

N° 3430

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 novembre 2001.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2002,

REJETE PAR LE SENAT EN NOUVELLE LECTURE

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

A

M. LE PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **3307, 3319, 3345** et T.A. **717**.

Commission mixte paritaire : **3391**.

Nouvelle lecture : **3390, 3395** et T.A. **727**.

Sénat : 1^{re} lecture : **53, 60, 61** et T.A. **17** (2001-2002).

Commission mixte paritaire : **79** (2001-2002).

Nouvelle lecture : **96, 100** et T.A. **24** (2001-2002).

Sécurité sociale.

TITRE I^{er}

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

Article 1^{er}

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 2002.

TITRE I^{er} *BIS*

**CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE**

Article 1er *bis*

Après l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 111-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-8.* – Sans préjudice de toute autre disposition relative à l'information et au contrôle du Parlement, les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des affaires sociales et les autres commissions concernées adressent au Gouvernement, avant le 10 juillet de chaque année, des questionnaires relatifs à l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Celui-ci y répond par écrit au plus tard le 8 octobre. »

.....

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

.....

Article 2 *bis*

I. – Dans le premier alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux *b*, *c*, *d* et *e* du » sont remplacés par le mot : « au ». Ce même alinéa est complété par les mots : « , dans la limite, pour les personnes visées au *a* du I, du plafond prévu par ce *a* ».

II. – *Supprimé*

III. – Le *d* du I du même article est ainsi rédigé :

« *d*) Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, sous réserve d'avoir dépassé un âge fixé par décret; ».

Article 3

..... Conforme

.....

Article 3 ter A

..... Supprimé

Article 3 ter

I. – *Non modifié*

I bis. – Après le 8° de l'article L. 722-20 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 11° Lorsque les groupements mutualistes dont ils sont administrateurs relèvent des dispositions du 6° du présent article, administrateurs des groupements mutualistes qui perçoivent une indemnité de fonction et qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale. »

II et III. – *Non modifiés*

Article 4

L'article 20 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail est ainsi rédigé :

« *Art. 20.* – Les entreprises visées au II de l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale qui procèdent à l'embauche d'un premier salarié postérieurement au 1er janvier 2002 ouvrent droit, au titre de cette embauche et des embauches supplémentaires, à l'allégement prévu au même article appliqué conformément aux dispositions de cet article et des textes pris pour son application et selon les modalités et conditions particulières définies ci-dessous.

« La condition de première embauche est remplie lorsque les entreprises ont exercé leur activité sans le concours de personnel salarié, sinon avec au plus un salarié en contrat d'apprentissage, de qualification, d'adaptation ou d'orientation durant les douze mois précédant l'embauche. La condition relative au personnel salarié s'apprécie dans le cadre de l'ensemble de ses activités exercées pendant la période de référence par l'employeur, de quelque nature et sous quelque forme que ce soit.

« I. – Le bénéfice de l'allégement est ouvert au titre de la première embauche lorsque la durée du travail du salarié concerné, au plus égale à trente-cinq heures hebdomadaires ou à 1 600 heures sur l'année, est mentionnée dans son contrat de travail. Ce contrat de travail doit être à durée indéterminée ou conclu pour une durée d'au moins douze mois.

« Cet allégement est majoré d'un montant fixé par décret et calculé en fonction du niveau du salaire minimum de croissance ou, le cas échéant, celui de la garantie mensuelle de rémunération définie à l'article 32. Ce décret fixe également la durée de la majoration.

« II. – A compter de la deuxième embauche, le bénéfice de l'allégement est ouvert lorsque la durée collective du travail, au plus égale à trente-cinq heures hebdomadaires ou à 1 600 heures sur l'année, est fixée soit par un accord collectif conclu dans les conditions définies au II de l'article 19, soit en vertu des dispositions du VIII du même article ou, à défaut, est mentionnée dans le contrat de travail du ou des salariés concernés. Dans ce dernier cas, le maintien de l'allégement est subordonné au respect, au plus tard à l'expiration d'une période d'un an à compter de la deuxième embauche, des conditions définies aux II à VIII de l'article 19.

« III. – Dans les cas visés au I et au II, la déclaration prévue au XI de l'article 19 est envoyée dans les trente jours suivant la date d'effet du contrat de travail afférent à l'embauche du premier salarié. L'allégement prend effet le premier jour du mois qui suit la réception par les organismes de recouvrement des cotisations sociales de la déclaration de l'employeur.

« IV. – La majoration visée au I est applicable aux premières embauches réalisées entre le 1er janvier 2002 et le 31 décembre 2003. »

.....

Article 5

I. – *Non modifié*

II. – Le total des produits enregistrés comptablement au 31 décembre 2000 par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, en application des dispositions du deuxième alinéa du III de l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999) est notifié par ladite agence à chacune des branches du régime général de sécurité sociale et à la mutualité sociale agricole, au prorata des exonérations mentionnées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la même loi et enregistrées comptablement par chacun de ces organismes au titre de la même année.

Sont annulées les créances sur le fonds créé à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, enregistrées au 31 décembre 2000 par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et par les régimes concernés, afférentes aux exonérations visées au 1° de l'article L. 131-9 du même code dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 précitée. En conséquence, les comptes de l'exercice 2000 des organismes de sécurité sociale concernés sont modifiés pour tenir compte de cette annulation.

III à V. – *Non modifiés*

Article 6

I. – A. – Le B du VII de l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est abrogé.

B. – A compter du 1er janvier 2001, la fraction visée au 5° *bis* de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est égale à 24,7%.

C. – A compter du 1^{er} janvier 2002, la fraction visée au 5° *bis* de l'article L. 131-10 du même code est égale à 30,56%.

II. – A. – Le chapitre VII du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Il est créé une section 1, intitulée : « Taxe sur les contributions au bénéfice des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance », qui comprend les articles L. 137-1 à L. 137-4;

2° Il est créé une section 2, intitulée : « Contribution sur les abondements des employeurs aux plans partenariaux d'épargne salariale volontaire », qui comprend l'article L. 137-5;

3° Il est créé une section 3, intitulée : « Contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur », qui comprend les articles L. 137-6 à L. 137-9 ainsi rédigés :

« Art. L. 137-6. – Une contribution est due par toute personne physique ou morale qui est soumise à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances.

« Cette contribution est perçue au profit du fonds mentionné à l'article L. 131-8.

« Le taux de la contribution est fixé à 15% du montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation afférentes à l'assurance obligatoire susmentionnée.

« Art. L. 137-7. – La contribution est perçue par les entreprises d'assurance, dans les mêmes conditions et en même temps que ces primes.

« Les entreprises d'assurance sont tenues de verser, au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque bimestre, à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, le produit de la contribution correspondant au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises au cours de chaque bimestre, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction du prélèvement destiné à compenser les frais de gestion dont le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.

« A l'appui de chaque versement, elles sont tenues de produire à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale une déclaration conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.

« La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1.

« Art. L. 137-8. – Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

« Art. L. 137-9. – Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente section. »

B. – 1. Le chapitre III du titre I^{er} du livre II du code des assurances est abrogé.

2. Dans l'article L. 214-3 du même code, la référence : « L. 213-1 » est supprimée.

3. Après le mot : « assurés », la fin de l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « et par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1. »

C. – Après le 5° bis de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5° ter ainsi rédigé :

« 5° ter Le produit de la contribution visée à l'article L. 137-6 ; ».

D. – Les dispositions du présent II s'appliquent aux primes ou cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises à compter du 1^{er} janvier 2002.

III. – A. – Au 4° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « ainsi qu'une fraction égale à 55% du produit » sont remplacés par les mots : « ainsi que le produit ».

B. – Le huitième alinéa de l'article L. 241-2 du même code est supprimé.

C. – Les dispositions des A et B s'appliquent aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2001.

D. – Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe la date et le montant du reversement par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, des sommes perçues au cours de l'exercice 2001 au titre du 4° de l'article L. 131-10 du même code.

IV. – A. – Au 1° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, le pourcentage : « 97 % » est remplacé par le pourcentage : « 90,77 % ».

B. – Au septième alinéa de l'article L. 241-2 du même code, le pourcentage : « 2,61 % » est remplacé par le pourcentage : « 8,84 % ».

C. – Les dispositions du présent IV s'appliquent aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2002.

V. – A. – Après le 5° *bis* de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5° *quater* ainsi rédigé :

« 5° *quater* Le produit de la taxe sur les contributions au bénéfice des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance visée à l'article L. 137-1 ; ».

B. – Le 3° de l'article L. 135-3 du même code est abrogé.

C. – A l'article L. 137-1 du même code, les mots : « Fonds de solidarité vieillesse » sont remplacés par les mots : « fonds institué à l'article L. 131-8 ».

D. – Les dispositions du présent V sont applicables aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2002.

Article 6 bis

I. – A. – L'article 575 A du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa, les sommes : « 540 F » et « 510 F » sont remplacées par les sommes : « 90 € » et « 87 € »;

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Il est fixé à 45 € pour les tabacs de fine coupe destinés à rouler les cigarettes et les autres tabacs à fumer et à 55 € pour les cigares. »

B. – *Non modifié*

II. – *Non modifié*

.....

Article 8

Pour 2002, 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 droits constatés
et en milliards d'euros.)

Cotisations effectives.....	176,18
Cotisations fictives	31,95
Contributions publiques.....	10,66
Impôts et taxes affectés	89,77
Transferts reçus	0,15
Revenus des capitaux	0,83
Autres ressources	6,93
<hr/>	
Total des recettes	316,47

Article 9

Pour 2001, les prévisions révisées 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 encaissements-décaissements
et en milliards de francs.)

Cotisations effectives.....	1086,10
Cotisations fictives	202,60
Contributions publiques.....	68,60
Impôts et taxes affectés	569,70
Transferts reçus	3,00
Revenus des capitaux	3,90
Autres ressources	46,50
<hr/>	
Total des recettes	1980,40

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE

Section 1

Branche maladie

Article 10 A

I.– Dans le chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-11 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-11.* –Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont définis par un accord-cadre conclu par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et le Centre national des professions de santé regroupant des organisations syndicales représentatives des professions concernées.

« L'accord-cadre ne s'applique à une profession donnée que lorsqu'au moins une organisation syndicale représentative de cette profession a marqué son adhésion par la signature de l'accord.

« Cet accord-cadre, conclu pour une durée au plus égale à cinq ans, fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions, entrant dans le champ des conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et à l'article L. 322-5-2. Il peut notamment déterminer les obligations respectives des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, les conditions d'une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique. »

II.–L'article L. 162-15 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, après les mots : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, les conventions prévues », sont insérés les mots : « à l'article L. 162-1-11 et »;

2° Dans le dernier alinéa, les mots : « La convention nationale est applicable » sont remplacés par les mots : « L'accord-cadre et la convention nationale sont applicables ».

III.–Dans la section 3-1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du même code, sont rétablis, avant la sous-section 1, deux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-14-1.* –La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

« 1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention, pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

« 2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées; ces engagements prennent la forme d'accords de bon usage des soins prévus par l'article L. 162-12-17, qui constituent dans ce cas une annexe à la convention nationale, de contrats de bonne pratique prévus par l'article L. 162-12-18 ou de tout autre dispositif que les conventions mettent en œuvre conformément aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en œuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

« 3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée.

« *Art.L. 162-14-2.* –Les tarifs mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 sont fixés dans le cadre d'avenants à chaque convention.Ces avenants comportent en annexe l'ensemble des modifications de la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie que les signataires envisagent de proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'agriculture et dont il a été tenu compte pour fixer les tarifs.La totalité des avenants conclus en application du présent alinéa fait l'objet d'un envoi unique, au plus tard le 15 juin, à chacun des ministres précités.

« Sauf en cas d'urgence ou d'impérieuse nécessité de santé publique, les ministres précités tiennent compte des propositions faites par les partenaires conventionnels dans les conditions prévues à l'alinéa précédent lorsqu'ils mettent en œuvre des modifications de la nomenclature. »

IV. –L'article L. 162-12-17 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « à l'article L. 162-5 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 » et les mots : « , en tant qu'ils concernent les médecins, » sont insérés après les mots : « sont transmis »;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « des médecins généralistes ou des médecins spécialistes » sont remplacés par les mots : « des professionnels concernés »;

3° Dans le troisième alinéa, les mots : « les médecins conventionnés peuvent percevoir » sont remplacés par les mots : « les professionnels conventionnés peuvent percevoir, notamment sous forme de forfaits, ».

V. – L'article L. 162-12-18 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « et L. 162-14 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-14 et L. 322-5-2 » et les mots : « , en contrepartie du respect des engagements de ce contrat, à un complément forfaitaire de rémunération ou » sont insérés après les mots : « qui ouvre droit »;

2° Dans le dernier alinéa, les mots : « et L. 162-14 » sont remplacés par les mots « , L. 162-14 et L. 322-5-2 ».

VI. – Il est inséré, dans le même code, un article L. 162-12-19 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-12-19. – En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées à l'article L. 162-14-1, ou en l'absence d'accords de bon usage des soins ou de contrats de bonne pratique, et après consultation des syndicats représentatifs des professions concernées, les accords ou contrats mentionnés aux articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 peuvent être fixés par arrêté interministériel pris sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale ou, à défaut, à l'initiative des ministres compétents. »

VII. – Il est inséré, dans le même code, un article L. 162-12-20 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-12-20. – La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 peuvent déterminer les conditions dans lesquelles les professionnels de santé conventionnés peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique qui ouvrent droit à une rémunération forfaitaire.

« Ces contrats, définis par la convention, fixent les engagements des professionnels concernés et précisent les modalités d'actualisation de la rémunération forfaitaire qui leur est associée.

« Ils comportent nécessairement, en complément des mesures prévues en la matière par l'accord-cadre et par la ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, des engagements des professionnels relatifs à leur participation :

« 1° Soit à des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins;

« 2° Soit à des actions de prévention. »

VIII. – L'article L. 162-15-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

« En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée, et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession : » ;

2° Le dernier alinéa du I est supprimé;

3° Le premier alinéa du II est ainsi rédigé :

« En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie et au moins une autre caisse nationale assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins deux fois dans l'année; une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année. »;

4° Le deuxième alinéa du II est supprimé;

5° Dans le troisième alinéa du II, les mots : « les parties à chacune des conventions déterminent par une annexe modificative, » sont remplacés par les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée, et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession, »;

6° Le quatrième alinéa du II est supprimé;

7° Dans le cinquième alinéa, le nombre : « quatre » est remplacé par le nombre : « deux ».

IX. – L'article L. 162-15-3 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa du I, les mots : « des annexes mentionnées à l'article L. 162-15-2 et » et les mots : « en application du dernier alinéa du I de cet article » sont supprimés;

2° Le premier alinéa du II est ainsi modifié :

a) Les mots : « respectivement les 15 juillet et 15 novembre » sont remplacés par les mots : « le 15 juillet »;

b) Les mots : « des annexes modificatives mentionnées à l'article L. 162-15-2 et » et les mots : « en application de l'avant-dernier alinéa du II de cet article » sont supprimés;

3° Les deux dernières phrases du deuxième alinéa du II sont supprimées;

4° Dans le premier alinéa du III, les mots : « Les annexes et, le cas échéant, » sont supprimés;

5° Dans les deuxième et troisième alinéas du III, le mot : « annexes » est remplacé par le mot : « mesures »;

6° Le IV est abrogé;

7° Le V est ainsi rédigé :

« V. – En l'absence de convention, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés, en vigueur au 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur des mesures fixées par les caisses nationales dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-2. »

X. – L'article L. 162-5-9 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du premier alinéa du I est supprimée;

2° Il est complété par un III et un IV ainsi rédigés :

« III. – Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-11, après consultation, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et de l'organisation en charge des questions de déontologie de cette profession.

« IV. – Le règlement prévu au présent article peut comporter toute disposition entrant dans le champ des conventions nationales en application des dispositions du présent code. »

XI. – Dans le premier alinéa de l'article L. 645-2-1 du même code, les mots : « En ce qui concerne les médecins, » sont supprimés.

XII. – Les articles L. 322-5-1 à L. 322-5-5 du même code sont ainsi modifiés :

1° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 322-5-1, les mots : « à l'article L. 322-5-3 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-14-2 ou L. 162-15-2 »;

2° Dans le 5° de l'article L. 322-5-2, les mots : « ainsi que les mécanismes par lesquels est assuré le respect de l'objectif prévu au 1° de l'article L. 322-5-3 » sont supprimés;

3° Les articles L. 322-5-3 et L. 322-5-5 sont abrogés;

4° Dans le premier alinéa de l'article L. 322-5-4, les mots : « aux articles L. 162-15, L. 162-15-1, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-15 ».

XIII. – Le 4° de l'article L. 162-14 du même code est abrogé.

XIV. – L'article L. 162-12-18 du même code est ainsi modifié :

1° Le quatrième alinéa est complété par les mots : « ; cette évaluation prend en compte l'application par le professionnel des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15 »;

2° Le cinquième alinéa est supprimé;

3° Dans le sixième alinéa, les mots : « le cas échéant » sont remplacés par les mots : « s'agissant d'un professionnel habilité à prescrire »;

4° Les septième et huitième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« – s'agissant des professions habilitées à prescrire, au niveau, à l'évolution et aux pratiques de prescription, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 162-2-1, et en particulier à la prescription en dénomination commune ou à la prescription de médicaments génériques; »

5° Les dixième et onzième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« – le niveau de l'activité des professionnels; ».

XV. – Les conventions en vigueur à la date de publication de la présente loi, y compris les conventions dont la date d'échéance se situe en 2002 et qui font l'objet d'un renouvellement tacite sur le fondement des dispositions du code de la sécurité sociale antérieures à la présente loi, sont réputées conformes aux dispositions de la présente loi jusqu'au 31 décembre 2002. Les avenants aux conventions en vigueur conclus entre la date de publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et la date de publication de la présente loi sont réputés conformes aux dispositions du code de la sécurité sociale.

A défaut de conclusion ou d'approbation d'un avenant les mettant en conformité avec les dispositions du présent article avant cette date, ces conventions et ces avenants sont réputés dénoncés à effet du 31 décembre 2002.

Article 10

..... Conforme

Article 11

I. – Le troisième alinéa de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit : »

Part de l'assiette correspondant aux rapports « R » - entre les charges de prospection et d'information et le chiffre d'affaires hors taxes – suivants	Taux de la contribution par tranche (en pourcentage)
R < 10 %	9,5
R égal ou > à 10 % et < à 12 %	17
R égal ou > à 12 % et < 14 %	25
R égal ou > à 14 %	31

II. – Dans la deuxième phrase du premier alinéa du même article, le taux : « 30 % » est remplacé par le taux : « 40 % ».

III. – Le premier alinéa du même article est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il est également procédé sur cette assiette à un abattement de 3% du montant des rémunérations versées au titre de l'emploi des salariés mentionnés à l'article L. 5122-11 du code de la santé publique. »

IV. – Les dispositions du présent article entreront en vigueur pour la détermination de la contribution due le 1^{er} décembre 2002.

Article 11 bis

Dans le deuxième alinéa de l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, le taux : « 2,5 % » est remplacé par les mots : « 2,5 % pour les spécialités pharmaceutiques qui ne peuvent être délivrées que sur prescription et de 1,5 % pour les autres spécialités pharmaceutiques ».

.....

Article 12

Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2002 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 3 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.

.....

Article 13

..... Conforme

Article 14

I. –L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

1° Dans le I et le IV, après le mot : « modernisation », le mot : « sociale » est supprimé;

2° Après le II, il est inséré un III ainsi rédigé :

« III. –Ce fonds finance également des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé. »;

3° Dans le IV, le montant : « 300 millions de francs » est remplacé par le montant : « 600 millions de francs »;

4° A la fin du VI, la référence : « V » est remplacée par la référence : « VI »;

5° Les III, IV, V et VI deviennent respectivement les IV, V, VI et VII.

II. –Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est fixé, pour l'année 2002, à 152,45 millions d'euros.

Article 15

I. – *Non modifié*

II. – L'article 25 de la même loi est ainsi modifié :

1° A Dans la deuxième phrase du I, après les mots : « Les professionnels de santé exerçant en ville », sont insérés les mots : « et les centres de santé »;

1° B Le II est complété par une phrase ainsi rédigée :

« En outre, par l'octroi d'aides aux organismes concernés, il finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans le cadre de centres de santé. »;

1° C Dans le IV, après les mots : « exerçant en ville », sont insérés les mots : « et des centres de santé »;

1° Le II est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret. »;

2° Au I, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « huit ans »;

3° Il est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – L'impact des financements attribués par le fonds au titre du II fait l'objet d'une évaluation au regard notamment de l'organisation, de la continuité et de la sécurité des soins ainsi qu'en ce qui concerne les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Gouvernement et au Parlement au plus tard le 30 juin 2005. »

.....

Article 15 *ter*

I. –Après le premier alinéa de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :

«Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical.Cet accord préalable peut être exigé pour les prestations dont :

«– la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical;

«– la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles;

«– le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie.

« Il est précisé lors de l'admission au remboursement des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.

« Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décret. »

II. – Dans la première phrase du deuxième alinéa du même article, les mots : « des dispositions particulières qui subordonnent le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable de l'organisme de prise en charge » sont remplacés par les mots : « des dispositions des deuxième à cinquième alinéas ».

III. –*Non modifié*

Article 16

I et II. – *Non modifiés*

III. – L'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa du I, après la référence : « L. 132-2 », les mots : « ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 232-4 » sont supprimés;

2° Après le troisième alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« De même, ne sont pas pris en compte, pour le calcul des ressources de l'intéressé, les concours financiers apportés par les enfants pour les prises en charge nécessitées par la perte d'autonomie de leurs parents, ainsi que certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire. »

Article 17

..... Conforme

Article 18

Au cinquième alinéa du 2° de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, le taux : « 0,8 % » est remplacé par le taux : « 1,8 % ».

Article 18 bis A

..... Conforme

Article 18 bis

I. – Après l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2132-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 2132-2-1.* – Dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire, les enfants sont obligatoirement soumis à un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. La nature et les modalités de cet examen sont définies par arrêté interministériel. Cet examen ne donne pas lieu à contribution financière de la part des familles. Cette obligation est réputée remplie lorsque le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1 de la réalisation des examens dispensés.

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

II à VII. – *Non modifiés*

.....

Article 18 sexies

..... Conforme

.....

Article 18 octies

I. – A. – Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, après les mots : « assurance maladie », sont insérés les mots : « , lorsqu'ils sont dispensés en officine, ».

B. – Après le premier alinéa du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. »

II. – *Non modifié*

Article 18 *nonies* (nouveau)

Préalablement à la publication de la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, les médicaments vendus au public à la date de la publication de la présente loi et ceux qui viendraient à être vendus sur décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé sont pris en charge par l'assurance maladie.

Article 18 *decies* (nouveau)

Le fonds national d'assurance maladie de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés participe de façon exceptionnelle en 2001, à hauteur de 1,3 milliard de francs, au financement du fonds de concours créé en vue de l'achat, du stockage et de la livraison par l'Etat de traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes.

Section 2

Branche accidents du travail

.....

Article 19 *quater*

..... Conforme

.....

Article 19 *sexies*

..... Conforme

Article 20

I A. – 1. Le II de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi rédigé :

« II. – Par dérogation aux dispositions des articles L. 431-2 et L. 461-5 du code de la sécurité sociale, les droits aux prestations, indemnités et majoration prévus par les dispositions du livre IV dudit code et par les dispositions du chapitre Ier du titre V du livre VII du code rural, y compris en cas de faute inexcusable de l'employeur, au profit des victimes d'affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante ou provoquées par elles, et ceux de leurs ayants droit, sont rouverts dès lors qu'ils ont fait l'objet d'une première constatation médicale entre le 1er janvier 1947 et la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

2 (*nouveau*). Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les dispositions du présent I A sont applicables aux procédures relatives au contentieux de la sécurité sociale en cours devant les juridictions.

I, I bis, II et III. – *Non modifiés*

Article 20 bis

I. – *Non modifié*

II. – L'article L. 751-6 du code rural est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Le lieu du travail chez un employeur et le lieu du travail chez un autre employeur, ces deux employeurs faisant partie d'un groupement mentionné à l'article L. 127-1 du code du travail. »

Article 20 ter A

..... Conforme

.....

Article 20 quater

I. – Le premier alinéa de l'article L. 434-8 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions des alinéas suivants, le conjoint ou le concubin ou la personne liée par un pacte civil de solidarité a droit à une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime, à condition que le mariage ait été contracté, le pacte civil de solidarité conclu ou la situation de concubinage établie antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'ils l'aient été depuis une durée déterminée à la date du décès. Toutefois, ces conditions ne sont pas exigées si les époux, les concubins ou les partenaires du pacte civil de solidarité ont eu un ou plusieurs enfants. »

II. – Les dispositions du présent article sont applicables aux accidents survenus à compter du 1^{er} septembre 2001.

III. – Pour les accidents survenus à compter du 1er septembre 2001 et jusqu'à l'intervention du décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 482-5 du code de la sécurité sociale, les dispositions suivantes s'appliquent.

La fraction du salaire annuel de la victime visée au premier alinéa de l'article L. 434-8 du même code est fixée à 40 %.

Pour les enfants mentionnés à l'article L. 434-10 du même code, cette fraction est fixée à 25 % de ce salaire pour chacun des deux premiers enfants et à 20 % par enfant au-delà de deux. Lorsque les enfants sont orphelins de père et de mère au moment de l'accident ou le deviennent postérieurement, ils bénéficient d'un complément de rente égal à 10 %.

.....

Section 3

Branche famille

Article 22

I à XIII. – *Non modifiés*

XIII *bis* (nouveau). – Dans l'article L. 711-9 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

XIV à XXI. – *Non modifiés*

.....

Articles 23 bis et 23 ter

..... Conformes

Article 24

Le compte de réserves affectées au financement du Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance créé par l'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est abondé de 228,67 millions d'euros.

Ce montant est prélevé sur l'excédent de l'exercice 2000 de la branche famille du régime général de la sécurité sociale.

Article 24 bis

..... Supprimé

Article 25

La part prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des dépenses visées au 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est égale à une fraction fixée à 30 % pour l'année 2002.

.....

Article 25 ter

..... Supprimé

Section 4

Branche vieillesse

Article 26 A

..... Suppression conforme

.....

Article 26 bis

..... Conforme

.....

Article 26 quinquies

..... Suppression conforme.....

.....

Article 27 bis

..... Supprimé

Article 28

I. – Dans le II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, les pourcentages : « 50 % » et « 30% » sont remplacés respectivement par les pourcentages : « 65 % » et « 15 % ».

II. – Dans le 5° de l'article L. 135-7 du même code, le pourcentage : « 50 % » est remplacé par le pourcentage : « 65 % ».

III. – Les dispositions du présent article sont applicables aux versements à recevoir par les organismes visés au II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2002. Elles s'appliquent à tous les produits notifiés à compter de cette date.

Article 29

La Caisse nationale des allocations familiales verse en 2002 la somme de 762 millions d'euros au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale. Cette somme est prélevée sur le résultat excédentaire 2000 de la branche famille, après affectation d'une fraction de celui-ci au Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance créé par l'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe la date à laquelle ce versement est effectué.

Section 5

Objectifs de dépenses par branche pour les années 2001 et 2002

Article 30

Pour 2002, 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 droits constatés
et en milliards d'euros.)

Maladie-maternité-invalidité-décès	125,37
Vieillesse-veuvage	136,08
Accidents du travail	8,53
Famille	42,01
<hr/>	
Total des dépenses	311,99

Article 31

I. – Pour 2001, les objectifs révisés 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 encaissements-décaissements
et en milliards de francs.)

Maladie-maternité-invalidité-décès	787,50
Vieillesse-veuvage	830,80
Accidents du travail	57,90
Famille	275,90
<hr/>	
Total des dépenses	1952,10

II. – *Supprimé*

Section 6

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Article 32

Pour 2002, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 112,8 milliards d'euros, en droits constatés.

.....

Section 7

**Mesures relatives à la trésorerie,
à la comptabilité et à l'organisation financière**

Article 33

I. – Après le chapitre III du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre IIIbis ainsi rédigé :

« CHAPITRE III BIS

« *Modernisation et simplification du recouvrement
des cotisations de sécurité sociale*

« Section 1

« *Modernisation et simplification
des formalités au regard des entreprises*

« Art. L. 133-5. – I. – Les déclarations sociales que les entreprises et autres cotisants sont tenus d'adresser aux organismes gérant des régimes de protection sociale relevant du présent code et du code rural ou visés aux articles L. 223-16 et L. 351-21 du code du travail peuvent être faites par voie électronique soit directement auprès de chacun de ces organismes, soit auprès d'un organisme désigné par eux à cet effet et agréé ou, à défaut, désigné par l'Etat.

« L'accusé de réception des déclarations effectuées par voie électronique est établi dans les mêmes conditions.

« Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé de l'agriculture fixe la liste des déclarations et la date à compter de laquelle celles-ci peuvent être effectuées par voie électronique.

« Toute entreprise ou autre cotisant, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou, le cas échéant, du ministre chargé de l'agriculture, peut bénéficier d'un service d'aide à l'élaboration des déclarations sociales relatives aux salaires versés ainsi qu'à l'élaboration des bulletins de paye prévus à l'article L. 143-3 du code du travail. Ce service est ouvert, sur adhésion, auprès de l'organisme visé au premier alinéa du présent article.

« Pour assurer le service défini au précédent alinéa et sa sécurisation, les organismes mentionnés au présent article sont autorisés à collecter et conserver le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques des personnes concernées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« Pour les déclarations devant être accompagnées d'un paiement, l'inscription au service de télèglement dispense l'entreprise ou autre cotisant, à l'égard des organismes visés au premier alinéa du présent article, de toute autre formalité préalable à l'utilisation du télèglement. La transmission aux établissements de crédit de l'adhésion de l'entreprise ou autre cotisant à ce service de télèglement pourra être effectuée par voie électronique dans des conditions fixées par convention conclue entre les établissements de crédit et les organismes visés au premier alinéa.

« II (*nouveau*). – Dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé de l'agriculture, les organismes locaux de recouvrement de cotisations ou de contributions sociales prélevées sur les salaires mentionnés au présent code, au code rural ou à l'article L. 351-21 du code du travail sont habilités à organiser, au profit des entreprises, qui ne peuvent ou ne souhaitent pas recourir au service prévu par le I ci-dessus, dont l'effectif n'excède pas un seuil déterminé par les arrêtés susmentionnés, un service d'aide à l'accomplissement de leurs obligations déclaratives relatives aux salaires versés ainsi qu'à l'élaboration des bulletins de paye de leurs salariés. Ce service peut être utilisé soit par des tiers qui auront conclu à cet effet, avec un ou plusieurs de ces organismes locaux de recouvrement, une convention conforme à un modèle type fixé par l'organisme national de recouvrement correspondant, soit directement par lesdits organismes.

« Section 2

« **Modernisation et simplification des formalités au regard des travailleurs indépendants**

« Art. L. 133-6. – Les travailleurs indépendants, ou les futurs travailleurs indépendants, reçoivent de la part des organismes en charge du recouvrement des cotisations de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 131-6, L. 642-1 et L. 723-6 une information concertée et coordonnée portant sur l'ensemble des droits et obligations en matière de prestations et de cotisations et contributions de sécurité sociale résultant d'une activité professionnelle emportant assujettissement à ces cotisations et contributions, ainsi que, à leur demande, une simulation de calcul indicative de ces dernières; cette information peut être réalisée sur supports papier et électronique, par voie téléphonique et par l'accueil des intéressés.

« Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole soumise aux cotisations de sécurité sociale mentionnées au premier alinéa de l'article L. 131-6 ainsi qu'aux articles L. 642-1 et L. 723-6 reçoivent un document indiquant le montant et les dates d'échéance de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale et contributions dont elles sont redevables l'année suivante au regard de leurs derniers revenus connus suivant des modalités fixées soit par une convention conclue à cet effet entre tout ou partie des organismes en charge du recouvrement desdites cotisations et contributions soit, à défaut, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« Lorsque les travailleurs indépendants sont redevables à l'égard d'un ou plusieurs organismes chargés du recouvrement d'une dette de cotisations ou contributions sociales visées au premier alinéa dont le montant et l'ancienneté sont fixés par décret, ces organismes mettent en œuvre un recouvrement amiable et contentieux, concerté et coordonné.

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

II à IV. – *Non modifiés*

Article 33 bis A

..... Supprimé

Article 33 bis

La dernière phrase du deuxième alinéa du IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

« Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 25 septembre pour sept neuvièmes de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les deux neuvièmes restants. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après ces dates par l'Etat aux organismes affectataires. »

.....

Article 34

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 millions d'euros.)

Régime général	4420	
Régime des exploitants agricoles	2210	
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales		500
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines		350
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat		80

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 22 novembre 2001.

Le Président,

Signé : RAYMOND FORNI.

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

Depuis 1999, le régime général de la sécurité sociale est redevenu excédentaire. 2002 sera donc le quatrième exercice successif dégageant un résultat positif en encaissements-décaissements.

Cette consolidation sur quatre ans de la situation excédentaire des comptes de la sécurité sociale est certes la conséquence d'une conjoncture économique favorable, mais aussi le fruit de la détermination du Gouvernement et du Parlement à satisfaire les besoins sociaux essentiels des Français, tout en maîtrisant le recours aux fonds publics que sont les cotisations et contributions sociales acquittées par les assurés et les entreprises.

Pour 2002, l'excédent est obtenu malgré des prévisions moins favorables s'agissant de l'évolution de la masse salariale sur laquelle est assis l'essentiel des ressources des régimes de sécurité sociale. La persistance d'un excédent dans ce contexte confirme donc la solidité du redressement des comptes sociaux.

1° Le financement de la sécurité sociale

Le Gouvernement a précisé, lors de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale du 7 juin 2001, que de nouvelles règles devaient être établies pour garantir en toute transparence les contributions du budget de l'Etat et des comptes sociaux au financement des allègements de charges en faveur des entreprises au titre des actions de promotion de l'emploi.

Ainsi, les allègements de charges en faveur des entreprises sont-ils intégralement compensés aux régimes de sécurité sociale en 2001 et en 2002 au moyen de l'affectation au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale de recettes fiscales nouvelles du budget de l'Etat et de certaines recettes fiscales dont bénéficient les comptes sociaux.

Ces règles respectent le principe selon lequel les cotisations et contributions sociales doivent être utilisées exclusivement au financement des prestations sociales. Elles permettront de poursuivre sur des bases claires la réflexion que le Gouvernement a engagée avec les différents acteurs de la protection sociale, afin de préciser les rôles respectifs de l'Etat et des organismes de sécurité sociale dans la régulation des transferts sociaux. En matière d'assurance maladie notamment, la concertation ouverte le 25 janvier 2001 avec les partenaires sociaux et les professionnels de santé se poursuivra dans le but de renouveler la démarche conventionnelle et de la mettre au service de l'amélioration de l'accès aux soins de nos concitoyens.

Le Gouvernement étudiera également la possibilité de simplifier les mécanismes d'affectation de recettes et les transferts financiers. Pour cela, il approfondira notamment les voies de la consolidation de la réforme de l'assiette des cotisations patronales de sécurité sociale.

Le retour à l'excédent des comptes sociaux a permis d'améliorer la protection sociale des Français. Cette politique sera poursuivie en 2002, année qui verra mises en œuvre les priorités suivantes.

2° La politique de santé

Le Gouvernement conduira une politique de santé centrée sur les priorités de santé publique présentées lors de la Conférence nationale de santé de mars 2001. Cette politique prévoit la mise en œuvre de programmes coordonnés de lutte contre les principales pathologies, dont le développement de la prévention est l'une des composantes principales.

Le Gouvernement renforcera également la sécurité sanitaire selon une approche intégrée dans la démarche de soins.

Enfin, l'amélioration de la qualité du système de santé et de son organisation, prenant en compte les préoccupations des usagers, constituera un troisième axe de la politique sanitaire du Gouvernement.

2-1. – Une politique de santé organisée autour de la prévention et des priorités de santé publique

La prévention sera inscrite dans chacun des programmes de santé publique (cancer, nutrition, asthme, sida, diabète...) par des actions de dépistage, d'éducation pour la santé, mais aussi d'éducation thérapeutique. Elle sera définie de façon globale, ce qui permettra d'en déterminer les priorités et d'en assurer le financement. La coordination nationale des actions de prévention sera assurée dans le cadre d'un comité technique de prévention.

Les priorités de santé publique seront les suivantes :

2-1-1. – La lutte contre le cancer

Deux programmes de dépistage seront généralisés, l'un dès 2002 pour le cancer du sein en permettant à toutes les femmes âgées de cinquante à soixante-quatorze ans de bénéficier gratuitement d'une mammographie tous les deux ans, l'autre par étapes (vingt départements étant concernés en 2002) pour le cancer du côlon avec la mise en place du dépistage par hémoculte après cinquante ans.

L'amélioration des soins et de la prise en charge médico-sociale des patients sera poursuivie pour atteindre l'objectif d'une réduction de 10% des décès dans les régions où existe une surmortalité par rapport à la moyenne nationale.

2-1-2. – La lutte contre les autres pathologies chroniques

Les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'asthme, l'insuffisance rénale chronique et la mucoviscidose feront l'objet d'un plan alliant prévention, prise en charge et organisation des soins. Il s'agira de favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité et l'accès aux traitements antalgiques par l'élaboration de guides méthodologiques et par la formation des professionnels, et de poursuivre la création de nouvelles consultations et unités de soins palliatifs.

2-1-3. – La lutte contre les pathologies infectieuses

Pour le sida, les actions nouvelles prendront en considération les deux éléments majeurs que sont la régression de la mortalité sous l'effet des traitements anti-rétroviraux et le relâchement des comportements de prévention dans les différents milieux exposés. La surveillance épidémiologique sera renforcée grâce à la notification obligatoire de la séropositivité, rendue désormais possible par une protection renforcée de la confidentialité des données. Sur le plan thérapeutique, les problèmes posés par la tolérance des traitements lourds seront mieux pris en compte et l'accès aux nouveaux traitements sera accéléré, en particulier pour les malades en situation d'échappement thérapeutique.

Pour les hépatites, la politique menée associera une campagne d'information à l'égard du grand public et une prévention renforcée vis-à-vis des risques liés à l'utilisation de certains dispositifs médicaux, à la transfusion (dépistage génomique viral) ou à certaines pratiques corporelles (information et prévention au regard du piercing). Le dépistage sera ciblé sur les groupes les plus exposés. La mise en place de pôles de référence permettra le renforcement de l'accès au traitement de l'hépatite C.

2-1-4. – La lutte contre les maladies émergentes et orphelines

La crise de la vache folle et l'apparition en France du nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob démontrent à quel point la vigilance s'impose en matière de maladies émergentes. Les dispositifs de suivi mis en place seront renforcés.

Par ailleurs, les maladies rares qui, compte tenu de leur nombre, touchent plus de quatre millions de personnes en France, représentent l'un des principaux défis rencontrés par la médecine aujourd'hui.

Malgré la diversité de ces pathologies, qui ont en commun leur gravité, une politique globale est indispensable pour favoriser l'accès à un diagnostic précoce, renforcer la prise en charge, développer des pôles de ressources et de compétences et favoriser le travail en réseau. La prise en charge par la sécurité sociale des médicaments orphelins sera aussi accélérée, en ville comme à l'hôpital.

2-1-5. – La lutte contre les pratiques addictives

La politique de prévention des consommations à risques sera renforcée. Les actions de prévention s'appuieront sur des programmes intégrant les connaissances scientifiques. La prise en charge globale sera améliorée et l'accent sera mis en particulier sur le travail en réseau et le repérage précoce des consommations nocives. La politique de réduction des risques sera consolidée et l'exercice de la substitution, notamment en milieu carcéral, poursuivi.

La mortalité prématurée évitable due notamment au tabac et à l'alcool deviendra enfin une réelle priorité nationale. Une action efficace de prévention et de lutte contre le tabagisme doit ainsi être poursuivie, notamment pour soutenir ceux qui souhaitent arrêter de fumer. C'est pourquoi il est tout à fait envisageable de prévoir le remboursement des produits favorisant le sevrage tabagique par l'assurance maladie.

2-1-6. – La lutte contre la démence

La prévalence globale de la démence est estimée en France à 500000 cas et sa forte augmentation résulte de l'allongement de la vie et de l'accroissement du nombre de personnes âgées. Le Gouvernement s'efforcera de développer une meilleure organisation des soins et de permettre une prise en charge à domicile.

De plus, la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie permettra le développement des services de proximité et des réseaux de soins pour améliorer la prise en charge à domicile de ces patients.

2-1-7. – La santé des populations les plus fragiles

Des programmes seront destinés à la santé des jeunes, avec un volet de prévention renforcé, et à la santé des femmes, pour favoriser l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. La lutte contre les violences faites aux femmes, et plus généralement contre les agressions sexuelles, en particulier sur les mineurs, sera développée.

Le volet santé du dispositif de lutte contre les exclusions sera encore renforcé, notamment par le renforcement des outils existants (PRAPS, PASS...), ainsi que par la lutte contre l'habitat insalubre (saturnisme).

Enfin, des programmes de santé répondront aux besoins spécifiques de certaines populations, telles que les résidents outre-mer et les détenus.

2-1-8. – Les actions d'intérêt général

Le développement des greffes sera poursuivi sur la base du plan initié par le Gouvernement en juin 2000. L'accompagnement des fins de vie sera encouragé en favorisant le retour au domicile grâce au développement de la prise en charge de proximité et au renforcement de la lutte contre la douleur, à partir des consultations spécialisées et des unités de soins palliatifs.

2-2. – La sécurité sanitaire sera renforcée selon une approche intégrée dans la démarche de soins.

La politique de sécurité sanitaire doit reposer sur deux piliers fondamentaux : la surveillance, l'évaluation et la gestion des risques, d'un côté, le suivi et le contrôle quotidien de l'application des règles, de l'autre.

En matière de risque infectieux, les efforts de soutien à la recherche et à la veille épidémiologique sur les pathologies liées aux agents transmissibles non conventionnels (tel le nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob) seront renforcés. Dans le cadre du plan national de lutte contre les infections nosocomiales, les mesures engagées en 2001 seront confortées : renforcement des équipes d'hygiène hospitalière, amélioration des pratiques d'hygiène et notamment des procédures de désinfection et de stérilisation, développement des dispositifs médicaux à usage unique. La coordination interrégionale des actions de lutte contre les infections nosocomiales sera renforcée afin d'assurer notamment l'efficacité du dispositif de signalement des infections nosocomiales et des actions d'évaluation.

Des actions concourant au bon usage du médicament et à la prévention des accidents iatrogènes médicamenteux seront conduites : soutien aux comités du médicament et des dispositifs médicaux stériles des établissements de santé, développement de bonnes pratiques de pharmacie hospitalière, information des professionnels, en ville comme en hôpital, sur la sécurité d'utilisation des produits de santé. La rationalisation de l'utilisation des antibiotiques constituera un axe prioritaire.

L'amélioration de la sécurité des soins s'appuiera également sur des actions de sécurisation de l'environnement du malade, notamment la sécurité anesthésique, périnatale et environnementale vis-à-vis des risques liés à l'eau (légionelles par exemple).

Les établissements de santé seront encouragés à développer des programmes de gestion des risques leur permettant de mener des actions coordonnées et pluridisciplinaires, en lien avec les représentants des usagers.

La sécurité sanitaire nécessite à la fois l'application stricte du principe de précaution, mais aussi l'affirmation indispensable du principe de responsabilité. Cette responsabilité partagée suppose un effort accru de pédagogie du risque, en assurant l'information des citoyens pour permettre l'exercice du droit de choisir. L'indemnisation des accidents thérapeutiques lorsque la responsabilité du médecin n'est pas engagée constituera un levier important pour restaurer la confiance entre les patients et les médecins. Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit ainsi de créer un office national d'indemnisation, lequel, en l'absence de toute faute thérapeutique, sera chargé d'indemniser les malades, et ce dans un délai raccourci.

2-3. – L'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins sera poursuivie

2-3-1. – *Les soins de ville*

Le Gouvernement a ouvert le 25 janvier 2001 un dialogue avec les professionnels de santé et pris la mesure de leurs demandes portant sur leurs conditions d'exercice et les modalités du dispositif de régulation des dépenses de santé. A cette fin, il a nommé une mission de concertation qui a formulé une série de propositions portant sur les modalités d'exercice des professionnels libéraux, leur mission et la rénovation du cadre conventionnel qui les lie aux caisses d'assurance maladie. Ces propositions ont été examinées lors de la rencontre du 12 juillet 2001 associant les professionnels de santé, les caisses et les partenaires sociaux. Sur cette base, le Gouvernement a arrêté un certain nombre d'orientations et présenté ses propositions. Celles-ci seront mises en œuvre, après consultation des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé.

La première orientation consiste à mieux reconnaître le rôle des professionnels libéraux dans le système de soins. Le Gouvernement créera un Observatoire de la démographie des professions de santé, chargé de rassembler, d'expertiser et de diffuser des connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé, au contenu de leurs métiers et à leurs évolutions, d'identifier les besoins en matière de production de statistiques et d'études et de susciter les scénarios à court et moyen terme sur l'évolution des métiers de santé. Le Gouvernement engagera également une démarche pour repérer les zones dans lesquelles un accès aisé aux soins n'est plus assuré. Il mettra en œuvre un dispositif d'aide à l'installation pour faire face aux difficultés ainsi identifiées. Il présentera enfin des propositions destinées à réduire l'insécurité à laquelle sont confrontés les professionnels de santé dans les quartiers difficiles.

Le dispositif d'évaluation des compétences des médecins se met en place par la collaboration de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et des unions régionales de médecins libéraux. L'extension de l'évaluation des pratiques professionnelles aux professions paramédicales sera mise en œuvre. Un important travail est entrepris, en coopération avec l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour améliorer les délais d'élaboration des recommandations de bonne pratique, outils nécessaires pour faire vivre le système d'évaluation et de gestion de la compétence.

Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé réforme de manière profonde et ambitieuse la formation continue des médecins.

Outils essentiels de coordination, les réseaux de santé doivent permettre d'assumer une meilleure adéquation entre les besoins et l'offre de soins, de garantir une continuité des soins effective et de développer la qualité des pratiques. Le Gouvernement souhaite s'engager dans la voie de financements pérennes et de l'harmonisation des procédures de création de réseaux.

Enfin, l'informatisation du système de santé sera poursuivie. En 2001, plus de 180 000 professionnels de santé disposent de leur carte de professionnel de santé et plus de 50% des médecins transmettent par voie télématique leurs feuilles de soins aux caisses primaires d'assurance maladie. Le nombre de feuilles de soins télétransmises double chaque trimestre; en juin 2001, 175 millions de feuilles de soins ont ainsi été transmises à l'assurance maladie.

Le second objectif vise à mieux gérer le système des soins de ville. Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé propose une clarification de la procédure d'élaboration de la politique de santé. Le Conseil national de santé sera chargé de constituer une ressource d'expertise et de proposition sur la définition des priorités et les financements à y consacrer.

La loi de financement de la sécurité sociale précise l'organisation et le champ de la délégation de gestion aux caisses d'assurance maladie, notamment la procédure des rapports d'équilibre. Un nouvel équilibre doit être trouvé pour organiser les relations entre l'Etat et l'assurance maladie autour de rendez-vous fixes et concertés : l'efficacité de la délégation de gestion suppose donc une meilleure liaison entre la convention d'objectifs et de gestion qui lie contractuellement l'Etat à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et les conventions qui lient l'assurance maladie aux professionnels.

Un large accord existe sur le maintien de l'outil conventionnel, qu'il convient cependant d'approfondir, d'élargir et de rénover. Plusieurs pistes ont été dégagées sur cette question et ont été soumises à concertation. Celle-ci a permis d'aboutir à une proposition d'architecture conventionnelle rénovée articulant engagements collectif et individuel des professionnels de santé et régulation du dispositif.

D'ores et déjà, dans le cadre du renouveau du dialogue social voulu par le Premier ministre, le Gouvernement a engagé un travail approfondi avec les partenaires sociaux sur l'organisation de l'assurance maladie qui porte sur la composition et les missions des conseils d'administration, les relations avec l'Etat, l'ordonnancement du réseau de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la régionalisation, les compétences et l'organisation du service médical. Ces éléments seront discutés en 2002 avec les organisations syndicales et professionnelles.

2-3-2. – Le médicament

La progression des dépenses de médicament en 2000 s'est fortement accélérée (+10,5%). Le Gouvernement a annoncé la mise en œuvre d'une série de mesures pour permettre l'accès des patients aux nouvelles molécules et pour améliorer l'efficacité des instruments de régulation.

Il a souhaité, en premier lieu, renforcer les actions en matière de bon usage du médicament. A cette fin, l'information des patients et des prescripteurs est renforcée : les avis de la commission de la transparence sont désormais publiés dès leur approbation, le Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique fournira une information objective sur le médicament.

L'assurance maladie a engagé des discussions en vue d'aboutir à des accords de bon usage avec les prescripteurs. Dans ce cadre, les recommandations de bonnes pratiques produites par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ont un rôle central à jouer.

Des actions relatives au bon usage du médicament au sein des établissements de santé ont été développées. Des réunions régionales sur le médicament à l'hôpital seront organisées à partir des travaux des comités du médicament des hôpitaux dans le but de renforcer l'information et de favoriser les échanges sur les bonnes pratiques. Le renforcement des procédures d'achat au sein des établissements hospitaliers sera poursuivi.

L'observatoire des prescriptions a repris son activité afin d'établir un bilan des pratiques en matière d'utilisation des médicaments, en particulier des anti-cancéreux et des anti-ulcéreux. Enfin, l'admission au remboursement des médicaments innovants s'accompagnera d'une évaluation renforcée afin de mieux appréhender leur impact en matière de santé publique et leur inscription dans les stratégies thérapeutiques.

Le développement des génériques sera fortement encouragé. A cette fin, une campagne d'information associant l'Etat, l'assurance maladie et la mutualité sera mise en œuvre. La possibilité de prescrire en dénomination commune internationale (et non plus uniquement en nom de marque) sera ouverte. Des accords de bon usage pourront porter sur la prescription de génériques. Des discussions ont été engagées avec les pharmaciens afin de relancer la substitution. Les procédures d'inscription sur le répertoire des groupes génériques ont également été simplifiées et améliorées.

L'efficacité de la régulation des dépenses a été notablement renforcée. Des baisses de prix concernant principalement les spécialités dont le service médical rendu a été jugé insuffisant et les médicaments déjà amortis dont le volume et la croissance sont élevés ont été mises en œuvre pour un montant de 366 millions d'euros, après négociation avec les entreprises pharmaceutiques. Le Gouvernement a également annoncé son intention de mettre en cohérence le niveau de remboursement des médicaments avec les résultats de la réévaluation du service médical rendu.

2-3-3. – La politique hospitalière

Les Français bénéficient d'un service public hospitalier qui allie une haute qualité des soins avec une répartition des établissements équilibrée sur l'ensemble du territoire. Ses performances remarquables sont le résultat de l'engagement des personnels dans l'accomplissement de leurs missions. La politique hospitalière du Gouvernement s'attachera à conforter ces réussites et à améliorer le statut des personnels.

2-3-3-1. – Améliorer l'organisation des soins

Les objectifs définis en matière de politique hospitalière depuis trois ans sont : la promotion de la qualité et de la sécurité des soins, la poursuite de la réduction des inégalités dans l'accès aux soins et l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population.

S'agissant de la promotion de la qualité et de la sécurité des soins, des textes sur les dispositifs de vigilance (hémovigilance, matériovigilance) et sur la gestion des risques ont défini des procédures applicables dans l'ensemble des établissements.

La procédure d'accréditation, dont est chargée l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, donne aussi aux établissements l'opportunité de travailler sur leur organisation et les entraîne vers une recherche d'amélioration de la qualité.

La réduction des inégalités d'accès aux soins s'est poursuivie par les opérations effectuées dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Le desserrement des indices de certains équipements lourds constitue une partie des réponses permettant d'atteindre cet objectif.

L'adaptation de l'offre de soins s'effectue au travers des schémas régionaux d'organisation sanitaire de seconde génération (1998-2004). L'élaboration de ces schémas a constitué un temps fort de concertation avec les professionnels, les élus et la population, au terme d'une procédure de dix-huit mois.

Ces schémas prennent en compte des priorités nationales (urgences, périnatalité). Vingt-quatre régions ont défini des objectifs pour une meilleure organisation de la prise en charge des cancers et dix-sept régions pour les maladies cardio-vasculaires. De même, les soins palliatifs ou la prise en charge de la douleur chronique rebelle ont été retenus dans neuf régions pour accompagner le plan triennal initié en 1998. Des priorités régionales sont également mises en œuvre, principalement pour les soins de suite et de réadaptation, les plateaux techniques chirurgicaux et la prise en charge des personnes âgées.

A l'occasion de l'élaboration de ces schémas, de nouveaux modes de prise en charge valorisant la coopération ont été envisagés (réseaux, groupement de coopération sanitaire, hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour...), incitant les professionnels à travailler ensemble. L'organisation des urgences est un souci majeur pour assurer la continuité des soins et la qualité de l'accueil.

Les réorganisations se sont intensifiées : cent onze communautés d'établissements sont constituées ou en cours de constitution dans les cent cinquante secteurs sanitaires et cent vingt réseaux sont agréés ou en cours d'agrément par les agences régionales de l'hospitalisation. Ces opérations impliquent au moins deux partenaires, ce qui signifie que le mouvement actuel de recomposition repose plus sur des recherches de complémentarité et de partage d'activités entre les établissements de santé existants que sur des opérations isolées (fermeture, conversion d'établissements).

Pour accompagner cette modernisation en profondeur du tissu hospitalier, plusieurs fonds ont été créés dès 1998 : le Fonds d'investissement pour la modernisation des établissements de santé et le Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux, qui a vu ses missions évoluer vers des missions d'aide au développement des actions de modernisation sociale : contrats locaux d'amélioration des conditions de travail et projets sociaux d'établissement notamment.

La tarification à la pathologie sera rapidement mise en application après expérimentation dans les régions.

2-3-3-2. – Une politique sociale renforcée

La politique de recomposition du tissu hospitalier, accompagnée par les fonds de modernisation, a entraîné pour les personnels des adaptations dans leur organisation du travail liées, d'une part, aux besoins d'une plus grande technicité dans toutes les filières professionnelles et, d'autre part, aux usagers qui ont eu recours plus souvent aux établissements de santé.

Face à ces évolutions, qui ont un impact sur les conditions de travail, les protocoles du 13 mars 2000 (pour 335 millions d'euros), du 14 mars 2000 (pour 1 524 millions d'euros sur trois ans) et du 14 mars 2001 (pour 336 millions d'euros) ont fourni les outils complémentaires indispensables pour reconnaître la place des personnels dans les établissements.

Les deux premiers protocoles ont porté sur la reconnaissance de la place des personnels hospitaliers dans le dispositif de modernisation. Ils ont permis de reconnaître et valoriser les postes médicaux difficiles, de dégager des moyens pour remplacer les personnels absents, de promouvoir la formation professionnelle, d'améliorer les conditions de travail et de renforcer la sécurité des personnels face au développement de la violence. Ils ont par ailleurs identifié les secteurs hospitaliers qui devaient faire l'objet de réflexions particulières (urgences, psychiatrie). Le dernier protocole du 14 mars 2001 a porté sur la reconnaissance des professions et métiers de l'hôpital et l'amélioration des cursus professionnels. Par ailleurs, le protocole du 3 avril 2001 relatif à la situation des étudiants infirmiers apporte des améliorations sensibles à leur régime, notamment au niveau des bourses (nombre et montant), dans le contexte de l'augmentation de 43% en un an de l'effectif des promotions.

L'année 2002 verra également mise en œuvre la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière et pour les médecins hospitaliers.

Dès le 21 décembre 2000, le Gouvernement a réuni les représentants de la communauté hospitalière publique pour lancer le chantier de la réduction du temps de travail. Les négociations étaient ouvertes avec les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière le 17 janvier 2001 et avec les représentants des praticiens hospitaliers le 15 février 2001. Un protocole d'accord a été signé en septembre 2001 pour les personnels de la fonction publique hospitalière et en octobre 2001 pour les praticiens hospitaliers.

La réduction du temps de travail doit répondre aux attentes des personnels en matière de conditions de vie au travail et de vie personnelle. Les conséquences sont directes sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers. C'est pourquoi, afin de réussir cette réforme, la première étape définie par le Gouvernement a été, dès le second trimestre 2001, la réalisation d'un diagnostic de l'organisation existante dans chaque établissement.

Compte tenu de la spécificité des missions des établissements dont les personnels relèvent de la fonction publique hospitalière, le Gouvernement a décidé d'accompagner la réduction du temps de travail par la création de 45 000 emplois. Ces emplois devront être pourvus dans les trois années qui viennent (2002-2004). Pour soutenir ces recrutements, un effort important sera fait en faveur de la formation initiale des professions de santé (professions paramédicales, sages-femmes) et de celle des aides-soignants.

Dans la démarche promue par le Gouvernement et discutée avec la communauté hospitalière, une attention particulière sera portée à la qualité des négociations menées dans chaque établissement et sur les accords locaux qui en résulteront. En effet, si des emplois supplémentaires sont indispensables pour mettre en place la réduction du temps de travail, la réussite de cette réforme est liée aux capacités des établissements à rénover leurs organisations du travail. C'est au travers des accords passés que ce volet majeur pourra, dans un premier temps, être évalué. Par ailleurs, dès le début de la mise en œuvre, des comités de suivi et d'évaluation aux niveaux local, régional et national seront installés.

3° La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles

Le Gouvernement souhaite progresser sur la voie d'une meilleure réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. En juin 2001, le professeur Roland Masse lui a remis un rapport sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, concluant à la nécessité de faire évoluer ce dispositif dans le sens d'une meilleure prise en compte de l'ensemble des préjudices des victimes. Le Gouvernement travaillera en concertation avec les partenaires sociaux, les associations de victimes et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour approfondir les pistes qu'ouvre ce rapport.

Sans attendre les résultats de ces travaux et dans le respect des règles actuelles de fonctionnement de la branche accidents du travail, il sera procédé à des aménagements de la législation actuelle afin d'améliorer la réparation allouée aux victimes, en instituant un mécanisme d'indexation des indemnités en capital et en assouplissant par décret les conditions d'accès au système dérogatoire de reconnaissance des maladies professionnelles.

Le Gouvernement poursuivra ses efforts en matière de réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, accueillera ses premières demandes d'indemnisation avant la fin de l'année 2001. Il sera doté d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 2,9 milliards de francs en 2001 et de 76 millions d'euros en 2002, et d'un versement du budget de l'Etat de 250 millions de francs en 2001.

Par ailleurs, la levée de la prescription pour les dossiers de victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante, portée à une durée de trois ans par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, sera pérennisée.

Enfin, la sous-reconnaissance des maladies professionnelles a conduit à l'institution d'un versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie du régime général, destiné à couvrir les charges que l'assurance maladie doit supporter à ce titre. De nombreux travaux, et dernièrement le rapport du professeur Roland Masse, ont souligné, à côté de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles, l'existence d'une sous-déclaration des accidents du travail. C'est pourquoi le mécanisme de compensation entre la branche accidents du travail et la branche maladie sera étendu au coût des accidents du travail qui ne sont pas déclarés. Pour 2002, le montant de cette nouvelle compensation est fixé à titre provisionnel à 152 millions d'euros.

4° La politique en faveur des personnes handicapées

Le Gouvernement met en œuvre une politique interministérielle qui considère la personne handicapée dans la totalité de ses besoins et de ses attentes. Elle a pour objectif de garantir une solidarité en faveur de ceux que le handicap a le plus durement touché et de favoriser l'autonomie de tous ceux qui peuvent s'intégrer dans le milieu de vie ordinaire.

Poursuivant les orientations exposées par le Premier ministre devant le Conseil national consultatif des personnes handicapées, le Gouvernement s'est engagé sur un programme comprenant trois volets principaux :

- la création, pour la deuxième année consécutive, de places pour les enfants les plus lourdement handicapés (handicap mental profond, polyhandicap), pour les autistes, pour les traumatisés crâniens ou cérébro-lésés. Parallèlement, un effort de création de places nouvelles est poursuivi pour les maisons d'accueil spécialisé, pour les foyers à double tarification et pour les centres d'aide par le travail ;

- le développement des moyens permettant l'intégration des jeunes handicapés : centres d'action médico-sociale précoce et services d'éducation spéciale et de soins à domicile. La réforme de l'allocation d'éducation spéciale sera progressivement mise en œuvre à compter du premier trimestre 2002 ;

- la généralisation des « sites pour la vie autonome » sur tout le territoire en 2002 et 2003, afin que les personnes handicapées trouvent dans un lieu unique les moyens de répondre à leurs demandes d'aide technique, d'aide humaine et d'un aménagement de leur logement ou de leur lieu de vie ordinaire.

5° La politique en faveur des familles

A l'occasion de la Conférence de la famille, qui s'est tenue le 11 juin 2001 sous la présidence du Premier ministre, le Gouvernement a poursuivi la rénovation de la politique familiale qu'il a entreprise depuis 1998. En réunissant ainsi chaque année les partenaires sociaux, les élus et les associations familiales, le Premier ministre a su instaurer un réel dialogue avec eux. Le Gouvernement bâtit sur ces échanges fructueux une politique familiale qui fait vivre les valeurs de solidarité et de fraternité, ciment de notre société.

L'importance donnée à l'exercice de la fonction parentale et la nécessité d'arriver à une véritable parité parentale ont conduit à la création d'un congé de paternité. La place des pères dans les premiers temps de la vie de l'enfant n'était pas suffisamment reconnue. La création de ce congé de onze jours, qui s'ajoute aux trois jours déjà prévus par le code du travail, permettra aux pères de prendre au total deux semaines de congé auprès de leur enfant et de sa mère. Dans un souci de simplicité et de cohérence, le mode de calcul des indemnités journalières sera aligné sur celui du congé de maternité.

Pour permettre à un nombre croissant de femmes de concilier vie professionnelle et vie familiale, le Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance, destiné à financer des dépenses d'équipement en matière d'accueil de la petite enfance, qui avait déjà été doté de 229 millions d'euros en 2001, sera abondé de la même somme en 2002; ainsi, entre 25000 et 30000 enfants supplémentaires pourront être gardés. Un effort particulier sera consenti cette année en faveur de l'accueil des enfants âgés de deux à trois ans et de l'équipement des assistantes maternelles.

Afin notamment d'accompagner en fonctionnement la création de nouvelles places de crèches, la convention d'objectifs et de gestion, signée entre l'Etat et la Caisse nationale des allocations familiales à la suite de la Conférence de la famille, garantit une forte progression du Fonds national d'action sociale de plus de 910 millions d'euros entre 2001 et 2004. L'engagement pluriannuel de l'Etat et de la Caisse nationale des allocations familiales à travers cette convention d'objectifs et de gestion constitue une avancée très importante pour la branche famille. Au-delà de l'accueil de la petite enfance, les caisses d'allocations familiales pourront également développer leurs actions d'aide aux loisirs des enfants et des jeunes à travers les contrats temps libre, qui seront ouverts à titre expérimental aux enfants âgés de seize à dix-huit ans.

Le Gouvernement entend favoriser l'autonomie des jeunes adultes, dont les besoins sont aujourd'hui encore mal pris en compte. Une Commission nationale pour l'autonomie des jeunes présentera ses conclusions et propositions au Premier ministre avant le 31 décembre 2001. Afin de répondre à la préoccupation financière majeure pour les jeunes qu'est le logement, le Gouvernement révisera le calcul de l'évaluation forfaitaire des ressources pour le calcul des aides au logement pour les jeunes de moins de vingt-cinq ans, afin d'en effacer les effets pénalisants.

Après avoir mis en œuvre en 2001 la première phase de la réforme des aides au logement, le Gouvernement mettra en œuvre sa deuxième phase en 2002. Ainsi, le barème définitif pour l'allocation de logement familiale, l'allocation de logement sociale et l'aide personnalisée au logement sera-t-il instauré le 1er janvier 2002. Il permettra de traiter de manière égale tous les foyers qui perçoivent les mêmes revenus, quelle que soit leur nature. La réforme touchera 4,3 millions de foyers; plus d'un million de foyers percevront 30 € par mois de plus, et aucun ménage ne verra son aide diminuer.

Pour répondre à la demande des parents d'enfants handicapés, le Gouvernement mettra en œuvre une réforme de l'allocation d'éducation spéciale. Cette réforme améliorera les aides versées aux familles, en tenant mieux compte de la diversité des situations.

Enfin, le Gouvernement poursuivra dans le même temps l'important chantier de la refonte du droit de la famille. Les aménagements qui y seront apportés (sur le nom patronymique, l'affirmation de l'autorité familiale, la simplification du divorce...) participent tous de la vision moderne de la famille, adaptée aux réalités de la vie, qui est celle qu'il entend porter à travers sa politique familiale.

6° La politique en faveur des personnes âgées

6-1. – Associer les retraités aux fruits de la croissance et garantir l'avenir des régimes de retraite

Déficitaire jusqu'en 1998, la branche vieillesse a renoué avec les excédents en 1999 et dégagera une capacité de financement d'environ un milliard d'euros en 2002. Ces excédents retrouvés permettent d'associer les retraités aux fruits de la croissance, tout en préparant l'avenir des régimes de retraite.

Pour 2002, les pensions seront revalorisées de 2,2 %, alors que l'inflation prévisionnelle n'est que de 1,5 %. Ce « coup de pouce » portera à 1,4% le gain de pouvoir d'achat des retraités par rapport à l'inflation depuis 1997. Grâce à la suppression en 2001 de la contribution au remboursement de la dette sociale pour les retraités non imposables à l'impôt sur le revenu, le gain de pouvoir d'achat pour ces derniers s'élèvera sur la même période à 1,9%. Les retraités imposables bénéficieront quant à eux de la baisse des taux d'imposition sur les revenus.

Conformément à l'engagement pris par le Premier ministre le 20 mars 2000, le Gouvernement abonde le Fonds de réserve pour les retraites en poursuivant la concertation sur les réformes nécessaires des régimes de retraite.

Le Fonds de réserve pour les retraites, créé en 1998 et institué sous forme d'établissement public autonome par la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel, voit son plan de financement initial conforté avec un montant de ressources cumulées de plus de 12,5 milliards d'euros à la fin de 2002. Le caractère pérenne des sources de financement du Fonds de réserve pour les retraites sera encore accentué en 2002, puisque la part du produit du prélèvement social de 2 % sur le capital affectée au fonds sera portée de 50 % à 65 %.

Le fonds de réserve disposera ainsi de plus de 152 milliards d'euros, conformément à son objectif annoncé pour 2020, qui lui permettront de couvrir une partie des déficits prévisionnels des régimes de retraite entre 2020 et 2040. Dès le début de 2002, le conseil de surveillance du fonds, associant notamment des parlementaires et des représentants des partenaires sociaux, sera, grâce à des pouvoirs étendus, le garant de la bonne gestion du fonds.

Enfin, le Gouvernement a créé le Conseil d'orientation des retraites. Associant parlementaires, partenaires sociaux, personnalités qualifiées et représentants de l'administration, le Conseil d'orientation des retraites assure un suivi permanent de l'ensemble des questions relatives à la retraite. Son premier rapport, qui doit être rendu public avant la fin de l'année 2001, portera un diagnostic partagé sur les prévisions des régimes de retraite et présentera les différentes mesures envisageables pour assurer la garantie du système de retraite.

6-2. – Diversifier la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées

La France doit donner toute sa place à l'âge dans notre société. Il faut pouvoir y vieillir dans la dignité.

Etre respecté dans sa dignité, son intégrité, ses besoins de dialogue, d'échange, de relations sociales, être entendu sur les demandes de santé, d'hygiène de vie, bénéficier d'un niveau de revenu et de conditions de vie satisfaisants, tels sont les souhaits des personnes âgées aujourd'hui. C'est l'espérance de tous ceux qui avancent en âge et, demain, de chacun.

Par rapport aux générations précédentes, la population vit plus longtemps. Obligation est faite aux pouvoirs publics de donner un nouveau sens à ces années ajoutées à l'espérance de vie. Mais cet allongement de la vie qui ouvre tant de nouvelles possibilités s'accompagne souvent d'une perte d'autonomie, risque normal dans des vies qui s'allongent.

La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie donne aux personnes âgées un nouveau droit, le droit à l'autonomie.

Avec la création de cette nouvelle allocation dont vont pouvoir bénéficier près de 800000 personnes, l'effort des pouvoirs publics s'ordonne selon deux axes, en fonction des choix du lieu de vie des personnes âgées :

- le développement du maintien à domicile en faisant jouer tout leur rôle aux centres locaux d'information et de coordination: l'effort sera poursuivi, d'une part, en matière de création de services de soins à domicile, d'autre part, dans le cadre d'un plan permettant de créer sur cinq ans 20000 places nouvelles, soit un doublement du rythme de progression;

- la réalisation d'un plan ambitieux pour les structures accueillant des personnes âgées dépendantes, dont l'objectif est de permettre à chaque établissement de s'engager dans une démarche de qualité : 915 millions d'euros sur cinq ans de crédits supplémentaires leur seront accordés, afin de répondre aux besoins d'une plus grande médicalisation de tous ces établissements.

7° La modernisation de la comptabilité de la sécurité sociale

Pour la première fois en 2002, les agrégats de la présente loi de financement de la sécurité sociale sont présentés et votés en droits constatés. Le nouveau plan comptable unique des organismes de sécurité sociale sera mis en œuvre le 1er janvier. Le Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale et la mission comptable permanente, créés par le décret n° 2001-859 du 19 septembre 2001 pris en application de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, permettront de faire évoluer ce plan comptable et d'améliorer la lisibilité des comptes des organismes de sécurité sociale.

Il s'agit de l'aboutissement d'un engagement pris par le Gouvernement devant le Parlement à l'automne 1999. Sa réalisation entraînera une modernisation considérable de la comptabilité des régimes de sécurité sociale, au service d'une meilleure information du Parlement et des Français quant à la situation financière de la sécurité sociale, gage d'un enrichissement du débat démocratique sur les grandes orientations de la politique de sécurité sociale.

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du 22 novembre 2001.

Le Président,

Signé : RAYMOND FORNI.

N°3430-Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, rejeté par le Sénat en nouvelle lecture.(commission des affaires culturelles)