

N° 1943

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 novembre 1999.

## PROJET DE LOI

*de financement de la sécurité sociale pour 2000.*

MODIFIÉ PAR LE SENAT

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

A

M. LE PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE 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* : **1835, 1873, 1876** et T.A. **368**.

*Sénat* : **40, 58, 68** et T.A. **33** (1999-2000).

**Sécurité sociale.**

## TITRE I<sup>er</sup>

### **ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE**

#### **Article 1<sup>er</sup>**

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 2000.

#### **Article 1<sup>er</sup> bis (nouveau)**

Le quatrième alinéa de l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Elle est assistée par un secrétariat général permanent, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.

« Le secrétariat général de la commission des comptes de la sécurité sociale est placé sous l'autorité d'un secrétaire général, nommé pour trois ans renouvelables une fois, par le ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition conjointe des présidents des deux assemblées. »

#### **Article 1<sup>er</sup> ter (nouveau)**

I. – Après l'article L. 114-1 du même code, il est inséré un article L. 114-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-2.* – Les régimes obligatoires de sécurité sociale communiquent leurs comptes au secrétaire général de la commission des comptes avant le 31 mars de l'année suivant l'exercice considéré.

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

II. – Après l'article L. 114-1 du même code, il est inséré un article L. 114-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-3.* – Les organismes de sécurité sociale décrivent leurs opérations à

l'aide d'un plan comptable unique.

« Le suivi d'application de ce plan comptable est assuré par le secrétariat de la commission des comptes de la sécurité sociale.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article. »

III. – Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois aux comptes de l'année 2001.

## TITRE II

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

#### Articles 2A à 2 C

..... Conformes .....

#### Articles 2 à 4

..... Supprimés .....

#### Article 4 bis

..... Conforme .....

#### Article 4 ter (nouveau)

Le premier alinéa de l'article 1613 bis du code général des impôts est ainsi rédigé :

« Les boissons constituées par un mélange préalable de boissons passibles d'un droit mentionné aux articles 402 bis, 403, 438, 520 A (a du I) du code général des impôts ou 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. »

#### Article 5

I. – L'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 139-2.* – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part des contributions attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV de l'article L. 136-8 et la répartit selon la clef suivante :

« – Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés : 87,000%;

« – Régime des salariés agricoles : 2,290%;

« – Caisse nationale militaire de sécurité sociale : 1,540%;

« – Régime des exploitants agricoles : 1,818%;

« – Caisse autonome d'assurance maladie des professions indépendantes : 5,370%;

« – Autres régimes d'assurance maladie : 1,982%.

« Les montants des contributions attribuées aux régimes d'assurance maladie sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

« La commission de répartition dresse chaque année un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle transmet à la Commission des comptes de la sécurité sociale. »

II. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter de la répartition effectuée au titre de l'année 2000.

#### **Article 5 bis**

.....Conforme .....

#### **Article 5 ter (nouveau)**

I. – L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sans préjudice du précédent alinéa, les cotisations mentionnées au premier alinéa dues au titre de la première année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente; celles dues au titre de la deuxième année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder vingt-sept fois cette valeur. »

II. – L'article L. 612-4 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, le montant de la cotisation

annuelle assise sur le revenu forfaitaire visé à l'article L. 131-6 ne peut excéder, au titre de la première année civile d'activité, celui qui serait dû sur dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente et, au titre de la deuxième année civile d'activité, celui qui serait dû sur vingt-sept fois cette valeur. »

III. – Les dispositions des I et II sont applicables aux cotisations dues par les travailleurs non salariés des professions non agricoles débutant leur activité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2000.

### **Article 5 quater (nouveau)**

Après l'article L. 225-6, il est inséré, dans le titre II du livre II du code de la sécurité sociale, un chapitre V *bis* ainsi rédigé :

#### *« CHAPITRE V BIS*

#### ***« Affectation des résultats comptables des branches du régime général***

« *Art. L. 225-7.* – Chaque branche du régime général dispose d'une section comptable distincte de celle de ses opérations courantes.

« Après la clôture de l'exercice, le résultat comptable de la branche est imputé sur cette section comptable.

« Le placement des sommes inscrites à cette section comptable est effectué par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans le respect de la séparation des branches.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article. »

### **Article 6**

Pour 2000, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'en semble 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 .....   | 1086,5 |
| Cotisations fictives .....     | 201,5  |
| Contributions publiques .....  | 62,8   |
| Impôts et taxes affectés ..... | 461,6  |

|                            |      |
|----------------------------|------|
| Transferts reçus .....     | 4,7  |
| Revenus des capitaux ..... | 1,7  |
| Autres ressources.....     | 34,1 |

---

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| Total des recettes..... | 1852,9 |
|-------------------------|--------|

### TITRE III

## DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES ET A LA TRESORERIE

#### Section 1

#### **Branche famille**

#### **Article 7**

..... Conforme .....

#### **Article 8**

I et II. – *Non modifiés*.....

III. – L'article 22 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa du I et à la fin du II, la date : « 31 décembre 1999 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2002 ».

2° A la fin de la première phrase du II, la date : « 31 décembre 1998 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2001 ».

IV. – *Non modifié*.....

#### **Article 9**

La Caisse nationale des allocations familiales bénéficie d'une garantie de ressources pour la période courant du 1<sup>er</sup> janvier 1999 au 31 décembre 2003.

Les ressources de la Caisse nationale des allocations familiales perçues au titre de l'année 2003 ne seront pas inférieures aux ressources de cette caisse pour l'année 1998 revalorisées, déduction faite de la subvention versée par l'Etat au titre de la majoration d'allocation de rentrée scolaire et d'un montant équivalent aux ressources transférées en 2000 à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en vertu de l'article 10 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Dans le cas contraire, constaté à l'issue de la période mentionnée au premier alinéa par la Commission des comptes de la sécurité sociale, un versement de l'Etat à la Caisse nationale des allocations familiales permet, dans les conditions prévues par les lois de finances et de financement de la sécurité sociale, de combler la différence observée.

La revalorisation mentionnée au deuxième alinéa est égale à l'évolution du produit intérieur brut en valeur aux prix courants sur l'ensemble de la période visée au premier alinéa, mentionnée dans le rapport sur les comptes de la Nation.

## Section 2

### **Branche vieillesse**

#### **Article 10**

..... Supprimé .....

#### **Article 11**

..... Conforme .....

#### **Article 11 bis (nouveau)**

Le Gouvernement présentera au Parlement, avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, un rapport retraçant la situation du Fonds national de l'assurance veuvage depuis sa création.. Ce rapport étudiera également les modalités d'une revalorisation significative du montant des prestations d'assurance veuvage.

#### **Articles 12 et 13**

..... Conformes .....

#### **Article 13 bis**



Pour les périodes d'activité antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 1973 accomplies dans les régimes d'assurance vieillesse de base des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales, les intéressés peuvent effectuer un versement de cotisations arriérées, dès lors qu'ils sont à jour, à la date dudit versement, du paiement des cotisations échues depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1973 dans les régimes obligatoires d'assurance vieillesse et invalidité-décès de ces professions.

Le montant au 1<sup>er</sup> avril 1972 des cotisations faisant l'objet de cette régularisation de cotisations est revalorisé par application des coefficients dont ont été affectées les valeurs des points de retraite entre cette date et la date à laquelle est effectué le versement.

La demande de régularisation doit porter sur l'intégralité des cotisations dues; elle doit être présentée dans les deux années suivant l'entrée en vigueur du décret en Conseil d'Etat qui fixera les conditions d'application du présent article.

### **Article 13 ter (nouveau)**

I. – Le cinquième alinéa (4<sup>o</sup>) de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour les assurés ayant servi de 1954 à 1962 en Afrique du Nord, ces dispositions s'appliquent y compris lorsqu'ils n'avaient jamais personnellement bénéficié de la qualité d'assuré social avant la date de leur incorporation. »

II. – L'augmentation des charges résultant du I pour les organismes de sécurité sociale concernés est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

## Section 3

### **Branche maladie**

#### **Articles 14 et 15**

..... Supprimés .....

#### **Article 16**

I. – Le livre VII du code de la santé publique est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> L'intitulé du livre VII est ainsi rédigé : « Etablissements de santé, thermo-climatisme, laboratoires et centres de santé » ;

2<sup>o</sup> Il est ajouté un titre IV ainsi rédigé :

« *TITRE IV*

« *CENTRES DE SANTE*

« *Art. L. 765-1.* – Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

« Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé mentionnés au titre I<sup>er</sup> du présent livre, soit par des collectivités territoriales. Ils sont soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionnent dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. Seuls les centres de santé agréés peuvent dispenser des soins aux assurés sociaux. »

II. – La section 7 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« *Section 7*

« *Centres de santé*

« *Art. L. 162-32.* – Les caisses primaires d'assurance maladie versent aux centres de santé qui ont adhéré à la convention nationale dans les conditions prévues à l'article L. 162-32-2 une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres en application de l'article L. 241-1 pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux relevant des sections 1 et 2 du présent chapitre.

« Lorsque le personnel des centres de soins infirmiers est affilié aux assurances sociales agricoles, la partie des cotisations d'assurance maladie versées en application de l'article 1031 du code rural est prise en charge par la caisse de mutualité sociale agricole compétente et imputée sur les dépenses d'assurance maladie.

« Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie.

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

« *Art. L. 162-32-1.* – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de santé créés et gérés par des collectivités territoriales et une

ou plusieurs organisations représentatives des centres de santé privés.

« Cette convention détermine notamment :

« 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé;

« 2° Les conditions générales d'application des conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé; ces conditions ne peuvent pas modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces conventions;

« 3° Les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé;

« 4° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins;

« 5° *Supprimé* .....

« 6° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé.

« Chaque année, une annexe à la convention fixe l'objectif de dépenses des centres de santé et détermine les mesures permettant de favoriser le respect de cet objectif.

« *Art. L. 162-32-2.* – La convention nationale, ses annexes et avenants sont approuvés dans les conditions prévues à l'article L. 162-15.

« Elle est applicable aux centres de santé qui font connaître à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils sont situés, dans un délai fixé par cette convention, qu'ils souhaitent y adhérer.

« A défaut de convention nationale, les tarifs applicables aux centres de santé sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. Ces dispositions sont également applicables aux centres de santé qui n'ont pas adhéré à la convention nationale.

« *Art. L. 162-32-3.* – La caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un centre de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par ladite convention; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par cette convention et permettre au centre de présenter ses observations; elle ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du livre I<sup>er</sup>.

« Lorsqu'un centre de santé est placé hors de la convention par la caisse primaire d'assurance maladie, les tarifs qui lui sont applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. »

III. – L'ensemble des centres de santé agréés dans le cadre des dispositions

applicables avant l'entrée en vigueur de la présente loi conservent le bénéfice de l'agrément qui leur a été antérieurement accordé.

## Article 17

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 même code 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 régionaux d'objectifs et de moyens applicables à ces postes pour l'année suivante.

« Avant le 1er mars de l'exercice suivant, les contrats régionaux d'objectifs et de moyens conclus dans chaque région par les représentants des organisations signataires de la convention et les unions régionales de caisses d'assurance maladie fixent des objectifs pour chacun de ces postes 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 des médecins, notamment en ce qui concerne leurs 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 du code de la santé publique;

« 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 régional d'objectifs et de moyens.

« Un bilan d'application des contrats régionaux est effectué en fin d'exercice. Les partenaires conventionnels en tirent les conséquences dans le contenu de l'annexe annuelle prévue à l'article L. 162-5-2.

« 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 18**

.....Conforme .....

**Article 19**

..... Supprimé .....

**Article 19 bis (nouveau)**

La Caisse nationale d'assurance maladie présente annuellement au Parlement un bilan d'application de l'article 18 de la loi n°            du            de financement de la sécurité sociale pour 2000.

**Article 20**

.....Conforme .....

**Article 21**

.....Supprimé .....

**Article 22**

.....Conforme .....

**Article 22 bis**

.....Supprimé.....

**Article 22 ter (nouveau)**

I. – La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est complétée par le membre de phrase : « , et au titre des spécialités de référence définies au premier alinéa dudit article L. 601-6 dont le prix au 1er janvier du dernier exercice clos n'est pas supérieur à celui d'une au moins de leurs spécialités génériques ».

II. – Au premier alinéa de l'article L. 245-6-1 du même code, après les mots : « à

l'article L. 601-6 du code de la santé publique », est inséré le membre de phrase : « et des spécialités de référence définies au premier alinéa dudit article L. 601-6 dont le prix au premier jour du dernier trimestre civil n'est pas supérieur à celui d'une au moins de leurs spécialités génériques ».

III. – La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 138-9 du même code est complétée par le membre de phrase : « et pour les spécialités de référence définies au premier alinéa dudit article L. 601-6 dont le prix au 1<sup>er</sup> janvier de l'année n'est pas supérieur à celui d'une au moins de leurs spécialités génériques ».

### **Article 23**

I à VII. – *Non modifiés* .....

VIII. – Au chapitre I<sup>er</sup> du livre V *bis* du code de la santé publique, il est inséré un article L. 665-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 665-7-1.* – Dans l'intérêt de la santé publique, des arrêtés du ministre chargé de la santé fixent, en tant que de besoin, les conditions particulières relatives à la délivrance des dispositifs mentionnés à l'article L. 665-3.

« La pratique de certains actes, procédés techniques et méthodes ainsi que la prescription de certains dispositifs médicaux peuvent être soumises à des règles de formation ou de qualification des professionnels et à des règles concernant les lieux d'utilisation de ces dispositifs ou la réalisation d'évaluations périodiques. La liste de ces actes, procédés, techniques, méthodes et prescriptions et les règles qui leur sont applicables sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'inscription sur la liste est faite pour une durée de cinq ans renouvelable. »

### **Article 24**

I. – Les articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-22-1.* – Pour les établissements de santé mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, un contrat tripartite conclu pour cinq ans entre l'Etat, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie ainsi qu'une au moins des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements détermine :

« 1<sup>o</sup> Les catégories de prestations d'hospitalisation, sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale;

« 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale;

« 2° *bis* Les modalités de détermination par l'agence régionale de l'hospitalisation des tarifs des prestations des établissements nouvellement créés ou issus d'un regroupement entre établissements;

« 3° Les méthodes permettant de calculer le montant des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie;

« 4° Les modalités de versement des sommes correspondantes;

« 5° Sans préjudice des dispositions prévues par le code de la santé publique, les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 de ce code, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements;

« 6° Les modalités de transmission par les établissements à l'Etat, aux agences régionales de l'hospitalisation et aux organismes d'assurance maladie, des informations relatives d'une part aux frais d'hospitalisation, d'autre part aux honoraires des professionnels de santé y exerçant leur activité. Sur la base de ces informations, l'agence régionale de l'hospitalisation procède à un suivi régulier du coût total pour l'assurance maladie de chaque établissement.

« 7° (*nouveau*) Les données utilisées pour la détermination de l'objectif quantifié national et les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de l'objectif. Le contrat tient compte à cet effet notamment de l'évolution constatée des dépenses et des changements de régime juridique et financier de certains établissements.

« En l'absence de contrat, les dispositions visées aux 1° à 7° sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 162-22-2. – Non modifié* ..... »

II. – Il est inséré, à la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, les articles L. 162-22-3 à L. 162-22-7 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-22-3. – I. –* Chaque année, au plus tard le 25 février, un accord conclu entre l'Etat, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ainsi qu'une au moins des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, détermine :

« 1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré, selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2; cette évolution peut être différenciée selon les activités médicales;

« 2° Les variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués aux établissements par les agences régionales de l'hospitalisation selon les modalités définies par l'accord régional mentionné à l'article L. 162-22-4.

« A défaut d'accord dans le délai précité et au plus tard le 15 mars de l'année, un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les éléments mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus.

« II et III. – *Supprimés* .....

« *Art. L. 162-22-4.* – Chaque année, au plus tard le 31 mars, un accord conclu entre l'agence régionale de l'hospitalisation et les représentants, dans la région, d'une au moins des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés signataires de l'accord mentionné à l'article L. 162-22-3 fixe, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-2 et L. 162-22-3, les règles générales de modulation des tarifs des prestations des établissements de la région, en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique.

« Cet accord détermine, en outre, compte tenu des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et des orientations de la conférence régionale de santé, les critères susceptibles d'être pris en compte pour accorder à certains établissements, notamment en vue de l'amélioration de la qualité des soins, des évolutions de tarifs différentes du taux moyen d'évolution arrêté dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 162-22-3.

« A défaut d'accord, l'agence régionale de l'hospitalisation fixe ces dispositions.

« *Art. L. 162-22-5.* – I. – Les tarifs des prestations de chaque établissement de santé privé mentionné à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens mentionné au même article.

« Ils prennent effet au 1er mai de l'année en cours.

« II. – Les tarifs de responsabilité applicables aux établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 710-16-2 sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« *Art. L. 162-22-6.* – Les établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ainsi que ceux mentionnés au II de l'article L. 162-22-5 sont passibles, après qu'ils ont été mis en mesure de présenter leurs observations, d'une sanction financière, dans le cas de :

« 1° Fausse cotation de prestations définies au 1° de l'article L. 162-22-1;

« 2° Absence de réalisation des prestations facturées;

« 3° Dépassement des capacités autorisées évaluées en termes annuels définies à



l'article L. 712-8 du code de la santé publique.

« Dans tous les cas, la sanction ne peut excéder 5% du chiffre d'affaires de l'établissement et est au minimum égale au coût indûment supporté par l'assurance maladie. Dans le premier cas, elle ne peut excéder trois fois ce coût, dans le second cas, cinq fois ce coût, dans le dernier cas, deux fois.

« La mesure de sanction financière est prise par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation qui la notifie à l'établissement.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« Art. L. 162-22-7. – *Supprimé* ..... »

III. – L'article L. 710-16-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase du premier alinéa est complétée par le membre de phrase : « , dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale et conformément à un contrat type annexé au contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du même code » ;

2° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée;

3° Au deuxième alinéa, après les mots : « Ces contrats définissent », sont insérés les mots : « les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et, notamment, »;

4° Le quatrième alinéa est supprimé;

5° *Supprimé* .....

IV. – *Non modifié* .....

V. – *Supprimé* .....

VI. – *Non modifié* .....

VII. – *Supprimé* .....

VIII. – A à D. – *Non modifiés* .....

E. – Les modalités d'utilisation de la subvention par l'établissement bénéficiaire font l'objet d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.

Les modalités d'application du présent VIII, notamment les opérations éligibles à un financement par le fonds, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat publié dans un délai raisonnable.

F. – *Non modifié* .....

IX et X. – *Supprimés* .....

XI. – *Non modifié* .....

### **Article 24 bis (nouveau)**

A la fin du premier alinéa de l'article L. 716-2 du code de la santé publique, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « deux ans ».

### **Article 25**

..... Conforme .....

### Section 4

### **Branche accidents du travail**

### **Article 26 A**

..... Conforme .....

### **Article 26**

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi modifié :

I, *Ibis*, II et III. – *Non modifiés* .....

IV. – La première phrase du premier alinéa du II est ainsi rédigée :

« Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des douze derniers mois d'activité salariée du bénéficiaire pour lesquels ne sont pas prises en compte ou sont compensées, dans des conditions prévues par décret, certaines périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite. »

V (*nouveau*). – Dans la troisième phrase du premier alinéa du III, après les mots : « sont constituées », sont insérés les mots : « à parité ».

VI (*nouveau*). – Le V est applicable à compter de l'exercice 2000.

### **Article 26 bis A (nouveau)**

Après l'article L. 432-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 432-

11 ainsi rédigé :

« Art. L. 432-11. – La période de rééducation professionnelle est validée pour le calcul des droits à pension vieillesse. »

### **Article 26 bis**

I. – Le quatrième alinéa de l'article L. 434-2 du même code est ainsi rédigé :

« En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1. »

II. – Le I est applicable au calcul des rentes versées pour les accidents de travail et les maladies professionnelles déclarés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000 ou ayant fait l'objet d'une nouvelle fixation de réparation à compter de cette date.

## Section 5

### **Objectifs de dépenses par branche**

#### **Article 27**

Pour 2000, 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 | 731,0                     |
| Vieillesse-veuvage                 | 802,7                     |
| Accidents du travail               | 54,7                      |
| Famille                            | 261,5                     |
| Total des dépenses                 | 1849,9                    |

Section 6

**Objectif national de dépenses d'assurance maladie**

**Article 28**

..... Conforme .....

Section 7

**Mesures relatives à la trésorerie**

**Article 29**

..... Conforme .....

**Article 29 bis**

Il est inséré, au titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, un chapitre IX *bis* ainsi rédigé :

« *CHAPITRE IX BIS*

« *Neutralisation des effets de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base et ces régimes*

« *Art. L. 139-3. – Les relations financières entre l'Etat et les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, d'une part, l'Etat et ces régimes, d'autre part, les organismes concourant à leur financement et les régimes obligatoires de base, enfin, sont régies par des conventions qui garantissent en particulier la neutralité des flux financiers pour la trésorerie des régimes obligatoires de base. »*

**Article 30**

.....Supprimé .....

**Article 31**

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 |
| Régime 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 18 novembre 1999.*

*Le Président,*

*Signé : Christian PONCELET.*

## ANNEXE

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

L'an dernier, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 était apparu « *fragile dans ses équilibres, inabouti dans ses analyses et incohérent dans ses propositions* ».

De fait, le retour à l'équilibre de la sécurité sociale, malgré une conjoncture très favorable, n'a pas été atteint.

Trois « grandes » réformes étaient annoncées par le Gouvernement : la « consolidation » des régimes de retraite par répartition, la réforme de l'assiette des cotisations patronales et la mise en place d'une couverture maladie universelle.

*La première a accouché d'une souris* : le Gouvernement qui, selon le rapport annexé à la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, devait « *prendre les décisions qui s'imposent* » entend désormais « préciser ses orientations générales au début de l'année 2000 ».

*La deuxième a donné naissance à un monstre* : le fonds de financement des trente-cinq heures, et à une crise grave de paritarisme.

*La troisième, pour l'instant, n'a rien donné du tout* : la couverture maladie universelle a bien été votée en urgence par le Parlement pour une entrée en vigueur au 1er janvier 2000, mais les décrets d'application ne sont toujours pas publiés, son coût est contesté et son financement amputé.

Enfin, l'essentiel du dispositif de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a été annulé par le Conseil constitutionnel s'agissant de l'assurance maladie.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 ne s'annonce pas sous de meilleurs auspices.

Organisant l'opacité des comptes, le Gouvernement entend agir seul dans le domaine de l'assurance maladie sans pour autant que soient claires les lignes directrices de son action.

## ■ LES COMPTES SOCIAUX : L'OPACITÉ ORGANISÉE

Les comptes sociaux n'ont pas encore atteint une fiabilité suffisante. Ils ne sont disponibles que tardivement. Ainsi, le Parlement ne dispose pas d'une analyse sérieuse des comptes de 1998... quand il aborde ceux de 2000.

Ce problème technique peut être résolu dès lors que la volonté et les moyens existent.

*C'est pourquoi il importe d'inscrire dans la loi deux objectifs : la mise en place d'un plan comptable unique pour les organismes de sécurité sociale et un butoir fixé au 31 mars pour la remise des comptes. Ces objectifs sont d'autant plus raisonnables qu'une période d'adaptation d'un an serait laissée aux organismes de sécurité sociale.*

Mais, au-delà de cette question technique, l'intelligibilité des comptes sociaux, c'est-à-dire la compréhension par chacun, assuré ou contribuable, de la destination et de la raison d'être des prélèvements sociaux, est le fondement des lois de financement de la sécurité sociale.

Or, le Gouvernement organise l'opacité des comptes sociaux.

### • *Le projet de loi de financement est faussé dans sa présentation*

*Officiellement*, le régime général de sécurité sociale affiche un solde tendanciel positif de 6 milliards de francs. Le projet de loi ramènerait cet excédent à 2 milliards de francs à travers un certain nombre de mesures, notamment la revalorisation de la base de calcul des allocations familiales ou des pensions.

*En réalité*, le projet de loi est présenté sur des bases fausses.

Le compte tendanciel pour 2000, présenté à la Commission des comptes en septembre, est loin d'être une évolution spontanée : il intègre un certain nombre d'anticipations dont les principales sont la contribution au financement des trente-cinq heures (5,5 milliards de francs) et la prise en charge par la sécurité sociale d'une partie de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire (2,5 milliards de francs).

Au total, avant toute « mesure » et toute « anticipation », le solde du régime général serait positif de **13,5 milliards de francs**.

*Le débat sur le projet de loi de financement est ainsi biaisé, tant au Parlement que dans l'opinion publique : la Commission des comptes de la sécurité sociale ne doit pas être le « faux nez » du Gouvernement.*

*Actuellement, le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale est un homme seul à qui le Gouvernement dicte les « anticipations » qu'il souhaite voir figurer dans les comptes « tendanciels » de la sécurité sociale.*

*Il est proposé, en conséquence, que le secrétaire général de la Commission des comptes de la*

*sécurité sociale soit nommé sur proposition conjointe des présidents des deux assemblées et soit assisté d'une véritable équipe de collaborateurs, de sorte qu'il ait une autonomie politique et technique lui permettant d'avancer de véritables analyses.*

**• Le projet de loi de financement de la sécurité sociale compromet le redressement durable des comptes sociaux**

Les trois premières lois de financement s'étaient efforcées, avec plus ou moins de bonheur, de redresser les comptes sociaux.

Le présent projet de loi s'attache à les dégrader, essentiellement par des mesures de débudgétisation : la majoration de l'allocation de rentrée scolaire était jusqu'à présent inscrite au budget de l'Etat, les exonérations de charges sociales accordées dans le cadre des trente-cinq heures devraient être intégralement compensées à la sécurité sociale par le budget de l'Etat.

Ce faisant, le Gouvernement compromet le redressement durable des comptes sociaux.

Ce redressement est fragile car il est en quelque sorte mécanique; il n'est guère le fruit d'une maîtrise des dépenses mais il est le résultat de l'alourdissement spectaculaire des prélèvements affectés à la sécurité sociale, dont l'effet est amplifié par une conjoncture économique favorable.

Le Gouvernement se satisfait aujourd'hui d'un excédent symbolique de 2 milliards de francs alors que, depuis 1997, le régime général bénéficie, en moyenne, chaque année, de 55 milliards de francs de recettes supplémentaires; il a été, en outre, déchargé d'une dette de 220 milliards de francs financée jusqu'en 2014 par un prélèvement supplémentaire sur les ménages de l'ordre de 30 milliards de francs par an.

*Les prélèvements opérés sur la sécurité sociale soit sous la forme de charges indues soit de détournement de ses recettes au profit de « fonds spéciaux » sont inacceptables. Aussi importe-t-il de les supprimer et de rétablir les comptes du régime général qui seraient ainsi en excédent de plus de 10 milliards de francs.*

**• Le Gouvernement multiplie les « fonds spéciaux » et les « tuyauteries »**

La multiplication des fonds spéciaux par la loi de financement pour 1999 et par le projet de loi de financement pour 2000 achève de brouiller les comptes sociaux.

La loi de 1994 avait posé une règle simple et fondamentale pour une gestion claire de la sécurité sociale : la compensation intégrale par le budget des exonérations de charges sociales décidées par l'Etat.

*Le fonds de financement des trente-cinq heures créé par le projet de loi de financement pour 2000 conduit à la confusion la plus totale.*

Les exonérations de charges –qui mélangent la compensation du coût des trente-cinq heures et l'allègement des charges sur les bas salaires– seront désormais financées :

- par les droits sur les tabacs;
- par la création d'un impôt nouveau sur les entreprises (la contribution sur le bénéfice des entreprises);
- par l'affectation de la TGAP dont l'assiette sera étendue et le taux relevé;

- par une taxation des heures supplémentaires payées par les entreprises mais pesant sur les salariés;
- par les droits sur les alcools antérieurement affectés au FSV.

Ces deux derniers prélèvements sont venus se substituer au dernier moment à la contribution que le Gouvernement entendait imposer à la sécurité sociale et à l'UNEDIC.

De sorte que « *la réforme d'ampleur de l'assiette des cotisations patronales* » annoncée par le Gouvernement débouche sur l'affectation à la compensation des exonérations de charges d'une collection hétérogène et sans fondement de recettes de poche et d'impôts nouveaux.

Ce « nouveau plan de financement » reste au demeurant partiel : le tiers (15 à 20 milliards de francs) du surcoût du projet de loi trente-cinq heures reste non financé pour l'avenir alors même que la sécurité sociale reste taxée, cette fois indirectement.

*Le fonds de réserve pour les retraites* s'inscrit dans un contexte flou. Dès lors que le Gouvernement n'a toujours pas précisé, ne serait-ce que « *ses orientations générales* » sur la réforme des retraites, les missions du fonds de réserve restent indéterminées, alors même que son financement par la sécurité sociale apparaît litigieux.

Constituées à l'origine par les excédents du FSV, les ressources du fonds de réserve se compliquent singulièrement dans le projet de loi de financement pour 2000.

Désormais, le fonds de réserve bénéficierait d'une part des excédents prévisionnels de la branche vieillesse à hauteur de 2,9 milliards de francs. Il serait d'autre part alimenté par le détournement, au détriment des branches maladie, vieillesse et famille, de la majeure partie (5,5 milliards de francs) du prélèvement de 2% sur les revenus du patrimoine.

En effet, les excédents du FSV, dont le fonds de réserve bénéficiait, ont été confisqués en catastrophe pour financer les trente-cinq heures (affectation du droit sur les alcools).

Ainsi, le nouveau plan de financement des 35 heures :

- assèche dans un premier temps une des voies d'alimentation du fonds de réserve pour les retraites en privant le FSV du droit sur les alcools directement affecté aux 35 heures en remplacement de la contribution que le Gouvernement entendait initialement imposer à la sécurité sociale;
- compense cette mesure par l'affectation directement au fonds de réserve pour les retraites du prélèvement de 2% sur les revenus du patrimoine, mais en prive ce faisant la sécurité sociale.

Au total, **la sécurité sociale finance bien, mais indirectement, les trente-cinq heures.**

Pour la CNAM, la situation est particulièrement inquiétante : **le présent projet de loi la prive de l'essentiel de la recette que la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 lui avait affectée pour financer la couverture maladie universelle.**

Du fait de la multiplication des tuyauteries décidées par le Gouvernement, le prélèvement de 2% sur les revenus du patrimoine aura ainsi été modifié trois fois en moins d'un an par le Gouvernement.

Affectation du prélèvement 2 %



|                                     | LFSS 1999    | Loi du 27 juillet 1999<br>(CMU) | PLFSS 2000   |
|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|--------------|
| CNAF                                | 50 %         | 22 %                            | 13 %         |
| CNAV                                | 50 %         | 50 %                            | 30 %         |
| CNAM                                | –            | 28 %                            | 8 %          |
| Fonds de réserve pour les retraites | –            | –                               | 49 %         |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>100 %</b> | <b>100 %</b>                    | <b>100 %</b> |

*Le Gouvernement met ainsi en place, dans la confusion et l'opacité, des mécanismes de transferts au détriment de la sécurité sociale dans son ensemble mais qui visent particulièrement la branche famille.*

*Aussi est-il proposé de supprimer l'ensemble de ces mécanismes de prélèvements et de transferts : impôts nouveaux sur les entreprises (CSB et TGAP), spoliation des salariés (taxation des heures supplémentaires), ou transfert aux dépens de la sécurité sociale (détournement du droit sur les alcools ou du prélèvement de 2% sur les revenus du patrimoine).*

*Il est donc prévu, dans le respect de l'autonomie des branches de la sécurité sociale, que celles-ci bénéficient des excédents qu'elles créent (CNAF - CNAV) ou assument a contrario des dettes qu'elles génèrent (CNAMTS).*

*Il y va de la clarté dans laquelle doit se poursuivre le redressement des comptes sociaux et la responsabilisation de chacun.*

*Dans le rapport annexé à la loi de financement pour 1998, le Gouvernement affirmait sa « volonté de restructurer l'équilibre financier gravement compromis aujourd'hui de la branche famille » et décidait la mise sous conditions de ressources des allocations familiales.*

*Le fait que la branche famille enregistre aujourd'hui des excédents n'a rien de surprenant : le contraire serait même étonnant dans un contexte de croissance.*

*Les réserves qu'elle peut accumuler aujourd'hui lui permettront demain d'éviter une nouvelle remise en cause des fondements de notre politique familiale.*

*De même, la branche vieillesse est dans l'œil du cyclone à la veille du choc démographique de 2005. Dans cette attente, il est sain qu'elle puisse constituer des réserves productives d'intérêts. Et il est prudent que ces réserves restent en son sein plutôt que de migrer vers un fonds de réserve dont les missions sont aussi incertaines.*

*A terme, si la sécurité sociale présente des excédents durables, au-delà des cycles conjoncturels, il importera d'ouvrir dans la transparence un débat sur l'affectation de ces réserves : amélioration des prestations, diminution des prélèvements d'aujourd'hui ou encore remboursement anticipé de la dette sociale, c'est-à-dire diminution des prélèvements qui pèsent sur les générations à venir jusqu'en 2014.*

## ■ L'ASSURANCE MALADIE : LE GOUVERNEMENT ENTEND AGIR SEUL

Dans le domaine de l'assurance maladie, le Gouvernement semble vouloir se passer tout à la fois du Parlement, des professionnels de santé et de la CNAMTS. Pour autant, les lignes directrices de son action sont loin d'être claires.

### • *Le Gouvernement semble vouloir se passer du Parlement*

L'ONDAM pour 1998 a été dépassé de près de 10 milliards de francs. L'ONDAM 1999 le sera de 13,1 milliards de francs.

En « rebasant » l'ONDAM 2000 qui ne progresserait ainsi que de 2,5% par rapport aux « dépenses attendues pour 1999 », le Gouvernement évite d'afficher un taux de progression de 4,5% par rapport à la loi de financement pour 1999.

Il prétend ainsi masquer les dérapages intervenant depuis deux ans.

Ce faisant, il relègue l'ONDAM au rang d'une simple « hypothèse économique » et fait perdre au vote de l'ONDAM une bonne part de sa substance.

A cet égard, il est significatif que onze des quatorze articles de la loi de financement pour 1999 ne sont pas encore appliqués : le dépistage du cancer, la création d'un Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie, la mission d'évaluation des unions de médecins exerçant à titre libéral, la modulation du MICA, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville, le contenu du devis et de la facture des chirurgiens-dentistes, l'exercice des professionnels de santé dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

### • *Le Gouvernement semble vouloir se passer des professionnels de santé*

Les relations conventionnelles avec la majorité des professionnels de santé sont dans une situation de blocage :

– les relations avec les médecins généralistes sont régies par une convention sans dispositif de régulation;

– les relations avec les médecins spécialistes, en l'absence de convention, sont régies par un règlement conventionnel minimal partiellement annulé;

– la vie conventionnelle des chirurgiens-dentistes est bloquée depuis la décision ministérielle du 26 juin 1998;

– les relations conventionnelles avec les sages-femmes ont été menacées, en 1999, par un projet d'arrêté ministériel;

– l'objectif d'évolution des dépenses des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie n'a pas été fixé en l'absence d'un accord tripartite en 1999;

– les négociations tripartites entre l'Etat, l'assurance maladie et les cliniques ont également échoué en 1999.

Cette situation de vide conventionnel ne peut être masquée par les avancées enregistrées dans les relations conventionnelles avec les auxiliaires médicaux ou la conclusion d'un accord avec l'industrie pharmaceutique, à la suite du vote par le Parlement, d'un mécanisme de taxation automatique.

De fait, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 consacre, en droit, la fin des relations conventionnelles globales :

– l'article 17 du projet de loi définit des conventions dans lesquelles plus rien n'est à négocier. On imagine mal, en effet, qu'un syndicat représentatif d'une profession de santé libérale accepte de signer une convention et des tarifs qui pourront être modifiés au quatrième, puis au huitième mois de l'année au gré des fluctuations conjoncturelles de dépenses;

– en complément, un amendement adopté à l'Assemblée nationale s'attaque directement à l'existence des syndicats représentatifs de l'ensemble des médecins spécialistes. Il donne en effet à tout syndicat représentatif d'une spécialité médicale la possibilité de conclure un accord sectoriel avec l'assurance maladie, qu'il y ait ou non convention. La porte est ouverte à toutes les surenchères, à toutes les négociations séparées, entre syndicats ou à l'intérieur des syndicats.

**• *Le Gouvernement semble vouloir se passer de la CNAMTS***

Utilisant pour la première fois, depuis les ordonnances de 1967, le rôle de proposition qui leur avait été confié, les partenaires sociaux réunis au sein du conseil d'administration de la CNAMTS ont élaboré un plan ambitieux et audacieux de refondation du système de soins. Il aurait gagné à être analysé par le Gouvernement et débattu devant le Parlement. Cependant, la CNAMTS semble s'être mêlée, aux yeux du Gouvernement, de « ce qui ne la regardait pas » : l'hôpital.

La réponse du Gouvernement à la CNAMTS tient en trois points :

– une réponse indirecte, d'abord : trois accords sectoriels ont été conclus en 1999 par l'Etat, sans l'assurance maladie, avec des représentants de deux spécialités médicales et des biologistes;

– trois réponses directes : d'abord, le projet de loi de financement ne met en œuvre aucune des propositions de la CNAMTS. Bien au contraire, il exclut ensuite l'assurance maladie de la régulation des cliniques privées, allant ainsi à l'encontre de toutes les politiques visant à développer la coordination entre l'hospitalisation et la ville, et négligeant les économies qui pourraient être réalisées du fait de cette coordination. Enfin, il instaure un dispositif d'obstruction à l'égard de la CNAMTS, qui serait chargée, au détriment de sa mission d'assureur, de rédiger chaque année une centaine de rapports d'équilibre destinés au Gouvernement : la CNAMTS passerait ainsi du statut de « payeur aveugle » à celui de « gratte-papier éclairé »...

**• *Pour autant, les lignes directrices de sa politique pour l'assurance maladie n'apparaissent pas clairement***

Ainsi, de nombreux médecins sont inquiets du silence gouvernemental en matière de politique de réduction de déséquilibres de la démographie médicale, et notamment de l'avenir incertain du MICA. Les dispositions réglementaires instituant la modulation du dispositif qui devaient intervenir au 1er juillet 1999 ne sont toujours pas publiées, et la situation financière du FORMMEL, qui assure la gestion du MICA, est déjà déficitaire.

De même, si le travail accompli par les agences régionales de l'hospitalisation pour rédiger les nouveaux SROS doit être souligné, il convient de s'inquiéter du retard pris dans la conclusion des contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements publics de santé ainsi que dans la procédure d'accréditation. Alors que tous les établissements devaient s'être engagés dans la démarche avant 2001, seuls soixante-dix établissements l'ont fait à ce jour. Et aucun établissement n'a encore été accrédité. Les mesures de revalorisation du statut des PH demeurent hors de proportion avec celles qui seraient

nécessaires pour attirer les jeunes médecins vers l'hôpital public. Enfin, le Gouvernement n'a toujours pas fourni une estimation financière du coût, pour les finances sociales, de l'application des trente-cinq heures à l'hôpital public.

*Dans le domaine de l'assurance maladie, les relations conventionnelles des professionnels de santé avec l'assurance maladie doivent être impérativement maintenues. Il est ainsi proposé un mécanisme alternatif de régulation des dépenses médicales faisant appel à la responsabilité individuelle des médecins et contribuant à l'amélioration des pratiques médicales, dans l'intérêt des patients. Il présente les caractéristiques suivantes :*

- il assure le maintien de la vie conventionnelle;*
- il est simple (il se lit en une page, au lieu des quelque treize pages du projet de loi utilisées pour décrire celui du Gouvernement);*
- il est médicalisé, et a donc l'avantage de contribuer à améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses;*
- il est régionalisé, car c'est au niveau régional que seront le mieux appréciés les dépassements, leurs causes, et les modalités de leur résorption;*
- il est efficace, puisqu'il garantit le respect de l'objectif de dépenses;*
- il permet aux médecins d'amender individuellement leurs pratiques professionnelles, si les mécanismes collectifs de maîtrise médicalisée n'ont pas suffi à assurer le respect de l'objectif.*

*Il est également proposé de réintégrer l'assurance maladie dans la régulation des cliniques privées. Enfin l'article 21 du projet de loi, qui institue un objectif de dépenses pour le secteur du médicament, est contraire à la loi organique qui prévoit que les lois de financement fixent un objectif national de dépenses d'assurance maladie, et non des objectifs par secteurs de dépenses.*

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté par le Sénat dans sa séance du 18 novembre 1999.*

*Le Président,*

*Signé : Christian PONCELET.*

N°1943. - PROJET DE LOI de financement de la sécurité sociale pour 2000 modifié par le Sénat  
*(renvoyé à la commission des affaires culturelles)*