

N 1245

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 décembre 1998.

PROJET DE LOI

MODIFIÉ PAR LE SENAT, EN NOUVELLE LECTURE,

de financement de la sécurité sociale pour 1999,

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

A

M. LE PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **1106, 1147** et T.A. **192.**

1208 et Commission mixte paritaire : **1213.**

Nouvelle lecture : **1208, 1215** et T.A. **202.**

Sénat : 1^{re} lecture : **50, 56, 58** et T.A. **22** (1998-1999).

Commission mixte paritaire : **74** (1998-1999).

Nouvelle lecture : **89, 90** et T.A. **24** (1998-1999).

Sécurité sociale.

PREMIER MINISTRE

Paris, le 2 décembre 1998

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous transmettre, ci-joint, le texte du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture dans sa séance du 1er décembre 1998 et modifié par le Sénat dans sa séance du 2 décembre 1998.

Conformément aux dispositions de l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, le Gouvernement demande à l'Assemblée nationale de bien vouloir statuer définitivement.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

Signé : Lionel JOSPIN.

Monsieur Laurent FABIOUS
Président de l'Assemblée nationale
Palais Bourbon
PARIS

Le Sénat a modifié, en nouvelle lecture, le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale, en nouvelle lecture.

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. – 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.

.....

Article 3 bis

I. – L’article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“*Art. L. 241-10.* – I. – La rémunération d’une aide à domicile est exonérée totalement des cotisations patronales d’assurances sociales, d’accidents du travail et d’allocations familiales, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par :

“*a)* Des personnes ayant atteint un âge déterminé par décret;

“*b)* Des personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l’allocation d’éducation spéciale mentionné à l’article L. 541-1;

“*c)* Des personnes titulaires :

“– soit de l’allocation compensatrice pour tierce personne,

“– soit d’une majoration pour tierce personne servie au titre de l’assurance invalidité, de la législation des accidents du travail ou d’un régime spécial de sécurité sociale ou de l’article L. 18 du code des pensions militaires d’invalidité et des victimes de la guerre;

“*d)* Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l’obligation de recourir à l’assistance d’une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie et titulaires :

“– soit d’un avantage de vieillesse servi en application du présent code ou du code rural,

“– soit d’une pension d’invalidité servie par un régime spécial de sécurité sociale, sous réserve d’avoir dépassé un âge déterminé par décret,

“– soit d’une pension allouée aux militaires invalides au titre de l’article L. 2 du code des pensions militaires d’invalidité et des victimes de la guerre, sous réserve d’avoir dépassé un âge déterminé par décret;

“*e)* Des personnes remplissant, dans des conditions définies par décret, la condition de degré de dépendance prévue à l’article 2 de la loi n° 97-60 du 24 janvier

1997 tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

“L'exonération est accordée sur la demande des intéressés par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations dans les conditions fixées par arrêté ministériel.

“Le bénéfice de ces dispositions ne peut se cumuler pour une même aide à domicile avec l'allocation de garde d'enfant à domicile prévue à l'article L. 533-1.

“II. – Les personnes qui ont passé un contrat conforme aux dispositions du cinquième alinéa de l'article 6 de la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes sont exonérées totalement, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du I, des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales dues sur la rémunération qu'elles versent à ces particuliers.

“III. – Les rémunérations des aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée par les associations admises, en application de l'article L. 129-1 du code du travail, à exercer des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale sont exonérées totalement des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales pour la fraction versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées chez les personnes visées aux *b, c, d* et *e* du I ou bénéficiaires de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre ces associations ou organismes et un organisme de sécurité sociale.

“Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par l'alinéa ci-dessus et notamment :

“– les informations et pièces que les associations, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes visés au précédent alinéa doivent produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général;

“– les modalités selon lesquelles les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général vérifient auprès des organismes servant les prestations mentionnées aux *b, c, d* et *e* du I ou les prestations d'aide ménagère visées au précédent alinéa que les personnes au titre desquelles cette exonération a été appliquée ont la qualité de bénéficiaires desdites prestations.

“Les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale bénéficient d'une exonération de 100 % de la cotisation d'assurance vieillesse due au régime visé au 2° de l'article R. 711-1 du code de la sécurité sociale pour la fraction de ces rémunérations remplissant les conditions définies au premier alinéa du présent paragraphe.

“IV. – L'article L. 131-7 du présent code est applicable à 70 % de l'exonération prévue au premier alinéa du III.

“ V. –Les dispositions du présent article sont applicables aux périodes d’emploi postérieures au 31 décembre 1998.”

II et III. – *Non modifiés*

Article 3 ter

..... Suppression conforme

Article 3 quater

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

“*Art. 1031-4. – I. –* Les dispositions prévues au III 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 par cet article.

“Les conditions d’application de l’exonération prévue au III de l’article L. 241-10 du code de la sécurité sociale au bénéfice des associations et organismes visés au premier alinéa sont fixées par décret.Celui-ci détermine notamment les informations et pièces que les associations et organismes précités doivent produire auprès des caisses de mutualité sociale agricole ainsi que les modalités permettant aux caisses de mutualité sociale agricole de vérifier la qualité de bénéficiaires des prestations mentionnées aux *b, c, d et e* du I de l’article L. 241-10 précité ou des prestations d’aide ménagère visées au III du même article.

“II. – Les caisses de mutualité sociale agricole procèdent auprès des associations et organismes affiliés au régime agricole et bénéficiant de l’exonération prévue à l’article L. 241-10 du code de la sécurité sociale à des contrôles identiques à ceux réalisés par les caisses de sécurité sociale auprès des associations et organismes relevant du régime général, afin de s’assurer de la régularité des opérations financières et comptables et d’apprécier la qualité des prestations servies.

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

B. – La perte de recettes résultant du A est compensée à due concurrence par la création d’une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 4

I. – *Supprimé*

II. – *Non modifié*

II *bis*. – 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 6

..... Conforme

Article 7

..... Supprimé

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.

Articles 11 quater

..... Supprimé

Article 12 A

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	440,2
Transferts reçus	4,9
Revenus des capitaux	1,4
Autres ressources	32,6
Total des recettes	1806,4

TITRE III
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES
ET A LA TRESORERIE**

Section 1

Branche famille

.....

Article 13 bis

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.”

.....

Section 2

Branche maladie

.....

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° (*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 mentionnés 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 l'Etat et à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés qui en assure la synthèse et la diffusion à toutes fins utiles.

“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, il est inséré dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-1-9 ainsi rédigé :

“*Art. L. 162-1-9.* – Lorsqu’un professionnel des 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 commercialisées 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 à V. – *Non modifiés*

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*

I *bis*. – L'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“ *Art. L. 162-17-3. – I. – Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique du médicament. Le comité contribue à l’élaboration de la politique économique du médicament. Il met en œuvre les orientations qu’il reçoit des ministres compétents, en application de la loi de financement de la sécurité sociale.*”

“ Ces orientations portent notamment sur les moyens propres à assurer le respect de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie mentionné à l’article L.O. 111-3. En particulier, le comité applique ces orientations à la fixation des prix des médicaments à laquelle il procède en application de l’article L. 162-17-4.”

“ La composition et les règles de fonctionnement du comité sont déterminées par décret.”

“ II. – Le Comité économique du médicament assure un suivi périodique des dépenses de médicaments en vue de constater si l’évolution de ces dépenses est compatible avec les orientations propres à assurer le respect de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie.”

“ Ce suivi comporte au moins deux constats à l’issue des quatre et huit premiers mois de l’année.”

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° Les modalités de participation de l’entreprise à la mise en œuvre des orientations ministérielles précitées;

“ 5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°.”

“ Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l’évolution des dépenses de médicaments n’est manifestement pas compatible avec les orientations propres à assurer le respect de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie ou en cas d’évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l’entreprise concernée de conclure un avenant permettant d’adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l’entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans

ce cas, le comité peut proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie de fixer le prix de ces médicaments par arrêté, en application de l'article L. 162-16-1.

“Lorsqu’une mesure d’interdiction de publicité a été prononcée par l’Agence du médicament dans les conditions prévues à l’article L. 551-6 du code de la santé publique, le Comité économique du médicament peut demander à l’entreprise concernée, dans le délai d’un mois à compter de la date de publication de la décision d’interdiction au *Journal officiel*, la modification des prix des médicaments fixés par convention faisant l’objet de l’interdiction de publicité ou le versement, en application de l’article L. 162-18, de remises sur le chiffre d’affaires de ces médicaments. Si l’avenant correspondant n’a pas été signé dans un délai de deux mois à compter de la même date, le comité peut résilier la convention; ces prix sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l’économie, après avis du comité. Cette modification des prix ne peut entraîner une dépense supplémentaire pour l’assurance maladie.

“Lorsque la mesure d’interdiction de publicité mentionnée à l’alinéa précédent porte sur un médicament dont le prix est fixé par arrêté, le Comité économique du médicament peut, dans le délai d’un mois à compter de la date de publication de la décision d’interdiction au *Journal officiel*, proposer à l’entreprise concernée de conclure une convention modifiant les prix des médicaments faisant l’objet de l’interdiction de publicité ou prévoyant, en application de l’article L. 162-18, le versement de remises sur le chiffre d’affaires de ces médicaments. A défaut de conclusion d’une telle convention dans un délai de deux mois à compter de la même date, ces prix sont modifiés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l’économie, après avis du comité. Cette modification des prix ne peut entraîner une dépense supplémentaire pour l’assurance maladie.

“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 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 médicaments inscrits sur la liste mentionnée à l’article L. 162-17, corrigé en fonction des décisions de modification de son périmètre, 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 médicaments inscrits 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 compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, 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 des orientations propres à assurer le respect 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, postérieurement au 1er janvier 1999, 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 médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique 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 médicaments mentionnés 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

.....

Section 3

Branche vieillesse

.....

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.”

V. – Les mesures prévues au II entrent en vigueur le 1er mars 1999.

.....

Section 4

Branche accident du travail

.....

Article 31 bis

..... 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.....	697,8
Vieillesse-veuvage.....	781,4
Accidents du travail.....	53,0
Famille.....	256,8
Total des dépenses.....	1789,0

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 628,9 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 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 2 décembre 1998.

Le Président,

SIGNE : *CHRISTIAN PONCELET.*

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 loi 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'ONDAM, 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 les 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 2 décembre 1998.

Le Président,

Signé : CHRISTIAN PONCELET.

N°1245. - Projet de loi modifié par le Sénat en nouvelle lecture de financement de la sécurité sociale pour 1999 (*renvoyé à la commission des affaires culturelles*)