

**PROJET DE LOI**  
**N°1208**  
*de financement de la sécurité sociale pour 1999,*  
modifié par le Sénat

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

A

M. LE PRESIDENT DE L'ASSEMBLEE NATIONALE

(Renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.)

*Le Sénat a modifié, en première lecture, le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, dont la teneur suit :*

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : **1106, 1147, 1148** et T.A. **192**.

*Sénat* : **50, 56, 58** et T.A. **22** (1998-1999).

**Sécurité sociale.**

TITRE Ier

**ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE  
DE SANTE ET DE SECURITE 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 à III. – *Non modifiés*.....

IV. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

“ Le fonds a également pour mission de gérer un fonds de réserve pour les régimes d'assurance vieillesse. ”,

a bis) *Supprimé*.....,

b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

“ Les opérations du Fonds de solidarité vieillesse correspondant à chacune des missions respectivement mentionnées au premier et au deuxième 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) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

“ Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale. ” ;

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 1 intitulée : “ Opérations de solidarité ” et comprenant les articles L. 135-2 à L. 135-5 ;

6° Après l'article L. 135-5, il est inséré une section 2 ainsi rédigée :

“ *Section 2* ”

“ **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 toute ressource affectée en vertu de dispositions législatives. ”

V (*nouveau*). – Les missions, les statuts et les ressources du fonds de réserve mentionné à l’article L. 135-6 du code de la sécurité sociale sont déterminés par une loi tendant à assurer l’équilibre à long terme des régimes d’assurance vieillesse, portant réforme des régimes spéciaux de retraite et instituant un régime de retraite des fonctionnaires de l’Etat.

**Articles 2 bis et 3**

..... Conformes .....

**Article 3 bis**

..... Supprimé .....

**Article 3 ter**

I. – Dans le dernier alinéa de l’article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, le taux : “ 30 % ” est remplacé par le taux : “ 100 % ”.

II (*nouveau*). – L’article L. 131-7 du code de la sécurité sociale est applicable à 70 % de l’exonération prévue au I.

**Article 3 quater (nouveau)**

I. – Après l’article 1031-3 du code rural, il est inséré un article 1031-4 ainsi rédigé :

“ *Art. 1031-4.* – I. – Les dispositions du quinzième alinéa de l’article L. 241-10 du code de la sécurité sociale sont applicables aux cotisations patronales d’assurances sociales, d’accidents du travail et d’allocations familiales, dues par les associations et organismes sur les rémunérations des salariés affiliés au régime de protection sociale agricole, dans les conditions mentionnées audit alinéa.

“ II. – Les dispositions du I sont applicables aux gains et rémunérations versés postérieurement au 31 décembre 1998. ”

II. – Les droits de consommation sur les tabacs prévus à l’article 575 A du code général des impôts sont majorés à due concurrence de la perte de recettes résultant du I.

#### **Article 4**

I. – *Supprimé* .....

II. – *Non modifié* .....

II *bis (nouveau)*. – Les dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale s'appliquent à la prorogation, au-delà du 31 décembre 1998, du dispositif d'exonération de cotisations patronales pour l'embauche d'un premier salarié résultant du II.

III. – *Non modifié* .....

#### **Article 5**

..... Conforme .....

#### **Article 5 bis (nouveau)**

I. – Le premier alinéa du III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

“ Le produit de cette contribution est versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sans déduction d'une retenue pour frais d'assiette et de perception. ”

II. – Les droits de consommation sur les tabacs prévus à l'article 575 A du code général des impôts sont majorés à due concurrence de la perte de recettes résultants du I.

#### **Article 6**

I et II. – *Non modifiés* .....

II *bis (nouveau)*. – A l'article L. 651-7 du code de la sécurité sociale, les mots : “ de l'article L. 243-14 ” sont insérés après les mots : “ du premier alinéa de l'article L. 243-6, ”.

III. – *Non modifié* .....

#### **Article 7**

..... Supprimé .....

#### **Article 8**

..... Conforme .....

## Article 9

I. – L'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (n° 96-1160 du 27 décembre 1996) 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 (*a* du I) 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 dès lors que le mélange ainsi obtenu titre plus de 1,2% vol.

“ Les boissons alcooliques passibles d'un des droits mentionnés à l'alinéa ci-dessus, lorsqu'elles sont additionnées exclusivement d'eau, ne sont pas soumises à la taxe.

“ II. – Le tarif de la taxe mentionnée au I est fixé à 36,4 F par décilitre d'alcool pur.

“ III. – La taxe est due lors de la mise à la consommation en France des boissons résultant d'un mélange mentionnées au I. Elle est acquittée, selon le cas, par les fabricants, les marchands en gros, les importateurs, les personnes qui réalisent l'acquisition intracommunautaire de ces boissons ou par les personnes visées au *b* du II de l'article 302 D du code général des impôts.

“ 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. ”

*I bis. – Supprimé*.....

*II. – Non modifié*.....

## Articles 10 et 11

..... Conformes .....

## Article 11 bis

I. – Après l'article L. 245-12 du code de la sécurité sociale, il est rétabli une section 4 ainsi rédigée :

“ Section 4

“ **Taxe de santé publique sur les tabacs**

“ *Art. L. 245-13.* – Il est créé au profit de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés une taxe de santé publique de 2,5 % sur les tabacs fabriqués en France et sur les tabacs importés ou faisant l’objet d’une acquisition intracommunautaire et une taxe additionnelle de 7 % sur les tabacs à fine coupe destinés à rouler les cigarettes. Ces taxes sont assises et perçues sous les mêmes règles que la taxe sur la valeur ajoutée.

“ Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, pris après avis du conseil d’administration de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés, fixe les conditions d’application de ces taxes aux actions de prévention et notamment de lutte contre le tabagisme. ”

II. – Les dispositions du I s’appliquent à compter du 1er janvier 1999.

**Article 11 ter**

I. – L’article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 21° ainsi rédigé :

“ 21° Les personnes qui exercent à titre occasionnel pour le compte de l’Etat, d’une collectivité territoriale ou d’un de leurs établissements publics administratifs, ou d’un organisme privé chargé de la gestion d’un service public à caractère administratif, une activité dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par décision de justice. Un décret précise les types d’activités et de rémunérations en cause.

“ Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables, sur leur demande, dans des conditions fixées par décret, aux personnes exerçant à titre principal une des professions visées à l’article L. 621-3, lorsque les activités occasionnelles visées ci-dessus en sont le prolongement. ”

II. – *Non modifié*.....

III. – Nonobstant toutes dispositions contraires, et sous réserve des décisions juridictionnelles passées en force de chose jugée, sont annulées les créances relatives aux cotisations sociales et, le cas échéant, aux majorations de retard et frais de justice dus au titre des rémunérations versées aux personnes visées au 21° de l’article L. 311-3 du code de la sécurité sociale et qui n’ont pas été réglées à la date d’entrée en vigueur des décrets prévus au I du présent article.

**Article 11 quater**

..... Supprimé .....

### **Article 12 A (nouveau)**

Les dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux exonérations de charges sociales prévues par la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail.

### **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 .....	1068,6
Cotisations fictives .....	194,8
Contributions publiques .....	63,8
Impôts et taxes affectés .....	440
Transferts reçus .....	4,9
Revenus des capitaux .....	1,4
Autres ressources .....	32,6
Total des recettes .....	1806,1

## **TITRE III**

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

#### Section 1

#### **Branche famille**

### **Article 13**

..... Conforme.....

### **Article 13 bis (nouveau)**

Le premier alinéa de l'article L. 521-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“ Chacun des enfants à charge, à l'exception du plus âgé, ouvre droit à partir de l'âge de dix ans et de quinze ans à une majoration des allocations familiales. ”

#### **Article 14**

..... Conforme.....

#### Section 2

#### **Branche maladie**

#### **Article 15**

..... Conforme.....

#### **Article 16**

I. – Dans le 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. – Non modifié* .....

“ *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 secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, de représentants des caisses nationales d'assurance maladie, des professions de santé, des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux, des industries fabriquant des biens remboursables par l'assurance maladie 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 ;



“ 2° De donner un avis sur la qualité des informations statistiques produites par les organismes d’assurance maladie et de contribuer par ses avis à définir la nature et les destinataires des productions statistiques utiles à la connaissance des pratiques de soins et des dépenses de santé ;

“ 3° *Supprimé* ..... ;

“ 4° (*nouveau*) De donner un avis sur le périmètre des différents postes de dépenses pris en considération dans la détermination et le contrôle du respect des objectifs définis à la suite du vote du Parlement pour les soins de ville, la pharmacie et les établissements.

“ Le conseil établit, chaque année, un rapport aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Pour l’information du Parlement, ce rapport est rattaché à l’annexe visée au *b* du II de l’article L.O. 111-4.

“ *Art. L. 161-28-4.* – Les organismes d’assurance maladie communiquent au Conseil pour la transparence des statistiques de l’assurance maladie la description précise des traitements des informations statistiques qu’ils mettent en œuvre ainsi que les informations statistiques qu’ils produisent. ”

II et III. – *Supprimés* .....

## Article 17

..... Supprimé .....

## 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 insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

“ 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 qui exercent parallèlement une activité médicale procèdent, à la demande des médecins libéraux intéressés, à des évaluations individuelles ou collectives des pratiques.

“ En utilisant les données transmises par les médecins mentionnées au présent article, 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 ainsi qu’à la Caisse

nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés qui en assure la synthèse et la diffusion.

“ Les modalités de mise en œuvre des présentes dispositions sont fixées par voie réglementaire. ”

II. – *Non modifié*.....

## **Article 19**

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

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 janvier 2000, 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 de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n°            du            ), les dispositions nécessaires à l'application du présent article, à compter du 1er janvier 2000, sont fixées par décret. ”

I bis et II. – *Non modifiés* .....

## **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. Les professionnels de santé exerçant en ville et ceux qui exercent dans les établissements de santé privés 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 ou dans les établissements de santé privés, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé ou à leurs regroupements et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant les professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.

III et IV. – *Non modifiés* .....

## **Article 21**

I. – Le I de l’article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

“ Elle met en place les instruments de maîtrise médicalisée de nature à favoriser le respect de l’objectif prévisionnel d’évolution des dépenses par l’ensemble des médecins conventionnés. ”

II. – L’article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“ *Art. L. 162-5-3. – I. –* Lorsque, à l’occasion de l’analyse annuelle des résultats de l’exercice, les parties conventionnelles constatent un dépassement de l’objectif prévisionnel, elles recensent les postes de dépenses concernés et arrêtent, dans l’annexe annuelle mentionnée à l’article L.162-5-2, la liste des contrats locaux d’objectifs et de moyens applicables à ces postes pour l’année suivante.

“ Avant le 1er mars de l’exercice suivant, les contrats locaux d’objectifs et de moyens conclus dans chaque circonscription de caisse par les représentants des parties conventionnelles fixent, pour chacun de ces postes, l’objectif d’activité à ne pas dépasser par chaque médecin conventionné au cours dudit exercice en fonction :

“ 1° Du respect des objectifs mentionnés aux troisième (1°) et quatrième (2°) alinéas de l’article L. 162-5-2 ;

“ 2° De l’évolution, du niveau relatif et des caractéristiques de l’activité du médecin, notamment en ce qui concerne ses prescriptions ;

“ 3° Des évaluations réalisées par l’union des médecins exerçant à titre libéral et mentionnées à 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 ;

“ 4° Des actions de formation médicale continue visées à l’article L. 367-2 ;

“ 5° De l’importance des dépassements d’honoraires ;

“ 6° Du respect des références médicales opposables.

“ Chaque médecin est informé, dans un délai de huit jours, des éléments établis dans le contrat local d’objectifs et de moyens.

“ En fin d’exercice, la progression moyenne de l’activité du médecin constatée au cours de cet exercice et du précédent est comparée à celle de l’objectif prévisionnel d’évolution des dépenses médicales au titre de ces deux exercices. En cas de dépassement, le médecin est redevable, selon des modalités déterminées par décret, de l’intégralité du dépassement.

“ II. – Un décret en Conseil d’Etat fixe les conditions dans lesquelles, en l’absence de dispositions conventionnelles prévues par le I ou en cas de carence des parties à la convention, les organismes du régime général de l’assurance maladie mettent en œuvre les dispositions prévues par le présent article. ”

## Article 22

..... Supprimé .....

## Article 22 bis

I. – *Non modifié* .....

II. – A. – Après l'article L.162-1-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-9 ainsi rédigé :

“ *Art. L. 162-1-9.* – Lorsqu'un professionnel de santé fait appel à un fournisseur ou à un prestataire de services à l'occasion de la réalisation des actes pris en charge par les organismes d'assurance maladie, il est tenu de fournir au patient un devis préalablement à l'exécution de ces actes puis une facture lorsque ces actes ont été réalisés.

“ Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie fixe le contenu des informations devant figurer sur le devis et la facture et, le cas échéant, les modalités particulières d'élaboration de ces pièces et de leur transmission aux patients.

“ Les infractions aux dispositions du premier alinéa sont constatées et sanctionnées dans les mêmes conditions que les infractions aux arrêtés pris en application de l'article L.162-38.

“ L'assuré communique à sa caisse, à l'occasion du remboursement, copie de la facture. ”

B. – Les dispositions du A entrent en vigueur à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification de l'article 1er de la section 1 du chapitre VII du titre III de la nomenclature générale des actes professionnels telle qu'elle était prévue par l'arrêté du 30 mai 1997.

## 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.

“ Lorsque le pharmacien délivre par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique, il fait mention expresse sur l’ordonnance du générique délivré et appose son nom et sa signature.

“ Un décret en Conseil d’Etat précise les conditions d’application du présent article.”

II. – La première phrase du premier alinéa de l’article L. 601-6 du code de la santé publique est remplacée par deux phrases ainsi rédigées:

“ Sans préjudice du droit relatif à la protection de la propriété industrielle et commerciale, on entend par spécialité générique d’une autre spécialité autorisée depuis au moins dix ans en France ou dans un autre pays membre des communautés européennes selon les dispositions communautaires en vigueur et commercialisée en France, appelée spécialité de référence, une spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité. La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. ”

III. – *Non modifié* .....

IV. – Les deuxième, troisième et quatrième alinéas de l’article L. 162-16 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

“ 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 écrites et si, après réception de celles-ci, l’organisme maintient la demande, 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. Toutefois, l’organisme peut décider, si la dépense supplémentaire est inférieure à un montant fixé dans les mêmes conditions, de ne pas procéder au recouvrement.

“ Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale. ”

IV *bis (nouveau)*. – Les pertes de recettes résultant du non-recouvrement de la dépense supplémentaire visée au troisième alinéa de l’article L. 162-16 du code de la sécurité sociale sont compensées par une majoration, à due concurrence, de la contribution visée à l’article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

V. – *Non modifié* .....

VI. – 1. Le premier alinéa de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée:

“ Ce plafond est porté à 10,74 % du prix fabricant hors taxes pour les spécialités génériques définies au premier alinéa de l'article L. 601-6 du code de la santé publique. ”

2. Le deuxième alinéa de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“ Les infractions aux dispositions prévues au présent article sont passibles des sanctions pénales applicables aux infractions mentionnées à l'article L. 162-38. Les dispositions du titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence sont applicables à ces mêmes infractions. ”

3 (*nouveau*). L'annexe prévue au *b* du II de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale présente un bilan sommaire du contrôle de l'application des dispositions de l'article L. 138-9 du même code.

## Article 24

I. – *Non modifié* .....

II. – L'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“ *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 ;

“ 4° (*nouveau*) Les sanctions conventionnelles applicables en cas de non respect des engagements mentionnés au 3°.

“ Chaque année, les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget déterminent, par arrêté dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, l'objectif national d'évolution des dépenses pharmaceutiques.

“ Compte tenu de cet objectif et en vue de satisfaire sa réalisation, le Comité économique du médicament propose, le cas échéant, aux entreprises ayant conclu une

convention de conclure un avenant annuel ajustant les dispositions qu'elle prévoit. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention.

“ Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence du médicament dans les conditions prévues par l'article L. 551-6 du code de la santé publique et les textes pris pour son application, le Comité économique du médicament peut demander, par avenant, la modification des prix des spécialités faisant l'objet de la publicité interdite. Si, pour quelque cause que ce soit, un tel avenant n'a pas été conclu dans le délai d'un mois suivant la publication de l'interdiction au *Journal officiel*, ces prix sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie. La modification des prix ainsi décidée ne peut entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.

“ Lorsque la mesure d'interdiction mentionnée à l'alinéa précédent porte sur une spécialité dont le prix n'est pas fixé par une convention passée avec le Comité économique du médicament, le comité propose à l'entreprise qui exploite cette spécialité d'en fixer le prix par une convention spéciale. A défaut de conclusion d'une telle convention dans le mois suivant la publication de l'interdiction au *Journal officiel*, le prix est fixé par arrêté des ministres visés à l'alinéa précédent. La modification du prix ainsi décidée ne peut entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.

“ 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. ”

## Article 25

I. – *Non modifié* .....

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 portant clause de sauvegarde applicable aux 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 + 5,5 points	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, 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 à L. 138-19. – Non modifiés .....* ”

III. – *Non modifié .....*

.....

### Article 26 bis

..... Supprimé .....



## Article 27

I et I bis. – *Non modifiés* .....

II. – Il est inséré, dans la même loi, un article 27-5 ainsi rédigé :

“ *Art. 27-5. – 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 directeur de l’agence régionale de l’hospitalisation, en liaison avec le préfet de région 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 et IV. – *Non modifiés*.....

## Article 27 bis

..... Supprimé .....

## Articles 27 ter et 28

..... Conformes .....

Section 3

**Branche vieillesse**

**Article 29**

..... Conforme.....

**Article 29 bis**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – *Supprimé* .....

II et III. – *Non modifiés* .....

IV. – L'article L. 351-12 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

“ Cette majoration n'est pas incluse dans les avantages personnels de vieillesse dont le cumul avec une pension de réversion est comparé aux limites prévues au dernier alinéa de l'article L. 353-1. ”

**Article 30**

..... Conforme.....

Section 4

**Branche accident du travail**

**Article 31**

..... Conforme.....

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.....	781,4
Accidents du travail.....	53,0
Famille.....	256,8
Total des dépenses.....	1788,9

## 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 628,8 milliards de francs pour l'année 1999.

Avant la première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale par l'Assemblée nationale, le Parlement est informé de la répartition prévisionnelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

L'annexe prévue au *c* de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale précise l'impact prévisionnel des différentes mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale sur les comptes, d'une part, du régime général et, d'autre part, des autres régimes obligatoires de base mentionnés au *c* de l'article L.O. 111-4 précité ainsi que sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

## Section 7

### **Mesures relatives à la trésorerie**

#### **Article 34**

..... Supprimé .....

#### **Article 35**

..... Conforme .....

## Article 35 bis

..... Supprimé .....

## 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 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.

*Délibéré, en séance publique, à Paris, le 17 novembre 1998.*

Signé : C

## ANNEXE

### **RAPPORT SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE ET LES OBJECTIFS QUI DETERMINENT LES CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER**

Un projet de loi de financement de la sécurité sociale se doit d'être prudent et convaincant dans les équilibres qu'il traduit, abouti dans les analyses qu'il avance, cohérent dans les propositions qu'il formule.

Compte tenu des enjeux actuels de la protection sociale, le projet de financement pour 1999 doit comporter des orientations claires.

*Pour l'utilisation des marges disponibles à l'adaptation de l'offre de soins.*

Comme l'estime le conseil d'administration de la CNAMTS, il convient d'utiliser les marges disponibles pour adapter l'offre de soins, plutôt que de se contenter d'accompagner l'évolution des dépenses. Aussi est-il proposé de réduire d'un milliard de francs, par rapport à l'évolution retenue initialement, le montant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie et d'affecter ces crédits à l'accompagnement social des opérations de restructuration hospitalière.

*Pour la mise en place de mécanismes de régulation des dépenses simples, médicalisés et efficaces.*

En matière de régulation des dépenses médicales, le dispositif de reversements en vigueur, issu des ordonnances Juppé, posait problème. Alors que le Gouvernement souhaite aller jusqu'au bout de la régulation comptable et collective que ce dispositif comportait, il est proposé au contraire d'aller jusqu'au bout de l'individualisation de la responsabilité des médecins à laquelle il faisait aussi appel.

Ainsi, tirant les leçons du passé, il est proposé d'instituer un mécanisme simple, médicalisé et efficace de maîtrise des dépenses. Collectivement organisé par les partenaires conventionnels, il laisse les médecins maîtres de déterminer les conditions d'exercice de leur responsabilité individuelle.

Garantissant le respect des objectifs tout en organisant l'amélioration des pratiques médicales individuelles et collectives, il répond au double souci de favoriser la qualité des soins dont bénéficient les Français et d'en limiter le coût.

Il tourne le dos aux usines à gaz comptables proposées par le Gouvernement.

Améliorer les conditions de la maîtrise des dépenses pharmaceutiques et le bon usage des médicaments dans des conditions compatibles avec le développement industriel, de la recherche et de l'emploi, et non entériner la mort de la politique conventionnelle : tel doit également être l'objectif poursuivi par le projet de loi. Il s'agit d'améliorer cette politique conventionnelle en renforçant ses exigences pour les laboratoires dans le cadre d'un objectif opposable de dépenses pharmaceutiques défini annuellement par le Gouvernement en fonction de l'ONDAM.

Sans rejeter le principe de la taxation, ni son assiette, ni son taux, le projet de loi doit en faire un instrument encourageant les entreprises à accepter une régulation conventionnelle sérieuse.

*Pour un projet cohérent et complet sur les retraites.*

S'il convient de prendre acte de la mesure " symbolique " que constitue la création d'un fonds de réserve pour les retraites par répartition, il est inutile de " faire semblant ", en attribuant à ce fonds un embryon de ressources, en peaufinant la composition d'un comité de surveillance ou en précisant les régimes bénéficiaires.

Alors même que restent parfaitement indéterminés à la fois la nature des " vraies " ressources qui l'alimenteront et qui devront se chiffrer en centaines de milliards de francs, l'affectation de ces fonds, leur mode et leur horizon de placement ou enfin les modalités

de gestion qui devront être cohérentes tant avec l'origine des ressources qu'avec l'objectif des emplois.

En revanche, la mise en place d'un tel fonds de réserve relève, à l'évidence, d'un texte d'ensemble, cohérent et complet, incluant des mesures permettant de faire cesser les déficits d'aujourd'hui, de clarifier la situation des régimes spéciaux et de définir un véritable régime des fonctionnaires de l'Etat.

*Pour un traitement équitable de la branche famille.*

La situation financière excédentaire de la branche famille ne justifie aucunement de nouvelles économies : en conséquence, doit être rejeté le décalage de la majoration d'âge pour les allocations familiales qui n'a aucun fondement au regard des objectifs de la politique familiale.

Afin de souligner le poids des charges indues pesant sur la branche famille au titre des prestations qu'elle gère pour le compte de l'Etat, il est proposé un abattement d'un milliard de francs sur les frais de gestion de la CNAF au titre de la gestion et du contrôle du RMI.

*Pour l'affirmation sans ambiguïté de la compensation intégrale des exonérations de cotisations.*

Doit être réaffirmé solennellement le principe, posé par la loi du 25 juillet 1994, de la compensation intégrale pour la sécurité sociale des exonérations de charges sociales postérieures à cette loi. Ce principe est l'un des fondements de la clarification indispensable des relations et des responsabilités entre l'Etat et les régimes sociaux.

La remise en cause de ce principe est inacceptable, que ce soit pour :

- les exonérations de cotisations dans le cadre d'incitation à la réduction du temps de travail, au nom d'une prétendue "neutralité" de la mesure ;
- les dispositifs, antérieurs à 1994 et donc non compensés, qui sont prorogés au-delà de leur échéance et modifiés, telle l'exonération des charges liée à l'embauche d'un premier salarié; dès lors qu'il y a novation juridique, il doit y avoir compensation intégrale de ces nouvelles exonérations en application de la loi de 1994 ;
- les dispositifs, également antérieurs à la loi de 1994, dont le taux d'exonération est fortement majoré, telle l'exonération portée de 30 % à 100 % pour les associations d'aide à domicile; ces exonérations doivent être compensées à hauteur de la majoration du taux.

*Pour une vraie taxe de santé publique sur le tabacs.*

Conformément aux objectifs de la politique de santé publique, il est proposé de substituer à une majoration du taux de la taxe sur les tabacs en l'état sans affectation précise, une "taxe de santé publique" directement affectée à la CNAMTS.

*Pour un projet de loi de financement rectificatif tirant les conséquences d'un projet initial incertain.*

Le respect de la lettre comme de l'esprit de la loi organique voudrait que le Gouvernement soumette au Parlement, à la fin du printemps, un projet de loi de financement rectificatif de la sécurité sociale pour 1999 :

– tirant, d'une part, les conséquences sur les équilibres de la sécurité sociale des réformes urgentes que le Gouvernement renvoie au premier semestre de l'année prochaine : mesures structurelles indispensables dans le domaine des retraites dont il est nécessaire qu'elles interviennent dès le début de 1999, projet de loi instituant une couverture maladie universelle dont le dépôt doit intervenir avant la fin de l'année, réforme de l'assiette des cotisations employeurs sur laquelle le Gouvernement annonce qu'il arrêtera sa position dans les semaines qui viennent ;

– faisant le point, d'autre part, sur l'évolution des dépenses et des recettes au vu, notamment, de l'évolution de la conjoncture, il ne serait guère acceptable qu'une nouvelle fois le Parlement ne soit saisi d'une dérive des comptes qu'à l'occasion de la seule ratification en fin d'année d'un décret majorant le plafond de recours à l'emprunt par les régimes de sécurité sociale.

*Pour une réflexion sur l'évolution des lois de financement.*

La réforme constitutionnelle de 1996, instituant les lois de financement de la sécurité sociale, constitue un progrès considérable et l'amorce d'une évolution profonde. A l'occasion de l'examen du troisième projet de loi depuis cette réforme, il apparaît que cet instrument est perfectible et qu'une réflexion doit être menée tendant à une amélioration de la présentation des lois de financement et, au-delà d'une multiplication vaine des annexes, de la qualité et de la cohérence des informations fournies au Parlement.

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté par le Sénat dans sa séance du 17 novembre 1998.*

*Le Président,*

*Signé : CHRISTIAN PONCELET.*