

N° 2732

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 novembre 2000.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2001,

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 : 2606, 2631, 2633 et T.A. 567.

Sénat : 64, 67, 68 et T.A. 24 (2000-2001)

Sécurité sociale.

TITRE Ier

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

Article 1er

Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2001.

TITRE II

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES
ET AUX TRANSFERTS**

Article 2 A

..... Conforme

Article 2

..... Supprimé

Article 3

..... Conforme

Article 3 bis A (nouveau)

I. – Toute mesure d'exonération de la contribution pour le remboursement de la dette sociale fait l'objet d'une compensation à due concurrence par le budget de l'Etat.

Cette compensation s'impute sur le versement de la recette mentionnée au IV de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

II. – La perte de recettes, pour l'Etat, résultant du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits sur les tabacs visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Articles 3 bis et 3 ter

..... Conformes

Article 4

..... Supprimé

Article 4 bis

I et II. – *Non modifiés*

III (*nouveau*). – Le premier alinéa de l'article L. 724-7 du code rural est complété par une phrase ainsi rédigée :

“ Pour l'exercice de ce contrôle, une caisse de mutualité sociale agricole peut déléguer à une autre caisse de mutualité sociale agricole ses compétences dans des conditions fixées par décret. ”

Article 5

I. – *Non modifié*

II. – L'article L. 731-19 du code rural est ainsi rédigé :

“ *Art. L. 731-19.* – Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 731-15, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles relevant d'un régime forfaitaire peuvent, dans des conditions fixées par décret, opter pour une assiette de cotisations constituée de leurs revenus professionnels tels que définis à l'article L. 731-14 et afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. Ceux relevant d'un régime réel d'imposition peuvent, dans des conditions fixées par décret, opter pour une assiette de cotisations constituée de leurs revenus professionnels tels que définis à l'article L. 731-14 et afférents à l'année au titre de laquelle les cotisations sont dues. ”

III. – *Non modifié*

IV. – *Supprimé*

V à VIII. – *Non modifiés*

Article 5 bis

..... Conforme

Article 6

I. – L'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas du I sont ainsi rédigés :

“ Sont soumis à la contribution les revenus professionnels visés à l'article L. 731-14 du

code rural.

“ Les revenus pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle la contribution est due. Lorsque le chef d’exploitation ou d’entreprise agricoles a exercé l’option prévue à l’article L. 731-19 du code rural, les revenus pris en compte sont constitués par les revenus afférents à l’année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due lorsque les chefs d’exploitation ou d’entreprise relèvent d’un régime forfaitaire d’imposition, et des revenus afférents à l’année au titre de laquelle la contribution est due pour ceux relevant d’un régime réel d’imposition. ” ;

2° à 6° *Non modifiés*

7° Après le VI, il est inséré un VII ainsi rédigé :

“ VII. – Sont soumis à la contribution les revenus professionnels, définis à l’article L. 731-14 du code rural, des personnes redevables des cotisations de solidarité visées aux articles L. 731-23 et L. 731-24 du même code.

“ Les revenus pris en compte sont ceux afférents à l’année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due.

“ Les revenus sont majorés des cotisations de solidarité visées aux articles L. 731-23 et L. 731-24 du même code.

“ Pour les personnes redevables de la cotisation de solidarité définie à l’article L. 731-23 du même code, lorsque les revenus professionnels ne sont pas connus, la contribution est calculée sur une assiette forfaitaire provisoire. Lorsque l’importance de l’exploitation ou de l’entreprise agricoles peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d’installation prévue à l’article L. 312-6 dudit code, cette assiette forfaitaire est égale au produit de ce pourcentage par le tiers de 2028 fois le montant du salaire minimum de croissance. Dans le cas contraire, elle est égale à 200 fois le montant du salaire minimum de croissance.

“ Cette assiette forfaitaire est régularisée lorsque les revenus sont connus. ”

II. – *Non modifié*

Article 6 bis (nouveau)

I. – L’article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 22° ainsi rédigé :

“ 22° Les notaires salariés d’une société d’exercice de la profession de notaire, lorsqu’ils en sont associés, sauf pour les risques gérés par la Caisse de retraite des notaires. ”

II. – Après l’article L. 642-4 du même code, il est inséré un article L. 642-5 ainsi rédigé :

“ *Art. L. 642-5.* – Les notaires sont affiliés de plein droit à la Caisse de retraite des notaires quelle que soit la forme de leur exercice professionnel, à l’exception des notaires salariés d’une société d’exercice de la profession de notaire et non associés dans celle-ci.

“ Les cotisations acquittées par les notaires visés au 22° de l’article L. 311-3 sont assises sur leur rémunération brute telle que définie à l’article L. 242-1 et sont versées par l’employeur à la Caisse de retraite des notaires. Une quote-part, dont le montant est fixé par décret, est due par le salarié.

“ Cette quote-part est précomptée par l’employeur dans les conditions fixées à l’article L. 243-1.

“ Ces cotisations sont recouvrées dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que les cotisations du régime général, en application des dispositions de l’article L. 133-3 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II. Les conditions d’application du présent article sont fixées par décret en Conseil d’Etat. ”

Article 6 ter (nouveau)

I. – L’article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“ *Art. L. 651-2-1.* – Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité, minoré des frais de recouvrement, est réparti de la manière suivante :

“ – 35 % pour le régime d’assurance maladie maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

“ – 30 % pour le régime d’assurance vieillesse des professions mentionnées au 2° de l’article L. 621-3 ;

“ – 15 % pour le régime d’assurance vieillesse des professions mentionnées au 1° de l’article L. 621-3 ;

“ – 20 % pour le fonds mentionné à l’article L. 135-6.

“ Des acomptes provisionnels sont versés aux régimes et à l’organisme bénéficiaires. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget procède à une régularisation dans les trois premiers mois de l’année suivant l’exercice. ”

II. – Le 1° de l’article L. 135-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“ 1° Une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés dans les conditions fixées par l’article L. 651-2-1 ; ”.

Article 7

I. – *Non modifié*

II. – *Supprimé*

Article 8

..... Conforme

Articles 9 à 12

..... Supprimés

Article 13

Pour 2001, 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	1 100,3
Cotisations fictives	201,3
Contributions publiques	67,8
Impôts et taxes affectés	542,3
Transferts reçus	2,6
Revenus des capitaux	3,2
Autres ressources	39,8
<hr/>	
Total des recettes	1957,3

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES ET A LA TRESORERIE

Section 1

Branche famille

Article 14

..... Conforme

Article 14 bis (nouveau)

L'article 18 du décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises est abrogé.

Article 14 ter (nouveau)

I. – L'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

“ Elles sont également dues pour le dernier enfant à la charge d'un ménage ou d'une personne ayant assumé la charge de trois enfants au moins. ”

II. – Les dépenses engagées par le I sont compensées, 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 15

I à III. – *Non modifiés*

IV. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

“ La personne bénéficiaire de l'allocation de présence parentale à taux plein est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général.

“ La personne bénéficiaire de l'allocation de présence parentale à taux partiel est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret. ”

V à XI. – *Non modifiés*

Article 16

..... Supprimé

Article 17

Au chapitre II du titre III du livre V du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 532-4-1 ainsi rédigé :

“ *Art. L. 532-4-1.* – Par dérogation à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 532-1, l'allocation parentale d'éducation à taux plein peut être cumulée pendant une durée fixée par décret avec un revenu professionnel en cas de reprise d'activité du parent bénéficiaire alors qu'il a un enfant à charge remplissant des conditions d'âge fixées par décret.

“ Lorsque le parent bénéficiaire a cumulé l'allocation parentale d'éducation à taux plein avec un revenu professionnel, le droit à l'allocation parentale d'éducation à taux plein ne peut être rouvert qu'en cas de changement de sa situation familiale ou professionnelle. ”

Article 18

I. – Après l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 223-1-1 ainsi rédigé :

“ *Art. L. 223-1-1.* – Les excédents de la branche famille sont affectés à un compte de réserve spécifique.

“ L'utilisation des excédents est décidée dans les conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales. ”

II. – En application du I, au titre des excédents 1999, le Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales est doté d'une somme de 1,5 milliard de francs pour apporter des aides à la création d'équipements ou services d'accueil de la petite enfance aux collectivités locales et aux associations gestionnaires.

Section 2

Branche vieillesse

Article 19 A

..... Supprimé

Article 19

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

“ *Art. L. 351-11.* – Au titre de l'année 2001, le coefficient de revalorisation applicable au 1er janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 1,032. ”

Article 19 bis

..... Conforme

Article 20

..... Supprimé

Article 21

I. – Le dernier alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 732-39 du code rural, au premier alinéa de l'article L. 634-6 du code de la sécurité sociale, les mots : “ , jusqu'au 31 décembre 2000, ” et le dernier alinéa de l'article 14 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sont supprimés.

II (*nouveau*). – Après le quatrième alinéa de l'article L. 634-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

“ Les dispositions des deux premiers alinéas ne sont pas opposables à la poursuite d'une activité commerciale de proximité dans les communes de moins de 1 500 habitants. ”

Article 22

..... Supprimé

Article 23

..... Conforme

Article 24

..... Supprimé

Article 25

I. – Avant l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 135-5-1 ainsi rédigé :

“ *Art. L. 135-5-1.* – Il est créé un établissement public de l'Etat à caractère administratif dénommé Fonds de réserve pour les retraites. Sa mission est de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à consolider le financement des régimes obligatoires de base de retraite.

“ Ce fonds est doté d'un comité de surveillance, chargé de déterminer les orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds, en respectant les objectifs et l'horizon d'utilisation de ses ressources, et d'un directoire responsable, devant le comité de surveillance, de la mise en œuvre de cette politique.

“ Chaque année avant le 30 juin, le comité de surveillance remet au Parlement un rapport détaillé sur les orientations de gestion du fonds et les résultats obtenus. Ce rapport rend compte notamment des appels d'offres auxquels il a été procédé pour l'attribution des mandats de gestion administrative ou financière, ainsi que des conditions et modalités d'exercice des droits de vote attachés aux titres en capital. Ce rapport est rendu public.

“ Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application de cet article. ”

II. – Le IV de l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est abrogé à l'exception de son 6°.

III. – L'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : “ affectées aux missions définies au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 ” sont supprimés ;

2° Dans le troisième alinéa (2°), les mots : “ de la première section ” sont remplacés par les mots : “ du fonds mentionné à l'article L. 135-1 ”.

Article 26

I. – *Non modifié*

II. L'article L. 41 du code des pensions de retraite des marins est ainsi rédigé :

“ *Art. L. 41.* – I. – Tous les services accomplis par des marins à bord des navires de commerce, de pêche, de cultures marines ou de plaisance qui sont de nature à ouvrir droit au bénéfice des pensions ou allocations servies par la caisse de retraite des marins donnent lieu, de la part des propriétaires ou armateurs de navires de mer ou de la part des employeurs, à un versement calculé en fonction des salaires des marins et destiné à l'alimentation de la caisse.

“ Ce versement comprend, outre la contribution patronale incombant aux propriétaires armateurs ou employeurs, les cotisations personnelles des marins, dont le montant est retenu lors du règlement des salaires. Le taux de la contribution patronale est fixé par catégories de navires définies en fonction des caractéristiques techniques, des modalités d'exploitation et de l'activité de ces navires.

“ Ce versement est garanti par le même privilège que les salaires des gens de mer.

“ Les droits correspondant auxdits versements se prescrivent par cinq ans, à dater du désarmement administratif du bâtiment.

“ II. – Tous les services non embarqués accomplis par des marins et qui sont de nature à ouvrir droit au bénéfice des pensions ou allocations servies par la caisse de retraite des marins donnent lieu, de la part des employeurs, à un versement calculé sur les mêmes bases et comprenant les mêmes éléments que le versement prévu au I.

“ III. – Les périodes de perception d’une indemnité journalière sur la caisse générale de prévoyance des marins français en cas d’accident, de maladie résultant d’un risque professionnel, d’accident non professionnel, de maladie ou de maternité donnent lieu, de la part des bénéficiaires, au versement de la cotisation personnelle assise sur le montant de cette indemnité.

“ IV. – Les services à l’Etat ainsi que les périodes visées aux 9° et 12° de l’article L. 12 ne donnent pas lieu à versement. ”

Article 27

I. – L’article L. 726-3 du code rural est abrogé.

II (*nouveau*). – Le solde du Fonds additionnel d’action sociale est affecté à des actions sanitaires et sociales.

Section 3

Branche maladie

Article 28 A (*nouveau*)

Le premier alinéa de l’article L. 6154-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

“ Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou par l’intermédiaire de l’administration hospitalière. ”

Article 28

..... Conforme

Article 29

L’article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du premier alinéa du I, les mots : “ Pendant une durée de cinq ans à compter de la publication de l’ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 ” sont remplacés par les mots : “ Jusqu’au 31 décembre 2006 ” ;

2° Le sixième alinéa du I est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

“ Les projets d’expérimentation peuvent être présentés par toute personne physique ou morale. Leur agrément est prononcé compte tenu de leur intérêt médical et économique, dans

les conditions suivantes :

“ – les projets d'intérêt régional sont agréés par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, sur rapport du directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie après avis d'un conseil d'orientation régional comprenant notamment des représentants des organismes d'assurance maladie ainsi que des professionnels et établissements de santé;

“ – les autres projets sont agréés par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé après avis d'un conseil d'orientation comprenant notamment des représentants des organismes d'assurance maladie ainsi que des professionnels et établissements de santé. ” ;

3° Au premier alinéa du II, les mots : “ il peut être dérogé” sont remplacés par les mots : “ la décision d'agrément peut déroger ” ;

4° Le 1° du II est ainsi rédigé :

“ 1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ; ”

5° Le III est remplacé par un III, un IV et un V ainsi rédigés :

“ III. – La décision d'agrément des projets d'expérimentation de tout réseau de santé doté de la personnalité morale peut en outre autoriser l'assurance maladie à financer tout ou partie des dépenses du réseau, y compris les frais exposés pour organiser la coordination et la continuité des soins ainsi que les produits et prestations qu'ils délivrent, sous la forme d'un règlement forfaitaire. Dans cette hypothèse, la part financée par l'assurance maladie est versée directement à la structure gestionnaire du réseau. Le niveau et les modalités de versement de ce règlement ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux sont fixés par la décision d'agrément.

“ IV. – Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de l'application des dispositions du présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article L.O. 111-3.

“ V. – Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article ainsi que les modalités d'évaluation de ces actions. ”

Article 30

..... Conforme

Article 31

..... Suppression conforme

Article 31 bis A (nouveau)

Avant l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-2-1 A ainsi rédigé :

“ *Art. L. 162-2-1A.* – En vue de renforcer les dispositifs de santé publique relatifs :

“ – à la prévention, au dépistage et au traitement des maladies susceptibles d’altérer la santé des femmes, et/ou sexuellement transmissibles,

“ – à la contraception et à l’interruption volontaire de grossesse,

“ – au suivi et au traitement de la ménopause,

“ – au traitement de la stérilité,

“ 1° Tout assuré peut consulter librement un gynécologue médical de son choix ; le coût des consultations et des soins s’y rapportant est pris en charge par l’assurance maladie ;

“ 2° Il est rétabli un diplôme d’études spécialisées de gynécologie médicale distinct du diplôme de gynécologie-obstétrique et/ou de gynécologie chirurgicale, dans des conditions qui devront être fixées par décret. ”

Article 31 bis B (nouveau)

I. – L’article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999) est abrogé.

II. – L’article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale est rétabli dans la rédaction antérieure à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999). Le I de cet article 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. ”

III. – L’article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est rétabli dans la rédaction suivante :

“ *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. 4133-1 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. ”

Articles 31 bis et 32

..... Supprimés.....

Article 33

I et II. – *Non modifiés*

III. – Bénéficiaire du concours de ce fonds les actions mentionnées au II entreprises par des établissements de santé publics et privés ayant fait l’objet d’un agrément par le ou les directeurs d’agence régionale de l’hospitalisation compétents.

IV à VI – *Non modifiés*

Articles 34 à 36

..... Conformes

Article 36 bis

..... Supprimé

Article 37

I. – L’article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est complété par un 7° ainsi rédigé :

“ 7° Assurent l’hébergement, à titre temporaire, des personnes en situation de précarité nécessitant un traitement et un suivi médical, psychologique et social, infectées par le virus de l’immunodéficience humaine, ou atteintes par des maladies chroniques sévères. ”

II. – Après le dixième alinéa de l’article 3 de la même loi, il est inséré un 10° ainsi rédigé :

“ 10° Appartements de coordination thérapeutique. ”

III. – *Supprimé*

IV et V. – *Non modifiés*

Article 38

I. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

“ Lorsqu'un médicament est radié de la liste mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, la décision de radiation peut prévoir que le médicament peut faire, avant l'entrée en vigueur de cette décision et dans des conditions fixées par décret, l'objet de publicité auprès du public. Ces dispositions s'appliquent sous réserve :

“ a) Que le médicament ne soit pas soumis à prescription médicale et que son autorisation de mise sur le marché ou son enregistrement ne comporte pas de restriction en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique ;

“ b) Que le médicament soit mentionné dans une convention prévue à l'article L. 162-17-4 du même code comportant des engagements sur le chiffre d'affaires. ”

II. – *Non modifié*

Article 39

..... Supprimé

Article 40

I à V. – *Non modifiés*

VI. – Les dispositions du I et du IV s'appliquent au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1er janvier 2001. Les dispositions du II s'appliquent à compter de la contribution due au titre de l'année 2001. Les dispositions du III s'appliquent à compter de la contribution due le 1er décembre 2001. Les dispositions du V s'appliquent à compter de la taxe perçue au titre de l'année 2001.

Article 41

I. – *Non modifié*

II. – Le tableau du deuxième alinéa du même article est ainsi rédigé :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de l'écart entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile précédente majoré du taux K
T supérieur à K (*) et/ou égal à K + 1 point	40 %
.....	50 %
T supérieur à K + 1 point et inférieur ou égal à K + 2 points	60 %
.....	
T supérieur à K + 2 points	

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

II bis (nouveau) – Le troisième alinéa du même article est complété par une phrase ainsi rédigée :

“ Le montant total de ces remises est inférieur au montant total de la contribution qui

aurait été obtenue pour ces entreprises en application du deuxième alinéa. ”

III. – *Non modifié*

Article 41 bis

..... Supprimé

Article 41 ter

..... Conforme

Article 41 quater

Dans le deuxième alinéa de l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée, les mots : “ deux ans après la date de publication du décret prévu à l'article 27 *quater* ” sont remplacés par les mots : “ au 31 décembre 2002 ”.

Section 4

Branche accidents du travail

Article 42

I et II. – *Non modifiés*

III. – Le demandeur justifie de l'exposition à l'amiante et de l'atteinte à l'état de santé de la victime.

Le demandeur informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au I éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il informe le juge de la saisine du fonds.

Si la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle et en l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle.

Le fonds examine si les conditions de l'indemnisation sont réunies : il recherche les circonstances de l'exposition à l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime; il procède ou fait procéder à toute investigation et expertise utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel. Vaut justification de l'exposition à l'amiante la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, ainsi que le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale.

Dans les cas valant justification de l'exposition à l'amiante visés à l'alinéa précédent, le

président de la commission peut accorder à la victime une ou plusieurs provisions en tout état de la procédure; il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision.

Le fonds peut requérir de tout service de l'Etat, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.

Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.

Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical.

IV. – Dans les six mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Le fonds présente une offre d'indemnisation nonobstant l'absence de consolidation.

Une offre est présentée dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

V. – *Non modifié*

VI. – Si le demandeur n'a pas intenté d'action en justice, le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.

Le fonds peut intervenir devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices; il intervient soit comme partie jointe, soit à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.

Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

VII. – Le fonds est financé par une contribution de l'Etat et par une contribution de la branche accidents du travail-maladies professionnelles ainsi que des régimes assimilés, selon un montant fixé chaque année dans le cadre du vote de la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport annuel.

VIII à X. – *Non modifiés*

Section 5

Objectifs de dépenses par branche

Article 43

..... Conforme

Section 6

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Article 44

..... Supprimé

Section 7

Mesures relatives à la comptabilité et à la trésorerie

Article 45

I. – *Supprimé*

II. – Après l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre IV *bis* ainsi rédigé :

“ *CHAPITRE IV BIS*

“ ***Organisation comptable***

“ *Art. L. 114-1-1.* – Les régimes et organismes visés au 2° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale appliquent un plan comptable dénommé : plan comptable des organismes de sécurité sociale.

“ Un décret fixe les règles comptables applicables, ainsi que les modalités de transmission et de centralisation des comptes de ces régimes et organismes. ”

III et IV. – *Non modifiés*

Article 45 bis (nouveau)

L'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“ *Art. L. 114-1.* – La Commission des comptes de la sécurité sociale prend acte, au moyen de deux rapports annuels qui lui sont présentés, des comptes des régimes de sécurité sociale.

“ Elle prend également connaissance des comptes des administrations publiques de sécurité sociale, d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par ces administrations avec l'Etat et tous autres institutions et organismes, et d'un bilan de l'application des dispositions de l'article L. 131-7.

“ La commission, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend des représentants des assemblées parlementaires, du Conseil économique et social, de la Cour des comptes, des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales, des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, des autres administrations publiques de sécurité sociale, des organismes mutualistes, des professions et établissements de santé, ainsi que des personnalités qualifiées.

“ La Commission des comptes de la sécurité sociale est assistée par un secrétariat général permanent, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.

“ Ce secrétariat général permanent est placé sous l'autorité d'un secrétaire général nommé pour trois ans renouvelable une fois par le ministre chargé de la sécurité sociale, sur

proposition conjointe des présidents des deux assemblées.

“ Les rapports présentés à la Commission des comptes de la sécurité sociale sont communiqués au Parlement.

“ Un décret détermine les modalités d’application du présent article et précise notamment les périodes au cours desquelles se tiennent les deux réunions annuelles obligatoires de la commission. ”

Article 45 *ter* (nouveau)

Après l’article L. 114-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-1-2 ainsi rédigé :

“ *Art. L. 114-1-2.* – Les organismes nationaux de sécurité sociale, après avoir centralisé les comptes mensuels et annuels des organismes de base, et les organismes à compétence nationale arrêtent les comptes qu’ils transmettent au secrétariat général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

“ Le secrétariat général de la Commission des comptes de la sécurité sociale est chargé notamment d’établir les comptes des régimes et organismes visés au 2° du I de l’article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, qui sont présentés à la Commission des comptes de la sécurité sociale.

“ Il s’assure de l’exacte application des règles comptables par les organismes de sécurité sociale. Il est chargé de veiller au respect des dates de centralisation des comptes.

“ Un décret fixe les conditions d’application du présent article. ”

Articles 46 et 46 *bis*

.....Conformes

Article 47

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	15,0
Régimes des exploitants agricoles	10,5
Caisse autonome nationale de la 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 16 novembre 2000.

*Le Président,
Signé : 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

“ Chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale approuve les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale. ” (1)

Pour satisfaire cette prescription organique, le rapport annexé à l'article 1er des lois de financement ne saurait se réduire à un rappel des actions passées, ni à un exposé des motifs des différentes mesures inscrites dans le projet de loi, ni même à une suite de déclarations d'intention.

La présente loi de financement est la cinquième que le Parlement examine; force est de constater que les limites de l'exercice ont été atteintes, voire dépassées, tant a été systématiquement affaibli et détourné cet instrument qui aurait dû constituer un progrès essentiel de la démocratie.

• Retrouver l'ambition initiale des lois de financement

Certes, les comptes sociaux se sont redressés, mais au prix d'un effort considérable demandé aux Français. Ces derniers ont consacré au financement de la protection sociale une part croissante des prélèvements obligatoires qu'ils acquittent sans pourtant avoir le sentiment d'être mieux soignés, mieux protégés et de pouvoir regarder avec sérénité vers l'avenir.

La marge de manœuvre ainsi dégagée par la croissance doit être à l'évidence mise à profit pour opérer les réformes de structures indispensables et les clarifications nécessaires des responsabilités et des financements qui seules permettront d'aborder, sans dommage insupportable, non seulement les inévitables à-coups de la conjoncture économique mais principalement les échéances lourdes qui s'annoncent, liées notamment au vieillissement de notre population.

Dans ce contexte, les lois de financement doivent retrouver leur ambition initiale : permettre un débat annuel sur les priorités de la protection sociale et sur les moyens financiers que la collectivité est prête à lui consacrer, faire apparaître clairement aux yeux des Français la raison d'être de l'effort qu'ils consentent et le bénéfice qu'ils sont en droit d'attendre.

Il est impératif, dès lors, que cesse la dérive actuelle qui aboutit à vider les lois de financement de leur contenu pour les transformer en supplétifs d'une politique de l'emploi aventureuse et d'une politique fiscale mal maîtrisée.

De fait, la présente loi se résume, pour l'essentiel, à deux mesures :

– faire face à la dérive coûteuse des trente-cinq heures au prix d'une manipulation des recettes et des dépenses qui n'épargne aucune branche de la sécurité sociale;

– mettre en œuvre une mesure fiscale, la ristourne de CSG et de CRDS ; il est significatif qu'une telle mesure figure en bonne place dans le dossier de presse du projet de loi de finances dont elle constitue la principale “ disposition fiscale ” ; il est consternant en revanche que le bouleversement qu'elle entraîne des fondements mêmes du financement de la protection sociale n'ait été aucunement mesuré ni même envisagé.

• Débattre des priorités de santé publique

A l'évidence, les orientations de la politique de santé ne sauraient être cantonnées à un cadre annuel. Les travaux du Haut comité de santé publique et de la Conférence nationale de santé en témoignent clairement. Cette constatation de bon

sens ne doit pas conduire à s'abstenir de tout débat au motif que les lois de financement de la sécurité sociale s'inscrivent dans un cadre annuel.

Il est au contraire nécessaire de mettre ces lois en perspective grâce à un cadre qui dépasse les aspects purement comptables : celui d'une loi d'orientation pluriannuelle qui définirait les axes d'une véritable politique de santé publique et qui, au-delà de la seule politique de soins, aborderait résolument les voies et moyens d'une politique d'éducation et de prévention.

Il reviendrait alors chaque année à la loi de financement, à travers l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), de traduire, dans son domaine, les priorités ainsi arrêtées.

Encore faut-il pour ce faire que l'ONDAM puisse réellement remplir sa fonction.

Constitué à l'origine sous la forme nécessairement d'un agrégat comptable, il est resté, cinq ans plus tard, le même agrégat comptable, qui a dérivé, que le Gouvernement a "rebasé" et auquel il a appliqué mécaniquement des pourcentages de progression.

L'exposé des motifs de l'article 44 du présent projet de loi résume parfaitement la situation actuelle et le sens que donne le Gouvernement à l'instrument central des lois de financement :

"L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé à 693,3 milliards de francs pour l'année 2001, en progression de 3,5 % par rapport aux dépenses attendues pour 2000. "

Dépourvu de tout contenu en santé publique, de tout lien avec les besoins des malades, les progrès de la médecine et *a fortiori* les priorités de l'action publique, l'ONDAM et sa progression arbitraire constituent aujourd'hui un arbitrage comptable inévitablement contesté, entre les contraintes financières de l'assurance maladie et le souci des pouvoirs publics d'apaiser les tensions que connaît notre système de soins.

Aussi n'est-il pas étonnant que la maîtrise des dépenses de santé reste inefficace tout en entraînant, faute d'orientations et de priorités clairement affichées, la confusion des responsabilités entre l'Etat et l'assurance maladie et une rupture durable avec les professionnels de santé.

Il apparaît donc indispensable de renouer le dialogue avec les professionnels de santé et de refonder notre système conventionnel. Les rôles de chacun des acteurs – Etat, caisses de sécurité sociale et professionnels de santé – doivent être désormais clairement définis.

Il convient en outre de substituer au dispositif très critiquable des lettres clés flottantes un mécanisme de maîtrise de l'évolution des dépenses médicales qui fasse appel à la responsabilité individuelle des médecins et qui contribue à l'amélioration des pratiques médicales, dans l'intérêt des patients.

• Clarifier les circuits financiers

A la différence du budget de l'Etat, le budget social est le domaine par excellence des affectations de recettes. Elles sont le corollaire de l'existence de caisses ou de branches qui trouvent elles-mêmes leur fondement dans le principe originel de l'assurance.

Or, la période récente se caractérise par la mise en place de mécanismes de transferts de charges et de ressources, entre le budget de l'Etat et le budget social et au sein même du budget social, qui conduisent à une confusion extrême que rien ne justifie.

Il revient certes au Parlement de faire apparaître, grâce à un travail de décryptage long et fastidieux, la réalité économique de ces transferts qui, au demeurant, est simple et répétitive : ponctionner les excédents de la branche famille et ceux des fonds de solidarité vieillesse pour financer la coûteuse politique des trente-cinq heures.

Mais il n'en reste pas moins que les lois de financement, qui devaient, chaque année, permettre un débat lucide sur les comptes sociaux, ont été utilisés pour mettre en place des circuits financiers opaques, chaque année modifiés et masquant des transferts illégitimes.

Aussi, définir les "*orientations de la politique de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier*" conduit à devoir réaffirmer les principes nécessaires pour :

– *redonner une signification aux résultats des différentes branches de la sécurité sociale* car ce résultat est un bon indicateur des efforts consentis, des marges de manœuvre disponibles et des réformes à entreprendre. Aujourd'hui, les ajustements annuels, voire infra-annuels, dans l'affectation des recettes et dans la prise en charge des dépenses, de même que la confusion entre les déficits et les excédents autorisent toutes les dérives et toutes les confusions;

– clarifier les financements de sorte que le contribuable puisse connaître la destination des prélèvements dont il s'acquitte. Aujourd'hui, la plupart des impôts affectés, souvent " exceptionnels " à l'origine, ont été pérennisés, puis éclatés entre les différentes branches et leurs clefs de répartition manipulées tous les ans;

– rétablir une cohérence durable de ces financements entre assurance et solidarité et dans l'adossement des ressources et des dépenses. Aujourd'hui, à titre d'exemple, l'assurance maladie supporte les dépenses liées à l'alcoolisme et au tabagisme, mais les droits sur les tabacs et les alcools financent pour l'essentiel la réduction du temps de travail.

C'est à ce prix que les comptes sociaux pourront être équilibrés durablement et que pourront apparaître clairement les enjeux de la protection sociale : nécessité d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé, réformes indispensables pour garantir l'avenir des retraites, impératif d'une politique familiale ambitieuse.

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par le Sénat dans sa séance du 16 novembre 2000.

Le Président,

Signé : Christian PONCELET.

2732 - Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (commission des affaires culturelles)