservent l'anonymat des personnes ayant bénéficié des prestations de soins.

« *Art. L. 161-28-2.* - Afin de garantir la qualité du recueil et du traitement des données relatives aux dépenses d'assurance maladie, il est créé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale un conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie.

« Ce conseil est composé du président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale ou son représentant, du président de la commission des affaires sociales du Sénat ou son représentant, du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, de représentants des caisses nationales d'assurance maladie, des professions de santé et de personnalités qualifiées dans les domaines de l'information de santé ou des statistiques.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

« *Art. L. 161-28-3.* - Le conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie est chargé :

« 1° De veiller à la qualité du recueil et du traitement des informations statistiques produites par l'assurance maladie, relatives aux soins de ville ;

« 2° De donner un avis sur la qualité des informations statistiques produites par les organismes d'assurance maladie dans le domaine des soins de ville et de contribuer par ses avis à définir la nature et les destinataires des productions statistiques dans le domaine des soins de ville, utiles à la connaissance des pratiques de soins et des dépenses de santé ;

« 3° De donner aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale un avis sur la mise en oeuvre des dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-29, notamment sur les conditions d'élaboration du codage des pathologies ainsi que sur les modalités de collecte, de traitement et d'utilisation des données issues de ce traitement.

« Le conseil établit chaque année un rapport aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Pour l'information du Parlement, le Gouvernement lui présente ce rapport, chaque année, pendant cinq ans, lors du dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

« *Art. L. 161-28-4.* - Les organismes d'assurance maladie sont tenus d'adresser communication au conseil de la description précise des traitements des informations statistiques relatives aux soins de ville qu'ils mettent en oeuvre ainsi que les informations statistiques qu'ils produisent dans le domaine des soins de ville. »

II.- L'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au cinquième alinéa, les mots : « l'article 378 du code pénal » sont remplacés par les mots : « les articles 226-13 et 226-14 du code pénal » ;

2° Au sixième alinéa, les mots : « du comité national paritaire de l'information médicale visé à l'article L. 161-30 » sont remplacés par les mots : « du conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie mentionné à l'article L. 161-28-2 ».

III.- L'article L. 161-30 du même code est abrogé.

### **Exposé des motifs**

Les systèmes nationaux interrégimes (SNIR) de comptabilisation des dépenses d'assurance maladie reposent aujourd'hui sur de simples accords entre régimes. Aucune règle n'oblige l'ensemble des régimes à transmettre les données nécessaires à la caisse qui gère ces systèmes, à savoir la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Le I du présent article crée un système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) en rendant obligatoire cette transmission. Ce système permettra d'identifier précisément les prestations imputables à chaque professionnel ou établissement de santé, selon leur nature et leur montant.

Cette transmission est indispensable au suivi des objectifs de dépenses par les professionnels de santé, les caisses et les pouvoirs publics.

Les modalités de gestion du SNIIRAM seront arrêtées par protocole signé par au moins les trois principaux régimes d'assurance maladie.

L'anonymat des informations reçues et traitées par le SNIIRAM assure le respect du secret médical.

Afin de contribuer à la meilleure information du Parlement et de garantir aux professionnels de santé la fiabilité des chiffres produits par l'assurance maladie dans le domaine des soins de ville, un conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie, placé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, est créé au II du présent article.

Dans son domaine de compétence, il reçoit des organismes d'assurance maladie les documents nécessaires à une évaluation des informations statistiques qu'ils produisent et des traitements permettant la production de ces informations. Il est également chargé de donner son avis sur la mise en oeuvre du codage des actes et des pathologies et se substitue ainsi au comité prévu à l'article L. 161-30 du code de la sécurité sociale.

### **Article 17**

I.- Après le 11° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est créé un 12° et un 13° ainsi rédigés :

« 12° Le cas échéant,

« a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;

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

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

« 13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés. »

II.- L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :  
« Pour la mise en oeuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1. »

#### **Exposé des motifs**

Le Conseil d'Etat statuant au contentieux a, par une décision du 3 juillet 1998, annulé l'arrêté ministériel du 28 mars 1997 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes. Le Conseil a notamment considéré que le champ de la négociation conventionnelle défini à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ne s'étendait pas de manière explicite à la promotion de formes nouvelles d'exercice de la médecine libérale. Les dispositions de la convention prévoyant que le patient peut choisir un médecin « référent » qui assurera le suivi de son dossier médical ont donc été jugées illégales.

Le présent article permet aux parties conventionnelles de définir des modalités de coordination des soins, dans le double souci d'améliorer la qualité des soins et l'utilisation des ressources.

La mise en oeuvre de ces dispositifs est conditionnée par la signature d'un contrat fixant les droits et obligations des parties, passé entre les caisses et les médecins intéressés. Les parties conventionnelles peuvent avoir recours, dans ce cadre, aux dérogations prévues par la loi au bénéfice des actions expérimentales relevant du comité dit Soubie.

Le présent article fait entrer également dans le champ de la négociation conventionnelle la rémunération autrement qu'à l'acte des activités de soins et la rémunération des activités non prescriptives.

Ces mesures structurelles doivent favoriser une médecine moins prescriptive, centrée sur le suivi global du patient : elles participent ainsi à un mécanisme de régulation des dépenses médicales qui affecte directement l'équilibre financier de l'assurance maladie.

#### **Article 18**

I.- Avant le dernier alinéa de l'article 8 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, sont insérées les dispositions suivantes :

« Les unions des médecins exerçant à titre libéral contribuent, en liaison avec l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, à l'information des médecins libéraux sur les pratiques professionnelles individuelles et collectives. Elles organisent des actions d'évaluation des pratiques de ces médecins et contribuent à la diffusion des méthodes et référentiels d'évaluation.

« Pour l'exercice de cette mission, les unions ont recours à des médecins habilités à cet effet par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et notamment à des experts mentionnés à l'article L.791-4 du code de la santé publique. Les médecins habilités procèdent, à la demande des médecins libéraux intéressés, à des évaluations individuelles ou collectives des pratiques.

« Les unions établissent chaque trimestre, avec le concours de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, une analyse de l'évolution des dépenses médicales et communiquent les conclusions à l'ensemble des médecins libéraux de leur ressort.

« Les modalités de mise en oeuvre des présentes dispositions sont fixées par voie réglementaire. »

II.- L'article L. 791-2 du code de la santé publique est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° D'apporter son concours à la mise en oeuvre d'actions d'évaluation des soins et pratiques professionnelles. »

#### **Exposé des motifs**

Par cet article, les unions de médecins exerçant à titre libéral, créées en 1993, voient leurs missions élargies à l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, individuelles et

collectives. Pour ce faire, les unions ont recours à des médecins évaluateurs habilités à cet effet par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Par ailleurs, les unions reçoivent mission d'analyser chaque trimestre les dépenses médicales régionales.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, créée en 1996, compétente au plan de la qualité et de la sécurité des soins, voit son rôle renforcé en matière d'évaluation des pratiques.

Ces dispositions permettent d'agir de façon structurelle sur la qualité des actes et des pratiques médicales. Elles participent donc au mécanisme de régulation des dépenses médicales qui affecte directement l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie.

#### **Article 19**

I.- L'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Au I, les mots : « avant le 31 décembre 1999 » sont remplacés par les mots : « avant le 31 décembre 2004 » ;

2° Il est inséré, après le premier alinéa du I, un alinéa ainsi rédigé :

« A compter du 1er juillet 1999, l'allocation peut n'être attribuée que pour certaines zones géographiques d'exercice, qualifications de généraliste ou de spécialiste, ou spécialités compte tenu des besoins, appréciés par zone, qualification ou spécialité ; elle peut être modulée selon les mêmes critères. » ;

3° Le dernier alinéa du III est ainsi rédigé :

« A défaut de convention conclue dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi n°            du            de financement de la sécurité sociale pour 1999, les dispositions nécessaires à l'application du présent article, à compter du 1er juillet 1999, sont fixées par décret. »

II.- Au 7° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, après les mots : « la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion », sont insérés les mots : « dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale ».

#### **Exposé des motifs**

Le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité des médecins (MICA) a rencontré un succès certain. Le nombre des entrées dans le nouveau dispositif devrait avoisiner 3 000 à la fin de l'année. Mais ces cessations d'activité n'affectent que de manière marginale la répartition par région et par spécialité des médecins de ville, en dépit d'un coût élevé pour l'assurance maladie et les médecins eux-mêmes.

Un outil de régulation de la démographie médicale plus fin et mieux adapté aux besoins sanitaires est donc nécessaire. Tel est l'objet du présent article qui permet une modulation, à compter du 1er juillet 1999, du droit à l'allocation de remplacement selon la zone géographique, la qualification de généraliste ou de spécialiste et, pour les spécialistes, selon la spécialité.

Les possibilités de modulation du MICA sont étendues par ailleurs aux aides à la reconversion que les parties conventionnelles peuvent instituer.

Les dispositions prévues par le présent article permettent ainsi d'agir sur l'offre de soins et sont donc nécessaires à une meilleure régulation des dépenses médicales dont l'évolution affecte l'équilibre financier de l'assurance maladie.

#### **Article 20**

I.- Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1er janvier 1999, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Les professionnels de santé exerçant en ville sont associés à la gestion du fonds.

II.- Le fonds finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels, et le cas échéant d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice.

III.- Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et pour 1999 à 500 millions de francs. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.

IV.- Les modalités de fonctionnement et de gestion du fonds, de participation des représentants des professionnels de santé exerçant en ville ainsi que les aides éligibles à un financement du fonds sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

### **Exposé des motifs**

L'amélioration de la qualité des soins de ville répond aux préoccupations grandissantes des professionnels eux-mêmes et contribue à une meilleure utilisation des ressources au service des patients.

L'exercice professionnel en ville connaît de profondes mutations : l'accélération du progrès thérapeutique et technique, comme les demandes légitimes des patients, commandent que soient recherchées les voies d'une prise en charge de qualité, c'est-à-dire coordonnée et organisée autour des patients eux-mêmes.

Jusqu'ici, les ressources consacrées à la qualité des soins de ville n'ont pas été à la mesure de tels enjeux. La loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 comme la loi de finances ont créé des dispositifs particuliers destinés aux établissements de santé. Il est proposé cette année, pour les soins de ville, d'instituer un fonds permettant d'encourager les pratiques innovantes et d'accélérer les mutations en cours.

Créé pour cinq ans, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en association avec les autres caisses nationales d'assurance maladie et les professionnels de santé, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville, dont la gestion pourra être déconcentrée, a vocation à allouer aux professionnels de santé exerçant en ville, médecins et non médecins, des aides permettant le financement d'actions concourant à la qualité des soins et à une meilleure coordination de la prise en charge.

Il sera doté en 1999 de 500 millions de francs.

### **Article 21**

I.- Il est ajouté à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale un 11° ainsi rédigé :

« 11° Les dispositions permettant aux parties à la convention d'assurer un suivi périodique des dépenses médicales et de prendre toutes mesures, notamment d'ajustement des tarifs mentionnés à l'article L. 162-5-2, de nature à permettre le respect des objectifs prévus au même article. »

II.- L'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-2*- I.- Chaque année, compte tenu de l'objectif des dépenses de soins de ville, une annexe à la ou aux conventions prévues à l'article L. 162-5 fixe, pour les médecins généralistes conventionnés d'une part, pour les médecins spécialistes conventionnés d'autre part, l'objectif des dépenses d'honoraires, de rémunérations, de frais accessoires et de prescription. Cet objectif, dénommé objectif des dépenses médicales, s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile concernée. Il porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail et permet d'établir le montant prévisionnel des dépenses médicales.

« L'annexe annuelle fixe également la décomposition de ce montant en :

« 1° Un montant prévisionnel des dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins ;

« 2° Un montant prévisionnel des dépenses de prescription des médecins, établi notamment au vu des orientations relatives au médicament.

« L'annexe annuelle détermine en outre, dans des limites définies par décret, l'écart entre le montant prévisionnel des dépenses médicales et le montant constaté à partir duquel il est fait application des dispositions des IV et V du présent article ou des II, III et IV de l'article L. 162-5-3.

« II.- L'annexe annuelle fixe les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la ou les conventions.

« L'objectif des dépenses médicales peut comprendre une provision pour revalorisation d'honoraires. Une revalorisation d'honoraires ne peut être accordée si elle n'a été préalablement provisionnée.

« III.- L'annexe annuelle établit le montant constaté des dépenses médicales des médecins conventionnés nécessaire à la mise en oeuvre des dispositions des IV et V du présent article et de l'article L. 162-5-3. Ce montant est arrêté par les parties à la convention, dans les conditions prévues par l'avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion mentionné à l'article L. 227-1, et après avis du secrétaire général permanent de la commission des comptes de la sécurité sociale prévue à l'article L. 114-1.

« IV.- Lorsque le montant constaté des dépenses médicales de l'année est inférieur à l'objectif mentionné au I, la différence est versée à un fonds de régulation, selon des modalités de calcul et dans les limites déterminées par décret en Conseil d'Etat, en fonction des dépenses constatées d'une part sur les honoraires, rémunérations et frais accessoires et d'autre part sur les prescriptions, et à due concurrence de la provision.

« V.- Au vu du constat mentionné au III, l'annexe annuelle détermine :

« a) La part des sommes versées au fonds de régulation affectées au financement des actions non reductibles de modernisation du système de soins, et notamment des actions mentionnées au 12° de l'article L. 162-5 ;

« b) Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins dont les tarifs seront revalorisés, ainsi que le niveau et la date d'effet de ces revalorisations, à concurrence du montant global résultant de l'application du IV.

« VI.- La charge des sommes versées au fonds de régulation est répartie entre les régimes d'assurance maladie qui financent le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés prévu à l'article L. 722-4 selon les modalités fixées au titre du même exercice pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 722-4. »

III.- L'article L. 162-5-3 du code la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-3.- I.-* Lorsque, à l'occasion du suivi des dépenses médicales prévu au 11° de l'article L. 162-5, les parties à la convention constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application de l'article L. 162-5-2, elles déterminent au vu, une première fois des résultats des quatre, une deuxième fois des résultats des huit premiers mois de l'année, les mesures de nature à garantir son respect, et notamment, le cas échéant, les ajustements des tarifs nécessaires, ainsi que la durée d'application de ces nouveaux tarifs qui ne saurait, sous réserve des dispositions du III de l'article L. 162-5-8, aller au-delà du 31 décembre de l'année en cours.

« Les nouveaux tarifs établis en application de l'alinéa précédent sont mis en oeuvre par voie d'avenant à l'annexe annuelle prévue à l'article L. 162-5-2, transmis au plus tard respectivement les 30 juin et 30 octobre pour approbation. En l'absence de notification d'une opposition d'un des ministres compétents à l'avenant dans le délai de quinze jours après sa

transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, l'avenant est réputé approuvé.

« A défaut de constat établi ou de mesures proposées par les parties conventionnelles, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou une autre caisse nationale signataire de la convention mentionnée à l'article L. 162-5 peut proposer, au plus tard respectivement les 15 juillet et 15 novembre, à l'Etat de modifier, par arrêté interministériel pris au plus tard respectivement les 31 juillet et 30 novembre, les tarifs mentionnés au premier alinéa et leur durée d'application.

« Lorsqu'il apparaît que les mesures proposées au titre des trois alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses médicales, un arrêté interministériel fixe, au plus tard respectivement les 31 juillet et 30 novembre, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les tarifs mentionnés au premier alinéa et leur durée d'application.

« II.- En cas de non-respect de l'objectif prévisionnel des dépenses médicales, les médecins conventionnés sont redevables d'une contribution conventionnelle.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le montant exigible de l'ensemble des médecins conventionnés, qui ne peut excéder le montant global du dépassement constaté, est calculé en fonction des honoraires perçus et des prescriptions réalisées.

« Les sommes affectées au fonds de régulation, à l'exception de la part mentionnée au *a* du V de l'article L. 162-5-2, sont, sans préjudice de l'application des III et IV du présent article, imputées sur la somme ainsi calculée.

« L'annexe annuelle prévue à l'article L. 162-5-2 fixe le montant global mis à la charge de l'ensemble des médecins conventionnés.

« III.- La somme exigible est mise à la charge des médecins conventionnés dans les conditions ci-après.

« La contribution conventionnelle est due par l'ensemble des médecins adhérents à la convention ou au règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9.

« La charge de cette contribution est répartie entre les médecins conventionnés en fonction des revenus au sens de l'article L. 131-6 qu'ils ont tirés de leurs activités professionnelles définies à l'article L. 722-1 au cours de l'année pour laquelle le dépassement est constaté.

« Les médecins qui, au 31 décembre de l'année pour laquelle le dépassement est constaté, justifient, depuis la date de leur première installation à titre libéral, d'un nombre d'années d'exercice libéral au plus égal à sept ans, sont exonérés de cette contribution. Toutefois, la ou les conventions prévues à l'article L. 162-5 peuvent déterminer un plafond des revenus au sens de l'alinéa précédent au-delà duquel ils ne peuvent bénéficier de cette exonération.

« Le taux de la contribution conventionnelle est fixé par arrêté, au plus tard le 31 juillet de l'année civile suivant celle pour laquelle le dépassement est constaté, de telle façon que le produit global de la contribution représente une somme égale à celle définie au dernier alinéa du II du présent article.

« La ou les conventions prévues à l'article L. 162-5 peuvent déterminer les conditions dans lesquelles le taux de cette contribution est modulé en fonction du niveau des revenus et du choix du médecin d'appliquer des honoraires différents de ceux fixés par la convention, sous la réserve que le montant global de cette contribution soit inchangé.

« La contribution conventionnelle est déductible du bénéfice imposable.

« IV.- La contribution conventionnelle est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants.

« Les modalités de versement de la contribution sont fixées par décret. Elles peuvent prévoir le versement d'un acompte calculé, à titre provisionnel, sur la base des revenus afférents à l'avant-dernière année, ou, le cas échéant, sur la base de revenus forfaitaires définis par décret. « Le produit de la contribution conventionnelle est réparti entre les différents régimes d'assurance maladie qui financent le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés prévu à l'article L. 722-4 selon les modalités fixées au titre du même exercice pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 722-4. »

IV.- L'article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-4.*- En cas de non paiement, total ou partiel, par le médecin du montant de la contribution conventionnelle prévue à l'article L. 162-5-3 dans le délai de deux mois après sa date limite de paiement, les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général en informent, dans les deux mois qui suivent, la caisse primaire d'assurance maladie. Celle-ci peut, après que ce médecin a été mis en mesure de présenter ses observations, le placer hors de la convention ou du règlement conventionnel minimal, pour une durée de un à six mois. La caisse peut tenir compte, pour établir la durée du déconventionnement, du montant de la contribution conventionnelle. Les litiges relatifs à cette décision sont de la compétence des tribunaux administratifs. »

### **Exposé des motifs**

L'article instaure un dispositif de régulation des dépenses médicales donnant aux partenaires conventionnels de larges responsabilités et assurant un suivi régulier des dépenses au cours de l'année.

Il introduit au I dans le champ de la ou des conventions médicales l'obligation pour les parties conventionnelles d'assurer un suivi des dépenses au cours de l'année.

Au II, l'article prévoit qu'une annexe annuelle à la ou aux conventions fixe les objectifs de dépenses médicales pour les médecins généralistes d'une part et les médecins spécialistes d'autre part (article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale). Cette annexe fixe également les tarifs. Elle peut assortir l'objectif d'un « tunnel » et prévoir une provision pour revalorisation d'honoraires.

Le mécanisme de « tunnel » de part et d'autre de l'objectif permet de ne déclencher les mécanismes du II et du III qu'au cas où les dépenses constatées de l'exercice sont inférieures à la borne basse ou supérieures à la borne haute du tunnel.

Les partenaires conventionnels procèdent dans cette même annexe, au titre de l'année écoulée, à l'établissement du constat des dépenses médicales, après avis du secrétaire général permanent de la commission des comptes de la sécurité sociale. Les dépenses constatées de l'exercice sont ensuite comparées à l'objectif de ce même exercice.

Si les dépenses constatées sont inférieures à l'objectif, une fraction de la différence est versée à un fonds de régulation. Cette fraction, qui ne peut excéder la provision, est déterminée selon des règles fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les parties conventionnelles fixent dans l'annexe la part de la somme affectée au fonds qui est destinée au financement d'actions non reconductibles de modernisation du système de soins.

Par ailleurs, les parties conventionnelles déterminent dans l'annexe les honoraires, rémunérations ou frais accessoires qui sont revalorisés. Les dépenses résultant de cette revalorisation ne peuvent excéder une somme égale à celle affectée au fonds.

Au III, l'article prévoit un mécanisme conventionnel de régulation infra-annuel, au vu des dépenses des quatre et huit premiers mois de l'année. Les partenaires conventionnels peuvent corriger, si besoin est, la tendance d'évolution des dépenses médicales par des mesures portant notamment sur les tarifs (article L. 162-5-3 du code).

A défaut de mesures prises par les parties conventionnelles, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), ou une autre casse nationale, peut en proposer à l'Etat.

Au cas où les mesures ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif, l'Etat peut, après avis de la CNAMTS, procéder aux ajustements de tarifs nécessaires.

Si les dépenses excèdent l'objectif d'un montant supérieur aux sommes disponibles au fonds de régulation, l'article prévoit la mise à la charge des médecins d'une contribution conventionnelle.

Les médecins en sont exonérés pendant une période de sept ans à compter de leur première installation ; toutefois les partenaires conventionnels peuvent fixer un niveau de revenus au-delà duquel cette exonération ne serait pas appliquée.

La contribution totale exigible des médecins est calculée en fonction du dépassement sur les honoraires et les prescriptions. Pour chaque médecin, elle est proportionnelle au revenu tiré de l'activité libérale au titre de l'année du dépassement. Son taux est fixé par arrêté au plus tard le 30 juin. Elle est recouvrée par les URSSAF sous les garanties et sanctions applicables aux cotisations personnelles d'allocations familiales.

La ou les conventions médicales peuvent déterminer, sous réserve que le montant global de la contribution soit inchangé, une modulation du taux en fonction du niveau des revenus et de la situation du médecin au regard des caractéristiques de son conventionnement.

Le IV de l'article prévoit enfin la possibilité de déconventionner, pour une durée n'excédant pas six mois, le médecin qui ne paie pas la totalité de la contribution due (article L. 162-5-4).

#### **Article 22**

I.- Les objectifs des dépenses médicales et les provisions applicables aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes pour l'année 1998 sont ceux fixés par l'annexe IV à l'arrêté du 10 juillet 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale.

II.- En cas de respect de l'objectif des dépenses médicales mentionné au I, et si l'écart entre cet objectif et le montant constaté des dépenses est supérieur à un taux fixé par décret, la différence constatée est versée, à due concurrence de la provision, au fonds de régulation mentionné au IV de l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale.

III.- En cas de non-respect de l'objectif des dépenses médicales mentionné au I, et si l'écart entre cet objectif et le montant constaté des dépenses est supérieur à un taux fixé par décret, le montant exigible de l'ensemble des médecins conventionnés, mentionné au II de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est calculé, respectivement pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, en fonction des honoraires perçus et des prescriptions réalisées, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

#### **Exposé des motifs**

Le présent article confirme les objectifs des dépenses médicales fixés par les parties conventionnelles pour 1998 et repris dans l'arrêté du 10 juillet 1998 portant règlement conventionnel minimal ; il fixe les règles applicables en cas de respect ou de non-respect de ces objectifs.

Si les objectifs sont respectés, les dispositions de l'article 21 s'appliquent : la différence entre les dépenses constatées et l'objectif est versée au fonds de régulation. Dans le cas inverse, le montant global de la contribution sera calculé selon des modalités conformes aux règles antérieurement en vigueur.

#### **Article 23**

I.- Il est inséré, après l'article L. 512-2 du code de la santé publique, un article L. 512-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 512-3.- Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

« Toutefois, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription, et sous réserve, en ce qui concerne les spécialités figurant sur la liste prévue à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, que cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.

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

II.- Le premier alinéa de l'article L. 601-6 du code de la santé publique est modifié comme suit :

1° A la première phrase, après les mots : « d'une autre spécialité », sont insérés les mots : « , appelée spécialité de référence, » et les mots : « l'autre spécialité » sont remplacés par les mots : « la spécialité de référence » ;

2° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. »

III.- L'article L. 716-10 du code de la propriété intellectuelle est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'infraction prévue au *b* de l'alinéa précédent n'est pas constituée en cas d'exercice par un pharmacien de la faculté de substitution prévue à l'article L. 512-3 du code de la santé publique.»

IV.- A la section IV du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, les deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 162-16 sont remplacés par les trois alinéas suivants :

« Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application du deuxième alinéa de l'article L. 512-3 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste prévue à l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.

« En cas d'observation de cette condition, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée à l'alinéa précédent, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire défini par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.

« Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale. »

#### **Exposé des motifs**

L'insuffisant développement, à ce jour, des médicaments génériques amène à agir sur leur délivrance en pharmacie d'officine. Compte tenu d'un écart moyen de prix de 30 % entre les médicaments princeps et génériques, le développement du marché des génériques permettrait à terme une économie évaluée à 4 milliards de francs.

Le présent article définit dans le code de la santé publique la spécialité de référence et le groupe générique. Il confère par ailleurs aux pharmaciens un droit de substitution entre spécialité prescrite et spécialité appartenant au même groupe générique.

Le code de la propriété intellectuelle est modifié afin que l'exercice du droit de substitution par le pharmacien ne soit pas constitutif d'une infraction.

Le présent article précise enfin que la substitution n'est possible que si elle entraîne pour l'assurance maladie une économie.

#### **Article 24**

I.- L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-16-1.* -Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique du médicament conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, des prix des médicaments comparables, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.

« Ce prix comprend les marges prévues par l'arrêté interministériel mentionné à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix.

« Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. »

II.- L'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-17-4.* - En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique du médicament peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa de l'article L. 162-17. Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :

« 1° Le prix de ces médicaments et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de vente ;

« 2° Le cas échéant, les remises prévues en application de l'article L. 162-18 ;

« 3° Les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités.

« Le Comité économique du médicament assure un suivi périodique des dépenses de médicaments en vue de constater l'évolution de ces dépenses par rapport à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L.O. 111-3.

« Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.

« Lorsque, à l'occasion de ce suivi, le comité constate que l'évolution des dépenses de médicaments n'est pas compatible avec le respect de l'objectif mentionné à l'alinéa précédent, il détermine les mesures de nature à permettre de le respecter. Dans ce cas, le Comité économique du médicament peut demander la modification des prix des médicaments fixés par convention ; en cas de refus de l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant de rendre la convention compatible avec le respect de l'objectif précité, le comité peut résilier la convention.

« Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

#### **Exposé des motifs**

Le Comité économique du médicament peut conclure des conventions avec les entreprises pharmaceutiques, en vue notamment de fixer le prix des médicaments pris en charge par l'assurance maladie. Ces conventions sont conclues en application des orientations annuelles données au comité par les ministres compétents.

Le présent article a tout d'abord pour objet de préciser le contenu des conventions. Celles-ci déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, notamment le prix des médicaments qu'elles visent et éventuellement l'évolution de ces prix et les remises prévues en application de l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, ainsi que les engagements de l'entreprise relatifs à sa politique de promotion.

Par ailleurs, le comité est chargé d'assurer un suivi de l'évolution des dépenses de médicaments au regard de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Le comité, au vu des dépenses des quatre et huit premiers mois de l'année, peut demander aux entreprises de modifier leurs prix, afin de rendre les conventions compatibles avec l'objectif précité ; en cas de refus d'une entreprise de signer un avenant, le comité peut résilier la convention.

[RETOUR SOMMAIRE](#)

### Article 25

I.- Au titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, dans l'intitulé du chapitre VIII, le mot : « Contribution » est remplacé par le mot : « Contributions ».

II.- Au même chapitre, il est créé deux sections :

1° La section 1, intitulée : « Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique », et qui comprend les articles L. 138-1 à L. 138-9 ;

2° La section 2, intitulée : « Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique », et qui comprend les articles L. 138-10 à L. 138-19 ainsi rédigés :

« Art. L. 138-10.- Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique du médicament, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des spécialités inscrites sur ladite liste, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

« Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires déclaré de l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K* et/ou égal à K+ 1 point	0,15%
T supérieur à K+1 point et inférieur ou égal à K+2 points	0,65%
T supérieur à K+2 points et inférieur ou égal à K+4 points	1,3%
T supérieur à K+4 points et inférieur ou égal à K+5,5points	2,3%
T supérieur à K+5,5 points	3,3%

\* K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche

« Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu une convention avec le Comité économique du médicament en application des articles L. 162-16-1 et suivants du présent code, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des spécialités mentionnées à l'article L. 162-17 exploitées par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique du médicament avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

« Pour le déclenchement de la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités mentionnées à l'article L. 162-17 par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

« *Art. L. 138-11.*- Le montant global de la contribution tel que calculé en application de l'article L. 138-10 est ainsi réparti :

« *a)* À concurrence de 30 %, sur le chiffre d'affaires des entreprises redevables tel que défini à l'article L. 138-10 ;

« *b)* À concurrence de 40 %, sur la progression du chiffre d'affaires tel que défini à l'article L. 138-10, réalisé en France par les entreprises redevables au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17, par rapport au chiffre d'affaires réalisé en France au titre des spécialités inscrites sur ladite liste par les mêmes entreprises, lorsque cette progression est supérieure au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel que défini à l'article L. 138-10 ;

« *c)* À concurrence de 30 %, sur les charges exposées par l'ensemble des entreprises redevables, au titre des dépenses de prospection et d'information visées à l'article L. 245-1.

« Les entreprises créées depuis moins de deux ans ne sont pas redevables de la part de la contribution mentionnée au *b* du présent article, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

« Les règles d'exonération prévues par l'article L. 245-4 sont applicables à la part de la contribution prévue au *c* du présent article.

« *Art. L. 138-12.*- La fraction de la part de la contribution prévue au *a* de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre son chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, et le montant total du chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, déclaré par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.

« La fraction de la part de la contribution visée au *b* de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre la progression de son chiffre d'affaires et la somme des progressions de chiffres d'affaires supérieures au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, déclarées par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.

« La fraction de la part de la contribution visée au *c* de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre le montant versé par l'entreprise en application de l'article L. 245-1 et le montant total de la contribution versée par l'ensemble des entreprises redevables en application du même article L. 245-1, à l'échéance du 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution visée à l'article L. 138-10 est due, multiplié par le montant total de ladite part.

« Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les éléments nécessaires au calcul des parts de contribution susmentionnées.

« Le montant de la contribution ne peut excéder, pour chaque entreprise assujettie, 10 % du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-10.

« *Art. L. 138-13.*- Les parts de la contribution mentionnées au *a* et au *b* de l'article L. 138-11 font l'objet d'un versement au plus tard le 30 juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

« La part de la contribution mentionnée au *c* de l'article L. 138-11 fait l'objet d'un versement provisionnel au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ce versement provisionnel est assis sur les sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due. Ce montant est régularisé le 30 juin de l'année suivant l'année au cours de laquelle est effectué le versement provisionnel. Cette régularisation est établie sur la base des sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er décembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.

« *Art. L. 138-14.*- La contribution est recouvrée et contrôlée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1. Pour le contrôle, l'agence est assistée, en tant que de besoin, par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

« *Art. L. 138-15.*- Les entreprises redevables sont tenues d'adresser à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale les éléments nécessaires pour déterminer leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 15 février de l'année suivante.

« Les éléments servant de base à l'établissement de la contribution prévue au *c* de l'article L. 138-11 sont ceux prévus pour l'établissement de la contribution prévue à l'article L. 245-1 ayant donné lieu aux versements effectués au 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution prévue à l'article L. 138-10 est due.

« En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

« *Art. L. 138-16.*- En cas de non-déclaration dans les délais prescrits ou de déclaration manifestement erronée de certaines entreprises redevables, le taux de croissance du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables est déterminé par le rapport entre la somme des chiffres d'affaires valablement déclarés au titre de l'année civile et la somme des chiffres d'affaires réalisés par les mêmes entreprises au titre de l'année civile précédente.

« *Art. L. 138-17.*- Lorsqu'une entreprise redevable n'a pas produit les éléments prévus à l'article L. 138-15 dans les délais prescrits ou a produit une déclaration manifestement erronée, les trois parts de la contribution sont appelées à titre provisionnel :

« 1° Pour l'application de la part de la contribution mentionnée au *a* de l'article L. 138-11, sur la base du dernier chiffre d'affaires connu, majoré de 20 % ;

« 2° Pour l'application de la part de la contribution mentionnée au *b* de l'article L. 138-11, sur la base du dernier chiffre d'affaires connu, majoré de 20 % ;

« 3° Pour l'application de la part de la contribution mentionnée au *c* de l'article L. 138-11, sur la base du dernier versement effectué, majoré de 20 %.

« Lorsque l'entreprise redevable produit ultérieurement la déclaration considérée, le montant de la part de la contribution due au titre de l'année est majoré de 10 %. Cette majoration peut faire l'objet d'une demande de remise gracieuse.

« *Art. L. 138-18.*- Le produit de la contribution est réparti dans les conditions prévues par l'article L. 138-8.

« Art. L. 138-19.- Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-10 s'entend de ce groupe.

« Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle est appelée la contribution, en application des dispositions de l'article L. 357-1 du code des sociétés, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.

« Toutefois, la société qui acquitte la contribution adresse à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe, et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents. »

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

#### **Exposé des motifs**

Les conventions conclues avec le Comité économique du médicament ont pour but de rendre les dépenses de médicament compatibles avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Une clause de sauvegarde économique est nécessaire pour les entreprises n'ayant pas conclu une telle convention.

Le présent article institue à cet effet une contribution qui n'est prélevée que lorsque le chiffre d'affaires de l'ensemble de ces entreprises s'est accru d'un taux supérieur au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, au cours d'une année civile par rapport à l'année civile précédente. Le taux de la contribution varie en fonction de la progression du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables.

Le montant de la contribution est réparti en trois parts relevant de trois assiettes différentes. La première assiette est constituée du chiffre d'affaires, la seconde de la progression du chiffre d'affaires et la dernière des dépenses de promotion.

Cette contribution est versée le 30 juin au titre de l'année civile précédente. La clause de sauvegarde s'appliquera à compter de l'exercice 1999.

#### **Article 26**

I.- Au titre de l'année 1998, les entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique sont redevables d'une contribution assise :

a) Sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France du 1er janvier au 31 décembre 1998 au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 du code de la sécurité sociale et L. 618 du code de la santé publique par les mêmes entreprises ;

b) Sur l'excédent, lorsqu'il existe, de leur chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France du 1er janvier au 31 décembre 1998 au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 du code de la sécurité sociale et L. 618 du code de la santé publique, par rapport au chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France du 1er janvier au 31 décembre 1997, au titre des spécialités inscrites sur lesdites listes, par les mêmes entreprises, pour la part de cet excédent supérieure à 2,3 % ;

c) Sur les charges exposées au titre des dépenses de prospection et d'information mentionnées à l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale.

II.- Le taux de la part de la contribution définie au a du I du présent article, due par chaque entreprise, est fixé par décret à un niveau compris entre 0,4 et 0,8 %.

Le taux de la part de la contribution définie au b du I du présent article, due par chaque entreprise, est fixé par décret à un niveau compris entre 15 et 35 %.

Le montant de la part de la contribution définie au c du I du présent article, due par chaque entreprise, est calculé en appliquant au montant versé par l'entreprise au titre de la contribution versée le 1er décembre 1998 en application de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, un taux fixé par décret à un niveau compris entre 20 et 40 %.

III.- Sont exonérées du versement de la contribution, les entreprises dont le chiffre d'affaires est, pour la période du 1er janvier 1997 au 31 décembre 1997, inférieur à 100 millions de francs, sauf si elles sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé réalisé en France au titre des mêmes spécialités dépasse cette limite. En tout état de cause, pour la part de la contribution définie au c du I du présent article, sont applicables les règles d'exonération prévues par l'article L. 245-4 du code de la sécurité sociale.

IV.- Les entreprises visées au I du présent article sont tenues de déclarer à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale les éléments nécessaires à la détermination de l'assiette afférente à la contribution visée au I au plus tard le 1er avril 1999.

La contribution est versée au plus tard le 31 août 1999. Elle est recouvrée et contrôlée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale. Pour le contrôle, l'agence est assistée, en tant que de besoin, par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

V.- Lorsqu'une entreprise visée au I n'a pas produit la déclaration prévue au IV dans les délais prescrits ou a produit une déclaration manifestement erronée, le montant global de la contribution est fixé à titre provisionnel à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France du 1er janvier 1997 au 31 décembre 1997, au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 du code de la sécurité sociale et L. 618 du code de la santé publique.

Si la déclaration est produite ultérieurement, le montant de la contribution due est majoré de 10 %. Cette majoration peut faire l'objet d'une demande de remise gracieuse. Si la déclaration n'a pas été produite le 31 décembre 1999 au plus tard, le montant de la contribution calculé à titre provisionnel devient définitif ; il n'est pas compris dans les charges déductibles de l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

VI.- Lorsqu'une entreprise exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique appartient à un groupe, la notion d'entreprise visée au présent article s'entend de ce groupe.

Le groupe visé à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant le 31 décembre 1998, en application des dispositions de l'article L. 357-1 du code des sociétés, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article. Le chiffre d'affaires visé au I, pris en compte pour le calcul de la contribution exceptionnelle, est celui réalisé par les entreprises membres de ce groupe.

VII.- Le produit de la contribution est réparti dans les conditions prévues par l'article L. 138-8 du code de la sécurité sociale.

VIII.- Le total de la contribution ne peut excéder, pour chaque entreprise assujettie, 10 % du chiffre d'affaires hors taxes visé au a du I du présent article.

#### **Exposé des motifs**

Le dispositif des articles 24 et 25 entrera en application pour les dépenses réalisées au titre de l'année 1999.

Compte tenu de la forte progression des dépenses consacrées aux médicaments constatée au cours des premiers mois de l'année 1998, il convient de mettre en oeuvre une contribution exceptionnelle relative à cet exercice.

Le présent article institue à cet effet une contribution sur les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés. Cette contribution est répartie, comme celle de l'article 25, en trois parts relevant de trois assiettes différentes. La première assiette est constituée du chiffre d'affaires, la seconde de la progression du chiffre d'affaires et la dernière des dépenses de promotion.

#### **Article 27**

I.- Il est créé, après l'article 27 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, un article 27-1 ainsi rédigé :

« *Art. 27-1.* Le représentant de l'Etat ne peut modifier les prévisions de recettes et dépenses mentionnées au 5° de l'article 26-1 et imputables à chacune des prestations prises en charge par l'assurance maladie que pour les motifs suivants :

« 1° Les prévisions de recettes ou de dépenses sont insuffisantes ;

« 2° Les prévisions de dépenses ou de recettes ne sont pas compatibles avec les objectifs ou les dotations régionales ou départementales fixés dans les conditions prévues à l'article 27 *quinquies* ;

« 3° Les prévisions de dépenses sont manifestement excessives ou injustifiées, compte tenu des conditions de satisfaction des besoins de la population, de l'évolution de l'activité et des coûts des structures fournissant des services analogues ; l'appréciation de ces critères peut être faite par référence aux conventions élaborées dans les conditions prévues, selon le cas, aux articles 2 et 11-2 de la présente loi.

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

II.- Il est inséré dans la même loi un article 27 *quinquies* ainsi rédigé :

« *Art. 27 quinquies.*- I.- Le financement de celles des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses.

« Les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget fixent annuellement cet objectif, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, 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 correspondantes.

« Ce montant total 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.

« Ce montant total annuel est constitué en dotations limitatives régionales. Le montant de ces dotations est fixé par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale en fonction des besoins de la population, des orientations définies par les schémas prévus à l'article 2-2, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions ; les dotations régionales sont réparties en dotations départementales limitatives par le préfet de région, en liaison avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et les préfets concernés ; ces dotations départementales limitatives peuvent, dans les mêmes conditions, être réparties par le préfet en dotations affectées par catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations dans des conditions fixées par décret.

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

III.- Avant le deuxième alinéa de l'article 11-1 de la même loi, est inséré l'alinéa suivant :

« Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner, pour les budgets des organismes de sécurité sociale, des charges injustifiées ou excessives, compte tenu des objectifs et dotations définis à l'article 27 *quinquies* de la présente loi. »

IV.- Le dernier alinéa de l'article L. 174-7 du code de la sécurité sociale ainsi que le dernier alinéa de l'article 27 de la loi du 30 juin 1975 précitée sont abrogés.

#### **Exposé des motifs**

Le présent article étend aux établissements et services sociaux et médico-sociaux financés par l'assurance maladie le dispositif de régulation applicable aux établissements de santé, afin de concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Cet article permet au représentant de l'Etat, tant dans le cadre de la procédure budgétaire contradictoire qui est maintenue au I que dans celui de la procédure d'autorisation prévue au III, d'appuyer sa décision sur l'existence des objectifs et des dotations régionales et départementales instituées par le II.

La réforme de la loi du 30 juin 1975, annoncée par le Gouvernement, permettra de moderniser globalement le cadre d'intervention de ces établissements et services, en vue d'apporter la réponse la plus adaptée possible aux besoins des populations fragiles dont ils assurent la prise en charge.

#### **Article 28**

L'article L. 361-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art L. 361-1.-* Sans préjudice de l'application de l'article L. 313-1, l'assurance décès garantit aux ayants droit de l'assuré le paiement d'un capital égal à un multiple du gain journalier de base tel qu'il est défini à l'article L. 323-4 lorsque l'assuré, moins de trois mois avant son décès, exerçait une activité salariée, percevait l'une des allocations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 311-5, était titulaire d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 341-1 ou d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 371-1, ou lorsqu'il bénéficiait, au moment de son décès, du maintien de ses droits à l'assurance décès au titre de l'article L. 161-8. »

#### **Exposé des motifs**

Cet article étend le bénéfice du capital décès aux ayants droit des ressortissants du régime général, des titulaires d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail et de maladie professionnelle.

Le coût de cette mesure est estimé à 270 millions de francs.

[RETOUR SOMMAIRE](#)

### Section 3

#### **Branche vieillesse**

#### **Article 29**

I.- L'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 351-11.-* Un arrêté interministériel fixe :

« 1° Le coefficient de majoration applicable aux salaires et aux cotisations servant de base au calcul des pensions ou rentes ;

« 2° Le coefficient de revalorisation applicable aux pensions déjà liquidées.

« Ces coefficients sont fixés conformément au taux prévisionnel d'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation de tous les ménages hors les prix du tabac, qui est prévu, pour l'année civile considérée, dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances. »

II.- L'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 341-6.-* Les salaires servant de base au calcul des pensions et les pensions déjà liquidées sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L. 351-11. »

III.- Les dispositions de l'article L. 357-4-1 et du premier alinéa de l'article L. 357-6 restent inchangées.

IV.- A l'article L. 434-17, les mots : « par les arrêtés pris sont supprimés. »

V.- Les dispositions du I ci-dessus sont applicables pour l'année 1999.

### **Exposé des motifs**

Le présent article précise les modalités de revalorisation au 1<sup>er</sup> janvier 1999 applicables aux avantages de vieillesse et d'invalidité servis par le régime général, ainsi qu'aux salaires reportés au compte individuel de chaque assuré et aux rentes d'accident du travail.

La revalorisation sera égale à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation de tous les ménages (hors les prix du tabac) pour l'année 1999, telle que prévue dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 1999.

L'application des règles précédemment en vigueur aurait conduit à minorer cette revalorisation de la différence entre le taux prévisionnel d'évolution des prix sur lequel a été basée la revalorisation au 1<sup>er</sup> janvier 1998 et le taux réellement constaté, soit 0,5 %.

Les modalités de revalorisation prévues pour 1999 consolident donc un gain de pouvoir d'achat de 0,5 % pour les titulaires de pensions de retraite de régime général et des régimes alignés et assurent aux retraités une participation aux fruits de la croissance, dans l'attente du diagnostic que doit établir le Commissaire général du Plan en concertation avec les partenaires sociaux. Ce diagnostic, qui porte sur l'ensemble des régimes de retraite, doit apprécier notamment l'évolution des comptes des régimes à la lumière des projections démographiques. Les conclusions du Commissaire général du Plan doivent être déposées avant le 31 mars 1999. Les modalités de revalorisation sont également applicables aux pensions de vieillesse et aux pensions d'invalidité dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle conformément aux dispositions prévues par les articles L. 357-4-1 et L. 357-6 du code de la sécurité sociale.

### **Article 30**

Aux articles L. 161-22 et L. 634-6 du code de la sécurité sociale, à l'article 6 de l'ordonnance n° 82-290 du 30 mars 1982 relative à la limitation des possibilités de cumul entre pensions de retraite et revenus d'activité, à l'article 11 de la loi n° 86-19 du 6 janvier 1986 relative à l'abaissement à soixante ans de l'âge de la retraite des personnes non salariées des professions agricoles et à l'article 14 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, la date du : « 31 décembre 1998 » est remplacée par celle du : « 31 décembre 1999 ».

### **Exposé des motifs**

Le dispositif fixé par l'ordonnance du 30 mars 1982, limitant les possibilités de cumul d'un emploi et d'une retraite et régulièrement reconduit depuis cette date, arrive à expiration au 31 décembre 1998.

Ce dispositif, élaboré dans le souci de respecter également le droit au travail et le droit à la retraite, ne saurait être supprimé dans la situation actuelle encore difficile du marché de l'emploi. Cette suppression reviendrait en effet à autoriser le cumul sans limitation d'un emploi et d'une retraite, ce qui ne manquerait pas d'avoir un impact sur le chômage et donc sur les comptes de l'UNEDIC et de l'Etat, et serait en tout état de cause préjudiciable à la reprise d'activité de certains chômeurs.

En outre, autoriser un tel cumul serait source de dépenses importantes pour la branche vieillesse : cela autoriserait chacun des assurés concernés à demander la liquidation dès 60 ans de ses droits à retraite alors qu'actuellement celle-ci, sauf exception, ne peut être que consécutive à la cessation de sa dernière activité.

Le Gouvernement propose en conséquence de proroger le dispositif actuellement en vigueur, sans assouplissement ni durcissement, pour un an.

Ce délai d'un an permettra de procéder à une étude spécifique sur les dispositions régissant le cumul d'un emploi et d'une retraite dans le cadre de l'analyse confiée au Commissaire général du Plan sur la situation de l'ensemble des régimes de retraite, dont les conclusions doivent

être déposées avant le 31 mars 1999. Celle-ci se fera en concertation avec les partenaires sociaux et sera complétée par une étude statistique, confiée au ministère de l'emploi et de la solidarité, sur la nature et la fréquence des situations de cumul emploi-retraite.

[RETOUR SOMMAIRE](#)

#### Section 4

### **Branche accident du travail**

#### **Article 31**

I.- Le chapitre Ier du titre VI du livre IV du code de la sécurité sociale est modifié comme suit:

1° Au cinquième alinéa de l'article L. 461-2, les mots : « que pendant le délai » sont remplacés par les mots : « que si la première constatation médicale intervient pendant le délai » ;

2° Le cinquième alinéa de l'article L. 461-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sans préjudice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 431-2, le délai de prescription court à compter de la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.»

II.- Par dérogation aux dispositions des articles L. 431-2 et L. 461-5 du code de la sécurité sociale, les droits nés des dispositions du livre IV dudit code, ainsi que des articles 1148 et 1170 du code rural, au profit des victimes d'affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante ou provoquées par elles, et ceux de leurs ayants droit, sont rouverts dès lors qu'ils ont fait l'objet d'une première constatation médicale entre le 1er janvier 1947 et la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

III.- Les victimes ou leurs ayants droit peuvent demander le bénéfice des dispositions du II dans les deux ans qui suivent la publication de la présente loi.

Les droits qui résultent des dispositions du II prennent effet de la date du dépôt de la demande sans que les prestations, indemnités et rentes puissent avoir un effet antérieur au dépôt de celle-ci.

Ces prestations, indemnités et rentes se substituent pour l'avenir aux autres avantages accordés à la victime pour la même maladie au titre des assurances sociales. En outre, il sera tenu compte, dans les conditions fixées par le décret en Conseil d'État pris pour l'application de l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale, des réparations accordées au titre du droit commun.

IV.- Les modalités de financement, par la branche accidents du travail et maladies professionnelles, de la charge imputable aux dispositions du II et du III sont fixées par décret.

#### **Exposé des motifs**

L'amélioration de la réparation des maladies professionnelles correspond à une volonté des pouvoirs publics.

Des rapports récents (rapports DENIEL et GOT) ont souligné de manière convergente le caractère inéquitable des dispositions du code de la sécurité sociale en matière de prescription de la déclaration de maladie professionnelle lorsque la victime se trouve dans l'ignorance de l'origine professionnelle de sa maladie.

Le délai de prescription part généralement de la date de la première constatation médicale de la maladie.

Dans ces conditions, les victimes se trouvent sous le coup de la forclusion avant d'avoir la possibilité de demander la reconnaissance de leurs droits à réparation et ressentent un sentiment d'injustice. Il faut donc instaurer une nouvelle règle plus favorable aux victimes.

La mesure adoptée pour la définition du point de départ de la prescription doit s'accompagner du maintien de la notion de première constatation médicale, afin que le délai de prise en charge prévu par les tableaux puisse être respecté.

Il est donc nécessaire de dissocier la date de la première constatation médicale de celle du point de départ de la prescription biennale. Celui-ci sera défini à l'article L. 461-5 comme la

date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.

S'agissant des victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante, dont le délai de latence peut être très long, le rapport du professeur GOT rappelle qu'un certain nombre d'entre elles ont été déboutées du fait de l'application des règles de la prescription. Par méconnaissance du lien entre leur maladie et leur activité professionnelle, elles avaient déposé tardivement leur déclaration par rapport à la date où le diagnostic de leur affection avait été fait.

Il apparaît donc équitable de permettre aux victimes de l'amiante de présenter une demande pour récupérer leurs droits aux prestations prévues par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La levée de la forclusion concerne tous les dossiers, dès lors qu'une constatation médicale a été faite, qu'il y ait eu absence de déclaration ou rejet, pour quelque raison que ce soit.

La première constatation médicale doit être incluse dans la période couverte par la levée de la prescription, qui court de la création de la branche le 1er janvier 1947 à la date d'entrée en vigueur de la loi.

Les victimes et leurs ayants droit disposent d'un délai de deux ans à compter de la publication de la présente loi pour déposer leur demande.

Pour la même raison, les dépenses ne seront pas mises au compte individuel de l'employeur. Des décrets prévoient les modalités de la mise en oeuvre de la solidarité de tous les employeurs vis-à-vis de ces dépenses au sein de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, par l'inscription des dépenses au compte spécial.

[RETOUR SOMMAIRE](#)

## Section 5

### Objectifs de dépenses par branche

#### Article 32

Pour 1999, 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 :	697,7
Vieillesse-veuvage:	781,1
Accidents du travail :	53,0
Famille:	256,9

Total des dépenses : 1788,7

#### Exposé des motifs

Les objectifs de dépenses par branche tiennent compte, d'une part, des montants retenus par la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 1998, d'autre part, des mesures de dépenses envisagées pour 1999, notamment la suppression de la mise sous condition de ressources des allocations familiales et la revalorisation des pensions.

## Section 6

### Objectif national de dépenses d'assurance maladie

#### Article 33

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 629,8 milliards de francs pour l'année 1999.

#### Exposé des motifs

Pour 1999, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) s'élèvera à 629,8 milliards de francs, en progression de 16 milliards de francs, soit 2,6 %, par rapport à l'objectif voté pour 1998.

Cet objectif donne au système de soins les moyens nécessaires au bon accomplissement de sa mission et lui permet de répondre aux priorités de santé publique fixées par la Conférence nationale de santé. En particulier, il inclut le financement à 100 % du dépistage organisé des maladies aux conséquences mortelles évitables ainsi que le financement par l'assurance maladie des Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA).

[RETOUR SOMMAIRE](#)

#### Section 7

### Mesures relatives à la trésorerie

#### Article 34

Est ratifié le relèvement, par le décret n° 98-753 du 26 août 1998 portant relèvement du plafond de trésorerie au régime général de sécurité sociale, du montant dans la limite duquel les besoins de trésorerie du régime général peuvent être couverts par des ressources non permanentes.

#### Exposé des motifs

Les besoins de trésorerie du régime général en 1998 sont supérieurs à la prévision initiale du fait de l'évolution des dépenses d'assurance maladie et de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire. Pour ces raisons, le plafond d'avances de trésorerie du régime général a été relevé, par décret en Conseil des ministres, pris après avis du Conseil d'Etat, à 31 milliards de francs.

Le présent article ratifie ce décret, en application de l'article L.O. 111-5 du code de la sécurité sociale.

#### Article 35

Au II de l'article 10 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 modifiée, relative au remboursement de la dette sociale, les mots : « entre les fonds nationaux gérés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dotés d'un compte de report à nouveau négatif aux bilans arrêtés au 31 décembre 1997, et ce, au *pro rata* des montants de ces comptes » sont remplacés par les mots : « au *pro rata* du solde du compte courant négatif de chaque branche mentionnée à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, ouvert auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale figurant à son bilan arrêté au 31 décembre 1997 ».

#### Exposé des motifs

Cet article vise à déroger au principe des droits constatés pour la répartition entre les branches du régime général du montant de la dette reprise au 31 décembre 1997.

En effet, la mise en oeuvre du principe des droits constatés dans les différentes branches du régime général au cours des deux exercices 1996 et 1997 a révélé des écarts significatifs entre les résultats en droits constatés et les résultats en encaissements/décaissements.

L'application des règles actuelles aurait donc des conséquences en termes de charges financières pour la branche maladie, par imputation d'intérêts débiteurs dès le 1<sup>er</sup> janvier 1998, la situation de trésorerie s'avérant négative dès cette date. Dans cette hypothèse, les comptes de la branche maladie seraient dégradés d'environ 500 millions de francs en 1998.

Le texte proposé, en modifiant la base de la répartition, rétablit l'équilibre de trésorerie de la branche maladie dès le 1<sup>er</sup> janvier 1998, tout en conservant cet équilibre pour les branches famille et vieillesse.

### Plafonds d'avances de trésorerie

#### Article 36

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 milliards de francs

Régime général : .....	24,0
Régimes des exploitants agricoles.....	10,5
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.....	2,5
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines.....	2,3
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat :....	0,5

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.

### **Exposé des motifs**

Compte tenu des besoins prévisionnels de trésorerie, cinq régimes seulement ont une autorisation d'emprunt. Le montant des plafonds d'emprunt est calculé à partir des prévisions de trésorerie figurant à l'annexe C du présent projet de loi. Ils ne pourront être modifiés en cours d'année que par un décret en Conseil des ministres, pris après avis du Conseil d'Etat.

Fait à Paris, le 7 octobre 1998.

*Signé* : LIONEL JOSPIN

Par le Premier ministre :

*La ministre de l'emploi et de la solidarité,*

*Signé* : MARTINE AUBRY

[RETOUR SOMMAIRE](#)

## **ANNEXE**

### **Rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier**

Notre système de protection sociale assure la garantie de droits fondamentaux, constitue un outil majeur de solidarité et un puissant vecteur de cohésion sociale.

Le Gouvernement entend donc le renforcer et le consolider. Ainsi nos régimes de retraite par répartition doivent être pérennisés et des mécanismes d'épargnes privés ne sauraient s'y substituer. De même l'introduction des assurances privées dans la couverture maladie de base est refusée par le Gouvernement, elle serait incompatible avec la volonté du Gouvernement de promouvoir un égal accès de tous aux soins. Le retour à l'équilibre financier de 1999 s'inscrit dans cette perspective ; notre protection sociale serait menacée si elle devait vivre à crédit.

Le Gouvernement entend approfondir les solidarités inscrites dans notre système de protection sociale : l'instauration d'une couverture maladie universelle, les réformes de l'aide publique apportées aux familles, la loi de lutte contre l'exclusion, le progrès dans la couverture des maladies professionnelles témoignent clairement de cette volonté.

Enfin, la politique du Gouvernement en matière de sécurité sociale doit s'inscrire dans la politique générale qu'il conduit en faveur de l'emploi. Après la réforme des cotisations salariés entreprise dès 1998, le Gouvernement souhaite engager une réforme des cotisations patronales favorable à l'emploi.

#### ***A) Une politique de santé au service des populations***

La politique de santé du Gouvernement s'organise autour de six objectifs majeurs.

##### ***1) Associer nos concitoyens à la définition de la politique de la santé.***

Les questions de santé concernent les professionnels de santé, les associations, les élus et l'ensemble de nos concitoyens. Elles sont au coeur de leurs préoccupations. Les associer à la redéfinition de notre politique de santé est essentiel pour apporter une meilleure réponse aux besoins, améliorer la qualité des prestations sanitaires, faire reconnaître les aspirations et les droits des patients. En permettant un débat public, sans précédent par son ampleur, sur les

enjeux de la santé, les Etats généraux constituent un élément essentiel de la démocratie sanitaire que le Gouvernement entend bâtir.

## **2) Renforcer la politique de santé publique**

### *a) accroître la sécurité sanitaire*

Les trois institutions créées par la loi du 1er juillet 1998 -l'institut de veille sanitaire, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'agence française de sécurité sanitaire des aliments- permettront de mettre en oeuvre une politique active et cohérente de sécurité sanitaire.

La sécurité et la qualité des actes de soins seront renforcées par une politique active de lutte contre les infections nosocomiales, par le renforcement des normes pour les activités de soins (périnatalité, réanimation), par la diffusion de recommandations de bonnes pratiques tant en ville qu'à l'hôpital.

### *b) accroître les efforts de prévention des causes de morbidité et de mortalité évitables*

Le Gouvernement a engagé une politique de lutte contre le saturnisme, les mesures qui nécessitent une intervention législative ont été intégrées dans la loi de lutte contre l'exclusion.

La prévention du suicide chez les jeunes fait l'objet d'un programme triennal de prévention chez les adolescents et les adultes jeunes, lancé début 1998. L'objectif retenu est de réduire de 10 % en l'an 2000 le nombre de décès par suicide.

Le Gouvernement mettra en place au début de l'année 1999 un dispositif d'informations concernant la contraception et un programme de prévention des grossesses non désirées des adolescentes.

La prévention de l'alcoolisme et du tabagisme sera renforcée. S'agissant de l'alcool, les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie seront renforcés par leur prise en charge par l'assurance maladie à compter du 1er janvier prochain.

Un programme national de dépistage des cancers a été engagé. Le projet de loi de financement prévoit à cet égard la prise en charge à 100 % des actes de dépistage. Le dépistage des cancers féminins sera généralisé dans les trois ans et le dépistage du cancer du colon étendu. Ce dépistage reposera sur une organisation permettant un contrôle de sa qualité à toutes les étapes.

La France a été le premier pays à rendre disponible à l'été 1997 les traitements prophylactiques contre le SIDA. Progrès majeurs pour les patients, les thérapies antirétrovirales sont maintenant dispensées en officine de ville. Ces avancées sur le plan thérapeutique n'autorisent aucun relâchement de l'effort en matière de prévention et d'information.

L'année 1999 donnera lieu à un plan d'ensemble de lutte contre l'hépatite C. Ce plan se fonde sur de nouveaux moyens consacrés à la recherche, un élargissement des campagnes de dépistage, un accès facilité aux traitements. La politique de lutte contre l'hépatite C sera organisée autour de pôles de références associant établissements hospitaliers et médecins de ville.

### *c) Mieux prendre en charge la douleur et les soins palliatifs*

Le Gouvernement a mis en place un plan sur trois ans pour développer les soins palliatifs et améliorer la prise en charge de la douleur. Ces deux plans comportent à chaque fois une information large du public, un renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de santé et une amélioration de l'organisation des soins. En ce qui concerne la lutte contre la douleur, le carnet à souches sera supprimé à la fin de l'année et remplacé par des ordonnances sécurisées qui seront utilisées pour toutes les prescriptions. Des protocoles de traitement de la douleur, déléguant aux infirmiers la prescription d'antalgiques, seront affichés dans les services d'urgence et de chirurgie. Les outils permettant d'apprécier l'intensité de la douleur seront généralisés.

## **3) Permettre à tous d'accéder aux soins**

La poursuite de cet objectif suppose de stabiliser, voire d'accroître dans la mesure du possible, les niveaux de remboursement de l'ensemble de la population mais suppose également d'apporter une attention particulière aux personnes exclues de l'accès aux soins.

Le Gouvernement présentera un projet de loi instaurant une couverture maladie universelle. Dans le cadre de ce projet de loi, le Gouvernement n'entend pas se limiter à garantir à tous les résidents une affiliation à un régime de base. Il entend permettre réellement un égal accès aux soins en assurant, aux plus modestes, le bénéfice d'une couverture complémentaire et du tiers payant.

Le rapport de M. BOULARD, parlementaire en mission, rendu public en septembre, permet d'éclairer le choix entre les diverses options pour la mise en oeuvre du projet. Une concertation est engagée sur la base de ce rapport avec l'ensemble des parties prenantes à ce projet. Le Gouvernement déposera un projet de loi au cours de l'automne 1998.

#### **4) Améliorer la sécurité au travail et mieux prendre en charge les maladies professionnelles**

Les cas de maladies professionnelles reconnues sont passés d'environ 5.000 en 1990 à 12.700 en 1996. Il n'en demeure pas moins que les maladies professionnelles sont actuellement sous déclarées et que la complexité des procédures contrarie leur reconnaissance.

Cette situation est inacceptable car elle fait obstacle à l'organisation de la prévention et, pour certaines victimes, à l'exercice de leurs droits.

Le Gouvernement entend donc :

- *Améliorer la sécurité au travail.* La protection des travailleurs contre les risques chimiques et cancérogènes sera consolidée ; les dispositions relatives à la protection contre les rayonnements ionisants seront réaménagées. L'action des médecins du travail dans la prévention des risques professionnels doit être réaffirmée et développée. Les conditions de gestion et de fonctionnement des services de médecine du travail seront clarifiées et adaptées à partir de la concertation engagée avec les partenaires sociaux.

- *Garantir les droits des victimes.* Le Gouvernement propose de revoir les règles de reconnaissance des maladies professionnelles. La prescription qui éteint les droits d'une victime ne doit plus courir à partir de la date de la première constatation médicale de la maladie, mais à partir de la constatation de l'origine professionnelle de la maladie. Les droits des victimes de l'amiante seront réouverts. Les délais de réponse aux demandes de réparation au titre des maladies professionnelles seront raccourcis.

- *Améliorer la réparation des maladies professionnelles.* Le barème d'invalidité en matière de maladies professionnelles sera rendu opposable aux caisses de sécurité sociale. Ce document qui souffre de nombreux et importants défauts sera réactualisé ; le haut comité médical de sécurité sociale en est saisi. La réparation des pneumoconioses sera instruite selon le droit commun de la réparation des maladies professionnelles. Les dispositions dérogatoires qui figurent actuellement dans le code de la sécurité sociale seront supprimées. Les tableaux des maladies professionnelles seront adaptés pour tenir compte de l'évolution des connaissances notamment en matière de cancers professionnels. Le tableau relatif aux lombalgies sera publié et entrera en application. Les rentes accidents du travail seront mensualisées dès lors que le taux d'incapacité du bénéficiaire est égal ou supérieur à 50 %.

#### **5) Améliorer la qualité des soins et utiliser de manière optimale les ressources consacrées à la santé**

##### *a) Médecine de ville : moderniser notre système de soins avec les professionnels de santé*

Promouvoir le juste soin, améliorer la coordination des soins entre les divers professionnels, évaluer la pertinence des pratiques tant individuelles que collective, adapter l'offre aux besoins, telles sont les politiques structurelles qui permettront, en médecine ambulatoire, à la fois d'améliorer la qualité des soins et d'utiliser de manière optimale les ressources consacrées à la santé.

La mise en oeuvre de ces politiques doit reposer sur une politique conventionnelle forte. Un partenariat actif entre caisses et professionnels de santé libéraux, au niveau national mais aussi, au plus près du terrain, dans chaque circonscription de caisse, est à cet égard nécessaire. Le Gouvernement entend poursuivre la politique qu'il a engagée autour des axes suivants :

- La connaissance de l'activité de notre système de soins ambulatoire doit être améliorée. La réalisation d'une classification commune des actes est accélérée. L'objectif est de pouvoir procéder au codage de l'ensemble des actes et des prestations au cours de l'an 2000. Une commission pour la transparence de l'information médicale est constituée afin de garantir la fiabilité et la pertinence des informations sur l'évolution des dépenses.
- L'information de notre système de santé doit être mise au service de la qualité des soins et de la modernisation de la pratique médicale. En mettant en place une mission pour l'informatisation du système de santé, l'Etat s'est donné les moyens d'assurer la cohérence des initiatives diverses qui concourent à ce projet. Le réseau santé social a été mis en place. Les applications proposées sur ce réseau vont se développer, leur qualité sera garantie par une procédure d'agrément. Le Gouvernement proposera au Parlement les dispositions législatives nécessaires au développement de Vitale 2.
- L'évaluation des pratiques médicales doit être développée. Les modalités d'action du contrôle médical sont en cours de rénovation. L'évaluation des pratiques par les médecins libéraux eux-mêmes sera développée en s'appuyant notamment sur les unions régionales de médecins. Le développement de l'évaluation s'appuiera sur les recommandations de bonnes pratiques établies par l'A.N.A.E.S..
- Rendue obligatoire, la formation médicale continue des médecins n'a pas connu les développements souhaitables. Le Gouvernement proposera au Parlement les dispositions législatives nécessaires pour lui donner une nouvelle impulsion. Une concertation est engagée sur ce thème avec les représentants des médecins libéraux mais également avec les médecins hospitaliers et salariés.
- Notre système de santé souffre de cloisonnements excessifs qui nuisent à la qualité des soins et sont source de dépenses inutiles. Le Gouvernement entend soutenir et favoriser les initiatives visant à une meilleure coordination des soins. Par ailleurs, le développement des réseaux pouvant associer médecine de ville et hôpital, professions médicales et paramédicales, permet d'améliorer la prise en charge des patients, de mieux concilier proximité et sécurité. Le projet de loi de financement ouvre, en ce domaine, des possibilités d'actions nouvelles aux partenaires conventionnels.
- Notre système de santé est trop exclusivement centré sur l'acte curatif. Le projet de loi de financement ouvre la possibilité aux caisses de prendre en charge d'autres activités telles que la prévention, l'évaluation, l'éducation sanitaire. Il appartiendra aux caisses et aux professionnels de santé, dans le cadre conventionnel, de définir les dispositifs adaptés.
- La maîtrise de la démographie médicale est essentielle pour garantir le meilleur accès aux soins comme pour assurer la maîtrise des dépenses. Des dispositions législatives sont proposées au Parlement pour accroître la possibilité d'action des partenaires conventionnels en ce domaine et les autoriser à mener des politiques sélectives adaptées à la diversité des situations.

Des moyens sont nécessaires pour promouvoir l'ensemble de ces évolutions de notre système de soin ambulatoire. Un fonds d'aide à la qualité des soins de ville est créé et doté de 500 MF.

#### *b) Le médicament : rationaliser la prescription et les remboursements*

La France se caractérise par un niveau global de consommation de médicaments très élevé, une surconsommation avérée pour certaines classes thérapeutiques telles que les antidépresseurs ou les antibiotiques, un faible développement des génériques. Cette situation est insatisfaisante au regard des exigences d'efficacité de notre système de santé et

préjudiciable en terme de santé publique. Les maladies iatrogènes représentent environ 1 million de journées d'hospitalisation.

Aussi le Gouvernement a engagé un ensemble de politiques structurelles visant à :

- lutter contre la surconsommation médicamenteuse. La taxe sur la promotion pharmaceutique a été augmentée dès 1998. La politique conventionnelle conduite par le Comité économique du médicament vise à obtenir une réduction du volume des classes où la surconsommation est avérée. Le développement des recommandations de bonnes pratiques permettra de réorienter les prescriptions ;
- développer les génériques. Un répertoire complet des génériques est disponible depuis juillet 1998. Le droit de substitution accordé aux pharmaciens, sauf refus explicite des médecins, permettra le développement de ce type de produit ;
- médicaliser le remboursement. La sécurité sociale doit concentrer ses efforts en matière de remboursement sur les médicaments dont l'efficacité médicale est avérée. Les critères de prise en charge des médicaments seront revus pour tenir compte tant de la gravité de la maladie que du service médical rendu. Une réévaluation de l'apport thérapeutique de l'ensemble des médicaments remboursables sera réalisée au cours des trois ans qui viennent.

Pour conduire l'ensemble de ces évolutions, le Gouvernement entend s'appuyer sur une politique conventionnelle active.

#### *c) L'hôpital : promouvoir la qualité et adapter l'offre aux besoins*

Promouvoir la qualité des soins, adapter notre offre hospitalière aux besoins, favoriser les coopérations entre établissements et avec la médecine de ville, améliorer l'efficacité globale du système hospitalier, tels sont les objectifs généraux de la politique hospitalière du Gouvernement.

La promotion de la qualité à l'hôpital passe notamment par le développement de l'accréditation. Cette procédure permettra de vérifier sur la base d'une méthodologie fiable, le niveau de performances sanitaires des établissements. L'A.N.A.E.S. a établi un référentiel d'accréditation. Il est en cours de test sur le terrain. Les premières démarches d'accréditation débiteront en 1999.

Notre offre hospitalière doit poursuivre son adaptation. C'est dans ce souci que la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire a été entreprise. Cet exercice de planification sanitaire est conduit avec le souci d'associer étroitement à la réflexion les établissements et leurs personnels, mais également les représentants des usagers et les élus locaux. Il permettra une meilleure prise en compte des besoins de santé.

La garantie offerte à tous d'un accès à des soins de qualité passe par l'organisation de réseaux entre établissements qui garantiront à chacun une orientation vers une structure adaptée à son cas. Une telle organisation a été définie pour la sécurité périnatale et la cancérologie. Le Gouvernement entend poursuivre dans cette voie pour d'autres pathologies.

Le Gouvernement poursuivra son effort de réduction des inégalités entre régions. Les dotations régionales seront différenciées à partir des besoins régionaux, des indicateurs sanitaires et des indicateurs d'efficacité. La régionalisation de l'objectif clinique privé, entamée en 1998, sera poursuivie. De même, la réduction des inégalités de dotation entre les hôpitaux, notamment à partir des indications fournies par le P.M.S.I., sera poursuivie.

#### **6) Assurer la régulation des dépenses**

Le Gouvernement est convaincu que seules des politiques structurelles, destinées tant à accroître la qualité des soins qu'à assurer une utilisation optimale des ressources, permettront de maîtriser durablement l'évolution des dépenses de santé. Toutefois, elles ne pourront porter leurs fruits que progressivement.

Il est donc nécessaire de maintenir des dispositifs assurant une régulation globale des dépenses de soins, qui existent à l'hôpital depuis la mise en place du budget global en 1983 et depuis 1991 pour les cliniques privées.

Le Gouvernement propose dans le projet de loi de financement un tel mécanisme de sauvegarde à partir des principes suivants :

- la responsabilité de la régulation ne doit pas reposer sur les seuls médecins. Ainsi l'industrie pharmaceutique sera appelée à contribuer à l'équilibre de l'assurance maladie en cas d'évolution excessive des dépenses de médicament. De même, l'évolution des dépenses du secteur médico-social sera encadrée par une enveloppe globale.

- Les mécanismes de sauvegarde économique sont des dispositifs d'ultime recours. Ainsi, le projet de loi de financement prévoit une obligation pour les partenaires conventionnels de négocier en cours d'année pour dresser un bilan de l'évolution des dépenses et prendre les mesures correctrices qui pourraient s'avérer nécessaires.

- le dispositif proposé pour ce qui concerne les médecins, écarte toute idée de sanction individuelle et constitue un mécanisme de régulation global traduisant la solidarité économique des médecins et de notre système de protection sociale.

### ***B) Rénover la politique familiale***

La politique familiale du Gouvernement s'appuie sur deux convictions : la reconnaissance du rôle des familles dans la cohésion sociale, comme lieu de solidarité et de construction de repères pour l'enfant ; l'importance d'une politique d'appui aux familles, fondée sur la volonté de répondre à leurs besoins. Après une large concertation, le Gouvernement a défini les grands axes de sa politique familiale lors de la Conférence de la famille du 12 juin.

Cette politique s'articule autour de trois objectifs :

- conforter les parents dans leur rôle éducatif. Le rôle des familles sera renforcé dans tout processus éducatif, à l'école, dans le travail social, les activités socioculturelles. Un réseau d'appui, d'écoute et de conseil aux parents et aux familles, sera mis en place conjointement par l'Etat et la CNAF.

- faciliter la vie quotidienne des familles. Le logement est le besoin de base des familles. Afin de faciliter l'accès des familles modestes au parc privé, les loyers plafonds de l'ALF seront significativement augmentés dans les 3 ans. Les aides des caisses d'allocations familiales aux communes pour le développement des crèches seront accrues et mieux orientées vers les communes les plus pauvres. Les schémas locaux de développement de l'accueil des jeunes enfants seront généralisés. Les contrats temps libres (mis en place par les caisses d'allocations familiales) et les contrats éducatifs locaux (mis en place à l'initiative du ministère de l'éducation nationale) seront développés de façon coordonnée. Le Gouvernement entend mener une réflexion sur la mise en cohérence des divers dispositifs d'aide à la garde des enfants.

- instaurer une politique d'aide aux familles plus juste. Après une large concertation avec les associations familiales et les partenaires sociaux, le Gouvernement poursuit sa démarche vers plus de justice dans l'aide aux familles en proposant de rétablir les allocations familiales pour toutes les familles de deux enfants et en plafonnant l'avantage fiscal lié au quotient familial. L'impôt sur le revenu jouera ainsi pleinement son rôle dans la redistribution des revenus et l'universalité des prestations familiales sera rétablie. Les allocations familiales seront étendues pour tous les enfants à charge de leurs parents, jusqu'à l'âge de 20 ans. L'ARS sera versée à toutes les familles d'un enfant. Les titulaires du RMI percevront les majorations pour âge. Parallèlement, celles-ci seront reportées de 10 à 11 ans et de 15 à 16 ans pour tenir compte des évolutions sociologiques et s'ajuster à l'évolution des coûts effectifs de l'enfant selon son âge. Le Gouvernement entend mener une réflexion en profondeur sur les jeunes adultes pour

définir un dispositif adapté aux besoins de cette population qui prenne en compte son nécessaire cheminement vers la pleine autonomie.

Pour mettre en oeuvre cette politique, à la fois ambitieuse, durable et cohérente, le Gouvernement a mis en place une délégation interministérielle chargée d'animer et de coordonner l'action de l'ensemble des pouvoirs publics et d'être l'interlocuteur des associations familiales et de toutes les parties prenantes de notre politique familiale.

### ***C) Faire face au défi du vieillissement***

#### ***A) Consolider nos régimes par répartition***

La situation financière de nos régimes de retraite est déséquilibrée. Ceux-ci devront faire face à partir de 2005 à l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses nées après la seconde guerre mondiale.

Le Gouvernement entend aborder les évolutions nécessaires de nos régimes de retraite sur la base d'un diagnostic précis des problèmes auxquels ils sont confrontés. L'élaboration de ce diagnostic a été confiée au Commissariat Général du Plan. Il portera sur l'ensemble des régimes de retraite. Les partenaires sociaux et les représentants des régimes sont associés à l'établissement de ce diagnostic afin que l'ensemble des hypothèses qui conditionnent l'avenir de nos systèmes de retraite soient prises en compte.

C'est sur la base de ce diagnostic partagé que pourra s'ouvrir un dialogue sur les réformes à entreprendre.

Le Gouvernement prendra les décisions qui s'imposent, guidé par la volonté :

- de préserver notre système de retraite par répartition, garant de solidarités essentielles entre actifs et retraités,

- de rechercher une meilleure équité tant entre les générations qu'entre les régimes de retraite.

Dès à présent, pour consolider nos régimes par répartition, un fonds de réserve est créé. Doté initialement de 2 Mds de francs, ce fonds pourra recevoir d'autres apports de ressource dès le courant de l'année 1999.

#### ***B) Améliorer la prise en charge de la dépendance***

La dépendance physique ou psychique touche aujourd'hui en France environ 700 000 personnes âgées. Ce chiffre est appelé à croître du fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées. Dès l'an 2000, nous atteindrons un million de personnes de plus de 85 ans.

Or les dispositifs actuels de prise en charge de la dépendance à domicile et en établissement apparaissent inadaptés. Ils relèvent de plusieurs autorités publiques, ils sont très complexes, bureaucratiques et mal coordonnés.

La loi du 24 janvier 1997 qui a créé la prestation spécifique dépendance (PSD) ne constitue pas une réponse à la hauteur des besoins. De plus, sa mise en oeuvre, au vu du rapport rendu public par le Comité national de coordination gérontologique, ne paraît pas pleinement satisfaisante, notamment du fait des inégalités de traitement en résultant selon les départements.

D'ores et déjà, les dispositions législatives nécessaires ont été prises pour permettre d'atténuer les différences excessives entre les montants de P.S.D. fixés par les conseils généraux pour les personnes âgées dépendantes accueillies en établissement. Ce montant minimal ne prendra toutefois tout son sens que lorsque la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes sera effective. Cette réforme, dont les décrets devraient paraître cet automne, permettra de clarifier ce qui, dans les tarifs, relève de l'hébergement, de la dépendance ou des soins.

Par ailleurs, il conviendra aussi d'améliorer les conditions de fonctionnement et de financement des dispositifs d'aide à domicile à la suite du rapport de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection des finances.

#### ***D) Favoriser l'insertion des handicapés***

Le Gouvernement conduit une politique pour l'intégration des personnes handicapées qui prend en compte de manière globale, à tous les âges de la vie, les différents aspects de l'existence et de la vie quotidienne. Cette politique s'articule autour de trois axes principaux :

- une socialisation et intégration des jeunes handicapés aussi précoces que possible, en améliorant notamment leur niveau de formation générale et en modernisant les dispositifs de formation professionnelle initiale de droit commun et spécialisé.
- le développement des différents modes de soutien dans la vie à domicile et la vie sociale, par un accès facilité aux aides techniques et par un élargissement des missions des services et des établissements spécialisés.
- la nécessité d'apporter parallèlement une réponse adaptée et durable à l'insuffisance chronique de solutions d'accueil pour les personnes lourdement handicapées. Le Gouvernement a souhaité inscrire cet effort dans la durée en prévoyant un programme pluriannuel (1999-2003) de création de 5500 places supplémentaires de maisons d'accueil spécialisées et de foyers à double tarification, de 8500 places de centres d'aide par le travail et de 2500 places d'ateliers protégés. Ce plan est destiné notamment à mettre définitivement un terme à la situation des jeunes adultes maintenus, faute de places, dans des centres pour enfants. Les capacités rendues ainsi à nouveau disponibles dans le secteur médico-éducatif devront être mobilisées en priorité au profit des prises en charge présentant aujourd'hui le plus de difficultés (polyhandicap, autisme, handicaps rares) ou méritant d'être encore développées (services de soins et d'éducation à domicile). Par ailleurs seront poursuivis les programmes portant sur des formes spécifiques de prise en charge encore insuffisamment développées (autisme, traumatisés crâniens, services de soins et d'éducation spécialisées à domicile en appui à l'intégration scolaire).

### ***E) Assurer l'équilibre du régime général et réformer son mode de financement***

#### *1) Assurer l'équilibre du régime général*

Une sécurité sociale en déficit est une sécurité sociale affaiblie.

Le Gouvernement a entrepris le redressement du régime général. Le déficit passe de plus de 33 Milliards en 1997 à 13 Milliards en 1998. L'équilibre devrait être atteint en 1999 pour la première fois depuis 1985. Ce redressement, facilité par la croissance, tient pour l'essentiel aux mesures prises dans le cadre de la loi de financement pour 1998 qui ont réduit de 21 Milliards le déficit tendanciel du régime général.

#### *2) Réformer le mode de financement de la protection sociale pour favoriser l'emploi*

Dès 1998, une réforme d'ampleur a été engagée pour le transfert des cotisations maladie vers la CSG. Cette réforme a permis :

- un accroissement du salaire net de 1,1 % pour la grande majorité des salariés ainsi qu'un accroissement du revenu de la grande majorité des travailleurs indépendants ;
- un rééquilibrage très important des contributions respectives des revenus du travail et des revenus financiers. La contribution de ces revenus au financement de la protection sociale a été accrue de 22 Mds en tenant compte de l'élargissement d'assiette des prélèvements de 1 % affectés respectivement à la CNAF et à la CNAVTS.

Cette réforme d'équité qui a contribué au soutien de la consommation et de la croissance doit se prolonger par une réforme des cotisations patronales.

Le Gouvernement souhaite engager une telle réforme avec pour objectif d'assurer un financement de la protection sociale plus juste et plus favorable à l'emploi.

Cette réforme doit s'effectuer sans en faire supporter le coût aux ménages et sans accroître globalement les prélèvements sur les entreprises.

La concertation avec les organisations d'employeurs et de salariés sera poursuivie en vue d'en fixer les orientations et les modalités précises.

[RETOUR SOMMAIRE](#)