

TEXTE ADOPTE n° 202

“ *Petite loi* ”

ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIEME LEGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 1998-1999

1^{er} décembre 1998

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 1999

ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE
EN NOUVELLE LECTURE.

L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **1106, 1147, 1148** et T.A. **192.**

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

Nouvelle lecture : **1208** et **1215.**

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

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

SECURITE SOCIALE.

TITRE Ier

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

Article 1er

Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale, et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 1999.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Article 2

I à III. – *Non modifiés*.....

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

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

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

“ Le fonds a également pour mission de gérer un fonds de réserve pour les régimes d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 621-3. ”,

a bis) Au deuxième alinéa, les mots : “qui est assisté d'un comité de surveillance composé notamment de membres du Parlement” sont remplacés par les mots : “qui est assisté dans les missions mentionnées aux premier et deuxième alinéas d'un comité de surveillance composé notamment de membres du Parlement, de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ainsi que de représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives”,

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

“ Les opérations du Fonds de solidarité vieillesse correspondant à chacune des missions respectivement mentionnées au premier et au deuxième alinéa du présent article sont retracées en deux sections distinctes. ” ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 135-2, les mots : " Les dépenses prises en charge par le fonds visé à l'article L. 135-1 sont les suivantes " sont remplacés par les mots : " Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes " ;

3° L'article L. 135-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : " Les recettes du fonds sont constituées par " sont remplacés par les mots : " Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 sont constituées par ",

b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

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

4° Les articles L. 135-4, L. 135-5 et L. 135-6 deviennent respectivement les articles L. 135-1-1, L. 135-4 et L. 135-5 ;

5° Après l'article L. 135-1-1, il est créé une section 1 intitulée : " Opérations de solidarité " et comprenant les articles L. 135-2 à L. 135-5 ;

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

" Section 2

" Fonds de réserve

" *Art. L. 135-6.* – Les recettes du fonds affectées aux missions définies au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 sont constituées par :

" 1° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;

" 2° Tout ou partie du résultat excédentaire de la première section, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;

" 3° Toute ressource affectée au fonds de réserve en vertu de dispositions législatives. "

V.– *Supprimé*

.....

Article 3 bis

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

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

“*a)* Des personnes ayant atteint un âge déterminé et dans la limite, par foyer, et pour l'ensemble des rémunérations versées, d'un plafond de rémunération fixés par décret;

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

“*c)* Des personnes titulaires :

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

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

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

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

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

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

“*e)* Des personnes remplissant, dans des conditions définies par décret, la condition de degré de dépendance prévue à l'article 2 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

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

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

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

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

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

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

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

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

“IV.–Par dérogation aux dispositions de l’article L. 131-7 du présent code, l’exonération prévue au III n’est pas compensée par le budget de l’Etat.

“V. –Les dispositions du présent article sont applicables aux périodes d’emploi postérieures au 31 décembre 1998; toutefois, la limite prévue au *a* du I est applicable aux périodes d’emploi postérieures au 31 mars 1999.”

II.–Au titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre VII ainsi rédigé :

“*CHAPITRE VII*

“*Action sanitaire et sociale des régimes*

“*Art.L. 177-1.* – Les caisses de sécurité sociale procèdent, au moins une fois par an, au contrôle, dans des conditions déterminées par décret, des associations et organismes chargés de l’exécution des prestations à caractère familial ou domestique dont elles assurent, en tout ou partie, le financement, afin de s’assurer de la régularité des opérations financières et comptables et d’apprécier la qualité des prestations servies.”

III (*nouveau*). – Les pertes de recettes résultant du dernier alinéa du III de l’article L. 241-10 du code de la sécurité sociale sont compensées à due concurrence par une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Articles 3 ter et 3 quater

..... Supprimés.....

Article 4

I. – Le premier alinéa de l’article 6 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d’ordre social est complété par les mots : “ , afférentes à une fraction de la rémunération égale au salaire minimum de croissance, par heure rémunérée dans la limite de la durée légale ou conventionnelle du travail ”.

II. – *Non modifié*

II bis. –*Supprimé*

III. – *Non modifié*

.....

Article 5 bis

..... Conforme.....

Article 6

I. – *Non modifié*

II.–Il est rétabli, dans cette section 5, un article L. 243-14 ainsi rédigé :

“ *Art. L. 243-14.* – I. – Les entreprises ou les établissements d’une même entreprise, redevables de cotisations, contributions et taxes d’un montant supérieur à 6 millions de francs au titre d’une année civile, sont tenus de régler par virement ou, en accord avec leur organisme de recouvrement, par tout autre moyen de paiement dématérialisé, les sommes dont ils sont redevables l’année suivante sur le compte spécial d’encaissement de l’organisme de recouvrement dont ils relèvent.

“ II. – Les entreprises autorisées à verser pour l’ensemble ou une partie de leurs établissements les cotisations dues à un organisme de recouvrement autre que celui ou ceux dans la circonscription desquels ces établissements se trouvent situés sont soumises à la même obligation.

“ III. – Le non-respect de l’obligation prévue au I entraîne l’application d’une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement.

“ IV. – Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont applicables à la majoration prévue au III.

“ Les modalités d’application du présent article sont, en tant que de besoin, fixées par décret en Conseil d’Etat. ”

II *bis* et III. – *Non modifiés*

Article 7

I. – Le III de l’article 12 de l’ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l’équilibre financier de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : “ dont sont retranchées les charges comptabilisées au cours de la même période au titre des dépenses de recherche afférentes aux spécialités pharmaceutiques éligibles au crédit d’impôt mentionné à l’article 244 *quater* B du code général des impôts ” sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

“ Le taux de cette contribution est fixé à 1,47%. ”

II. – Les sommes dues par les entreprises au titre des contributions prévues à l'article 12 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 précitée modifiée par le I du présent article s'imputent sur les sommes acquittées par les entreprises au titre desdites contributions en application dudit article 12, dans sa rédaction applicable antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon le cas, recouvre ou reverse le solde. Dans le cas où les sommes dues en application du présent article sont inférieures aux sommes acquittées au titre des contributions instituées par l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 précitée, dans sa rédaction applicable antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi, la différence donne lieu au paiement d'intérêts moratoires dont le taux est celui de l'intérêt légal. Les intérêts courent du jour du paiement et ne sont pas capitalisés.

Dans le cas où les sommes dues en application du présent article sont supérieures aux sommes déjà acquittées, un décret fixe les modalités de versement de ces sommes par les entreprises redevables.

.....

Article 9

..... Conforme.....

.....

Article 11 bis

..... Supprimé

Articles 11 ter

..... Conforme.....

Article 11 quater

I. – Il est effectué, au profit du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des collectivités locales, un prélèvement sur le fonds pour l'emploi hospitalier égal au montant des sommes nécessaires à l'équilibre de ce fonds multiplié par le rapport entre, d'une part, les charges occasionnées par le financement du congé de fin d'activité pour la fonction publique

hospitalière et, d'autre part, les charges occasionnées par le financement du congé de fin d'activité pour les deux fonctions publiques territoriale et hospitalière. Ce prélèvement, qui est opéré par arrêté, peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.

II. – Il est effectué, également au profit du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des collectivités locales, un prélèvement sur le fonds de compensation des cessations progressives d'activité égal au montant des sommes nécessaires à l'équilibre de ce fonds multiplié par le rapport entre, d'une part, les charges occasionnées par le financement du congé de fin d'activité pour la fonction publique territoriale et, d'autre part, les charges occasionnées par le financement du congé de fin d'activité pour les deux fonctions publiques territoriale et hospitalière. Ce prélèvement, qui est opéré par arrêté, peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.

III. – Dans le dernier alinéa de l'article 45 de la loi n° 96-1093 du 16 décembre 1996 relative à l'emploi dans la fonction publique et à diverses mesures d'ordre statutaire, les mots : "qui interviendra au plus tard le 31 décembre de l'an 2000," sont supprimés.

Article 12 A

..... Supprimé

Article 12

Pour 1999, les prévisions de recettes, par catégories, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

	(En milliards de francs)
Cotisations effectives	1062,9
Cotisations fictives	194,8
Contributions publiques	63,8
Impôts et taxes affectés	438,7
Transferts reçus	5,2
Revenus des capitaux	1,4
Autres ressources	32,6
<hr/>	
Total des recettes	1799,5

TITRE III

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

Section 1

Branche famille

.....
Article 13 bis

..... Supprimé

Section 2

Branche maladie

.....
Article 16

I. – Dans le code de la sécurité sociale, sont insérés les articles L. 161-28-1 à L. 161-28-4 ainsi rédigés :

“*Art. L. 161-28-1. – Non modifié*

“*Art. L. 161-28-2. – Afin de garantir la qualité du recueil et du traitement des données relatives aux dépenses d’assurance maladie, il est créé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale un Conseil pour la transparence des statistiques de l’assurance maladie.*

“Ce conseil est composé du président de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l’Assemblée nationale ou son représentant, du président de la Commission des affaires sociales du Sénat ou son représentant, du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, de représentants des caisses nationales d’assurance maladie, des professions de santé et de personnalités qualifiées dans les domaines de l’information de santé ou des statistiques.

“Les modalités d’application du présent article sont déterminées par décret.

“*Art. L. 161-28-3.* – Le Conseil pour la transparence des statistiques de l’assurance maladie est chargé :

“1° De veiller à la qualité du recueil et du traitement des informations statistiques produites par l’assurance maladie relatives aux soins de ville;

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

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

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

II et III. – *Supprimés*

Article 17

I A. – Après le cinquième alinéa (2°) de l’article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

“2° *bis* Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l’assuré social de payer directement les honoraires aux médecins;”.

I B. – Après le sixième alinéa (3°) de l’article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 3° *bis* ainsi rédigé :

“3° *bis* Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d’évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives;”.

I.–Après le 11° de l’article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 12° et un 13° ainsi rédigés :

“12° Le cas échéant,

“*a*) Les conditions particulières d’exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l’acte, y afférents;

“*b*) Les conditions particulières d’exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins, et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux;

“*c*) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d’évaluation associées aux formes d’exercice et modes de rémunération mentionnés aux *a* et *b* ci-dessus;

“13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l’acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d’éducation pour la santé, de formation, d’évaluation, d’études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d’assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d’exercice qui en résultent pour les intéressés.”

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

“Pour la mise en œuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l’article L. 162-31-1.”

III. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 10 juillet 1998.

Article 18

I. – Avant le dernier alinéa de l’article 8 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l’assurance maladie, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

“Les sections constituant les unions des médecins exerçant à titre libéral contribuent, en liaison avec l’Agence nationale d’accréditation et d’évaluation en santé, à l’information des médecins libéraux sur les pratiques professionnelles individuelles et collectives. Elles organisent des actions d’évaluation des pratiques de ces médecins et contribuent à la diffusion des méthodes et référentiels d’évaluation.

“Pour l’exercice de cette mission, les sections constituant les unions ont recours à des médecins habilités à cet effet par l’Agence nationale d’accréditation et d’évaluation en santé et notamment à des experts mentionnés à l’article L. 791-4 du code de la santé publique. Les médecins habilités qui exercent parallèlement une activité médicale procèdent, à la demande des médecins libéraux intéressés, à des évaluations individuelles ou collectives des pratiques.

“Les sections constituant les unions établissent chaque trimestre, avec le concours de l’union régionale des caisses d’assurance maladie, une analyse de

l'évolution des dépenses médicales et communiquent les conclusions à l'ensemble des médecins libéraux de leur ressort ainsi qu'à l'Etat, qui en assure la synthèse et la diffusion à toutes fins utiles.

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

II. – *Non modifié*.....

Article 19

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

1° Au I, les mots : “avant le 31 décembre 1999” sont remplacés par les mots : “avant le 31 décembre 2004”;

2° Il est inséré, après le premier alinéa du I, un alinéa ainsi rédigé :

“A compter du 1er juillet 1999, l'allocation peut n'être attribuée que pour certaines zones géographiques d'exercice, qualifications de généraliste ou de spécialiste, ou spécialités compte tenu des besoins, appréciés par zone, qualification ou spécialité; elle peut être modulée selon les mêmes critères.”;

3° Le dernier alinéa du III est ainsi rédigé :

“A défaut de convention conclue dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° du), les dispositions nécessaires à l'application du présent article, à compter du 1er juillet 1999, sont fixées par décret.”

I bis et II. – *Non modifiés*

Article 20

I. – Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1er janvier 1999, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Les professionnels de santé exerçant en ville sont associés à la gestion du fonds.

II. – Le fonds finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels, et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.

III et IV. – *Non modifiés*

Article 21

I. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 11° ainsi rédigé :

“11° Les dispositions permettant aux parties à la convention d'assurer un suivi périodique des dépenses médicales et de prendre toutes mesures, notamment d'ajustement des tarifs mentionnés à l'article L. 162-5-2, de nature à permettre le respect des objectifs prévus au même article;”.

II. – L'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“*Art. L. 162-5-2. – I. –* Chaque année, compte tenu de l'objectif des dépenses de soins de ville, une annexe à la ou aux conventions prévues à l'article L. 162-5 fixe, pour les médecins généralistes conventionnés d'une part, pour les médecins spécialistes conventionnés d'autre part, l'objectif des dépenses d'honoraires, de rémunérations, de frais accessoires et de prescription. Cet objectif, dénommé “objectif des dépenses médicales”, s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile concernée. Il porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail et permet d'établir le montant prévisionnel des dépenses médicales.

“L'annexe annuelle fixe également la décomposition de ce montant en :

“1° Un montant prévisionnel des dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins;

“2° Un montant prévisionnel des dépenses de prescription des médecins, établi notamment au vu des orientations relatives au médicament.

“L'annexe annuelle détermine en outre, dans des limites définies par décret, l'écart entre le montant prévisionnel des dépenses médicales et le montant constaté à partir duquel il est fait application des dispositions des IV et V du présent article ou des II, III et IV de l'article L. 162-5-3.

“II. – L'annexe annuelle fixe les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la ou les conventions.

“L'objectif des dépenses médicales peut comprendre une provision pour revalorisation d'honoraires. Une revalorisation d'honoraires ne peut être accordée si elle n'a été préalablement provisionnée.

“III. – L'annexe annuelle établit le montant constaté des dépenses médicales des médecins conventionnés nécessaire à la mise en œuvre des dispositions des IV et V du présent article et de l'article L. 162-5-3. Ce montant est arrêté par les parties à la convention, dans les conditions prévues par l'avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion mentionné à

l'article L. 227-1, et après avis du secrétaire général permanent de la Commission des comptes de la sécurité sociale prévue à l'article L. 114-1.

“IV. – Lorsque le montant constaté des dépenses médicales de l'année est inférieur à l'objectif mentionné au I, la différence est versée à un fonds de régulation, selon des modalités de calcul et dans les limites déterminés par décret en Conseil d'Etat, en fonction des dépenses constatées d'une part sur les honoraires, rémunérations et frais accessoires et d'autre part sur les prescriptions, et dans la limite du montant de la provision prévue au II.

“V. – Au vu du constat mentionné au III, l'annexe annuelle détermine :

“a) La part des sommes versées au fonds de régulation affectées au financement des actions non reconductibles de modernisation du système de soins, et notamment des actions mentionnées au 12° de l'article L. 162-5;

“b) Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins dont les tarifs seront revalorisés, ainsi que le niveau et la date d'effet de ces revalorisations, à concurrence du montant global résultant de l'application du IV.

“VI. – La charge des sommes versées au fonds de régulation est répartie entre les régimes d'assurance maladie qui financent le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés prévu à l'article L. 722-4 selon les modalités fixées au titre du même exercice pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 722-4.”

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

“*Art.L. 162-5-3. – I. – Les parties à la convention effectuent le suivi des dépenses médicales prévu au 11° de l'article L. 162-5 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 des résultats des huit premiers mois de l'année. Lorsqu'elles constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application de l'article L. 162-5-2, elles déterminent les mesures de toute nature propres à garantir son respect, sans que soit remis en cause le niveau de la prise en charge de la dépense des soins par l'assurance maladie. Les mesures prises peuvent comporter notamment des actions d'information des médecins, de promotion des références médicales opposables et des recommandations de bonne pratique, d'évaluation des pratiques ou, le cas échéant, des ajustements des tarifs pour une période déterminée qui, sous réserve des dispositions du III de l'article L. 162-5-8, ne saurait aller au-delà du 31 décembre de l'année en cours. Les parties à la convention peuvent en outre proposer à l'Etat des mesures d'adaptation de la nomenclature. L'ensemble des mesures prévues par cet alinéa peut être adapté par spécialités médicales, notamment en fonction des évolutions constatées des dépenses.*”

“Les nouveaux tarifs établis en application de l’alinéa précédent sont mis en œuvre par voie d’avenant à l’annexe annuelle prévue à l’article L. 162-5-2, transmis au plus tard respectivement les 30 juin et 30 octobre pour approbation. En l’absence de notification d’une opposition d’un des ministres compétents à l’avenant dans le délai de quinze jours après sa transmission par la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés, l’avenant est réputé approuvé.

“A défaut de constat établi ou de mesures proposées par les parties conventionnelles, la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés ou une autre caisse nationale signataire de la convention mentionnée à l’article L. 162-5 peut proposer, lorsque le montant des dépenses réalisées n’est manifestement pas de nature à permettre le respect de l’objectif des dépenses médicales, au plus tard respectivement les 15 juillet et 15 novembre, à l’Etat de modifier, par arrêté interministériel pris au plus tard respectivement les 31 juillet et 30 novembre, les tarifs mentionnés au premier alinéa et leur durée d’application.

“Lorsqu’il apparaît que les mesures proposées au titre des trois alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l’objectif des dépenses médicales, un arrêté interministériel fixe, au plus tard respectivement les 31 juillet et 30 novembre, après avis de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés, les tarifs mentionnés au premier alinéa et leur durée d’application.

“II. – En cas de non-respect de l’objectif des dépenses médicales par les médecins généralistes ou par les médecins spécialistes, les médecins conventionnés généralistes ou spécialistes sont redevables d’une contribution conventionnelle.

“Un décret en Conseil d’Etat détermine les conditions dans lesquelles le montant exigible de l’ensemble des médecins conventionnés généralistes ou spécialistes, qui ne peut excéder le montant global du dépassement constaté, est calculé en fonction des honoraires perçus et des prescriptions réalisées.

“Les sommes affectées au fonds de régulation, à l’exception de la part mentionnée au *a* du V de l’article L. 162-5-2, sont, sans préjudice de l’application des III et IV du présent article, imputées sur la somme ainsi calculée.

“L’annexe annuelle prévue à l’article L. 162-5-2 fixe le montant global mis à la charge de l’ensemble des médecins conventionnés généralistes ou spécialistes.

“III. – La somme exigible est mise à la charge des médecins conventionnés dans les conditions ci-après.

“La contribution conventionnelle est due par l’ensemble des médecins généralistes ou spécialistes adhérents à la convention ou au règlement conventionnel minimal prévu à l’article L. 162-5-9.

“La charge de cette contribution est répartie entre les médecins conventionnés en fonction des revenus au sens de l’article L. 131-6 qu’ils ont tirés de leurs activités professionnelles définies à l’article L. 722-1 au cours de l’année pour laquelle le dépassement est constaté.

“Les médecins qui, au 31 décembre de l’année pour laquelle le dépassement est constaté, justifient, depuis la date de leur première installation à titre libéral, d’un nombre d’années d’exercice libéral au plus égal à sept ans sont exonérés de cette contribution. Toutefois, la ou les conventions prévues à l’article L. 162-5 peuvent déterminer un plafond des revenus au sens de l’alinéa précédent au-delà duquel ils ne peuvent bénéficier de cette exonération.

“Le taux de la contribution conventionnelle est fixé par arrêté, au plus tard le 31 juillet de l’année civile suivant celle pour laquelle le dépassement est constaté, de telle façon que le produit global de la contribution représente une somme égale à celle définie au dernier alinéa du II du présent article.

“La ou les conventions prévues à l’article L. 162-5 peuvent déterminer les conditions dans lesquelles le taux de cette contribution est modulé en fonction du niveau des revenus et du choix du médecin d’appliquer des honoraires différents de ceux fixés par la convention, sous la réserve que le montant global de cette contribution soit in changé.

“Le montant de la contribution due par chaque médecin fait l’objet d’un abattement forfaitaire déterminé par décret en Conseil d’Etat.

“La contribution conventionnelle est déductible du bénéfice imposable.

“IV. – La contribution conventionnelle est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d’allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants.

“Les modalités de versement de la contribution sont fixées par décret. Elles peuvent prévoir le versement d’un acompte calculé, à titre provisionnel, sur la base des revenus afférents à l’avant-dernière année, ou, le cas échéant, sur la base de revenus forfaitaires définis par décret.

“Le produit de la contribution conventionnelle est réparti entre les différents régimes d’assurance maladie qui financent le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés prévu à l’article L. 722-4 selon les modalités fixées au titre du même exercice pour l’application du quatrième alinéa de l’article L. 722-4.”

IV. – L'article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“Art. L. 162-5-4. – En cas de non-paiement, total ou partiel, par le médecin du montant de la contribution conventionnelle prévue à l'article L. 162-5-3 dans le délai de deux mois après sa date limite de paiement, les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général en informent, dans les deux mois qui suivent, la caisse primaire d'assurance maladie. Celle-ci peut, après que ce médecin a été mis en mesure de présenter ses observations, le placer hors de la convention ou du règlement conventionnel minimal, pour une durée de un à six mois. La caisse peut tenir compte, pour établir la durée du déconventionnement, du montant de la contribution conventionnelle. Les litiges relatifs à cette décision sont de la compétence des tribunaux administratifs.”

Article 22

I. – Les objectifs des dépenses médicales et les provisions applicables aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes pour l'année 1998 sont ceux fixés par l'annexe IV à l'arrêté du 10 juillet 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale.

II. – En cas de respect de l'objectif des dépenses médicales mentionné au I, et si l'écart entre cet objectif et le montant constaté des dépenses est supérieur à un taux fixé par décret, la différence constatée est versée, à due concurrence de la provision, au fonds de régulation mentionné au IV de l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale.

III. – En cas de non-respect de l'objectif des dépenses médicales mentionné au I, et si l'écart entre cet objectif et le montant constaté des dépenses est supérieur à un taux fixé par décret, le montant exigible de l'ensemble des médecins conventionnés, mentionné au II de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est calculé, respectivement pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, en fonction des honoraires perçus et des prescriptions réalisées, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

La somme mise à la charge de chaque médecin conventionné est calculée et recouvrée selon les modalités fixées aux III et IV de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte de la présente loi.

IV. – Les dispositions des articles L. 162-5-2, L. 162-5-3 et L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, cessent de produire effet au 10 juillet 1998.

V. – La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale est supprimée.

Cette disposition prend effet au 10 juillet 1998.

Article 22 bis

I. – Un rapport sur l'état de la santé bucco-dentaire de la population est joint à l'annexe *a* au projet de loi de financement de la sécurité sociale. Sur la base des informations recueillies en application de l'article L. 162-1-9 du code de la sécurité sociale, ce rapport fait état des dépenses supportées par les patients, de leur niveau de remboursement et du coût de réalisation des soins conservateurs, chirurgicaux et prothétiques.

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

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

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

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

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

B. – *Supprimé*.....

Article 23

I. – Il est inséré, après l'article L. 512-2 du code de la santé publique, un article L. 512-3 ainsi rédigé :

“*Art. L. 512-3.* – Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

“Toutefois, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n’ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription, et sous réserve, en ce qui concerne les spécialités figurant sur la liste prévue à l’article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, que cette substitution s’effectue dans les conditions prévues par l’article L. 162-16 de ce code.

“Lorsque le pharmacien délivre par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique, il doit inscrire le nom de la spécialité qu’il a délivrée.

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

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

“Sans préjudice des dispositions des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, la spécialité générique d’une spécialité de référence est définie comme celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique.”

III. – L’article L. 716-10 du code de la propriété intellectuelle est complété par un alinéa ainsi rédigé :

“L’infraction, dans les conditions prévues au *b*, n’est pas constituée en cas d’exercice par un pharmacien de la faculté de substitution prévue à l’article L. 512-3 du code de la santé publique.”

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

“Lorsque le pharmacien d’officine délivre, en application du deuxième alinéa de l’article L. 512-3 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste prévue à l’article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l’assurance maladie supérieure à un montant ou à un pourcentage déterminé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.

“En cas d’inobservation de cette condition, le pharmacien verse à l’organisme de prise en charge, après qu’il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites, et si, après réception de celles-ci, l’organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire

mentionnée à l’alinéa précédent, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire défini par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.

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

V. – Les dispositions de l’article L. 365-1 du code de la santé publique sont également applicables aux pharmaciens.

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

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

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

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

Article 24

I. – *Non modifié*

I bis (nouveau). – L’article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

“*Art. L. 162-17-4.* – En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique du médicament peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa de l'article L. 162-17. Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :

“1° Le prix de ces médicaments et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de vente;

“2° Le cas échéant, les remises prévues en application de l'article L. 162-18;

“3° Les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités;

“ 4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en œuvre des orientations ministérielles précitées ;

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

“ Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie de fixer le prix de ces médicaments par arrêté, en application de l'article L. 162-16-1.

“Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence du médicament dans les conditions prévues à l'article L. 551-6 du code de la santé publique, le Comité économique du médicament peut demander à l'entreprise concernée, dans le délai d'un mois à compter de la

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

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

“Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.”

Article 25

I. – Dans l'intitulé du chapitre VIII du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, le mot : “ Contribution ”est remplacé par le mot : “ Contributions”.

II. – Au même chapitre, il est créé deux sections :

1° La section 1, intitulée : “Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique”, et qui comprend les articles L. 138-1 à L. 138-9;

2° La section 2, intitulée : “Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique”, et qui comprend les articles L. 138-10 à L. 138-19 ainsi rédigés :

“*Art. L. 138-10.* – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste

mentionnée à l'article L. 162-17, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique du médicament, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

“Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires déclaré de l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K* et/ou égal à K + 1 point	0,15 %
T supérieur à K + 1 point et inférieur ou égal à K + 2 points	0,65 %
T supérieur à K + 2 points et inférieur ou égal à K + 4 points	1,3 %
T supérieur à K + 4 points et inférieur ou égal à K + 5,5 points	2,3 %
T supérieur à K + 5,5 points	3,3 %

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

“Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu, postérieurement au 1er janvier 1999, une convention avec le Comité économique du médicament en application des articles L. 162-16-1 et suivants, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique du médicament avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

“Pour le déclenchement de la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments mentionnés à l'article L.162-17 par les entreprises qui ne sont pas redevables

de cette contribution, ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

“*Art. L. 138-11.*— Le montant global de la contribution tel que calculé en application de l'article L. 138-10 est ainsi réparti :

“ *a)* A concurrence de 30 %, sur le chiffre d'affaires des entreprises redevables tel que défini à l'article L. 138-10 ;

“ *b)* A concurrence de 40 %, sur la progression du chiffre d'affaires tel que défini à l'article L. 138-10, réalisé en France par les entreprises redevables au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17, par rapport au chiffre d'affaires réalisé en France au titre des spécialités inscrites sur ladite liste par les mêmes entreprises, lorsque cette progression est supérieure au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel que défini à l'article L. 138-10 ;

“ *c)* A concurrence de 30 %, sur les charges exposées par l'ensemble des entreprises redevables, au titre des dépenses de prospection et d'information visées à l'article L. 245-2.

“ Les entreprises créées depuis moins de deux ans ne sont pas redevables de la part de la contribution mentionnée au *b* du présent article, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

“ Les règles d'exonération prévues par l'article L. 245-4 sont applicables au calcul de la part de la contribution prévue au *c* du présent article.

“ *Art.L.138-12.*—La fraction de la part de la contribution prévue au *a* de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre son chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, et le montant total du chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, déclaré par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.

“ La fraction de la part de la contribution visée au *b* de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre la progression de son chiffre d'affaires et la somme des progressions de chiffres d'affaires supérieures au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, déclarées par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.

“ La fraction de la part de la contribution visée au *c* de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre le montant versé par l'entreprise en application de l'article L. 245-1 et le montant total de la contribution versée au même titre par l'ensemble des entreprises redevables de la contribution prévue à l'article L. 138-10 à

l'échéance du 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution visée l'article L. 138-10 est due, multiplié par le montant total de ladite part.

“ Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les éléments nécessaires au calcul des parts de contribution susmentionnées.

“ Le montant de la contribution ne peut excéder, pour chaque entreprise assujettie, 10 % du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-10.

“ Les entreprises exonérées de la contribution versée en application de l'article L. 245-1 sont exonérées de la fraction de la part de contribution visée au *c* de l'article L. 138-11.

“ *Art.L. 138-13.*—Les parts de la contribution mentionnées au *a* et au *b* de l'article L. 138-11 font l'objet d'un versement au plus tard le 30 juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

“ La part de la contribution mentionnée au *c* de l'article L. 138-11 fait l'objet d'un versement provisionnel au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ce versement provisionnel est assis sur les sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due. Ce montant est régularisé le 30 juin de l'année suivant l'année au cours de laquelle est effectué le versement provisionnel. Cette régularisation est établie sur la base des sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er décembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.

“ *Art.L.138-14.*—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. Pour le contrôle, l'agence est assistée, en tant que de besoin, par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

“ *Art.L. 138-15.*—Les entreprises redevables sont tenues d'adresser à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les éléments nécessaires pour déterminer leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 15 février de l'année suivante.

“ Les éléments servant de base à l'établissement de la contribution prévue au *c* de l'article L. 138-11 sont ceux prévus pour l'établissement de la contribution prévue à l'article L. 245-1 ayant donné lieu aux versements effectués au 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution prévue à l'article L. 138-10 est due.

“ En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

“ *Art.L. 138-16.*—En cas de non-déclaration dans les délais prescrits ou de déclaration manifestement erronée de certaines entreprises redevables, le taux de croissance du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables est déterminé par le rapport entre la somme des chiffres d'affaires valablement déclarés au titre de l'année civile et la somme des chiffres d'affaires réalisés par les mêmes entreprises au titre de l'année civile précédente.

“ *Art.L. 138-17.*— Lorsqu'une entreprise redevable n'a pas produit les éléments prévus à l'article L. 138-15 dans les délais prescrits ou a produit une déclaration manifestement erronée, les trois parts de la contribution sont appelées à titre provisionnel :

“ 1° Pour l'application de la part de la contribution mentionnée au *a* de l'article L. 138-11, sur la base du dernier chiffre d'affaires connu, majoré de 20 % ;

“ 2° Pour l'application de la part de la contribution mentionnée au *b* de l'article L. 138-11, sur la base du dernier chiffre d'affaires connu, majoré de 20 % ;

“ 3° Pour l'application de la part de la contribution mentionnée au *c* de l'article L. 138-11, sur la base du dernier versement effectué, majoré de 20 % ;

“ Lorsque l'entreprise redevable produit ultérieurement la déclaration considérée, le montant de la part de la contribution due au titre de l'année est majoré de 10 %. Cette majoration peut faire l'objet d'une demande de remise gracieuse.

“ *Art.L. 138-18.*— Le produit de la contribution est réparti dans les conditions prévues par l'article L. 138-8.

“ *Art.L.138-19.*—Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-10 s'entend de ce groupe.

“ Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle est appelée la contribution, en application des dispositions de l'article 357-1 de la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.

“ Toutefois, la société qui acquitte la contribution adresse à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents. ”

III. – Les dispositions du présent article s’appliquent à compter de l’exercice 1999.

.....

Article 26 bis

L’article L. 712-12-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

“ Lorsque la demande d’autorisation porte sur le changement de lieu d’implantation d’un établissement existant, ne donnant pas lieu à un regroupement d’établissements, le demandeur doit joindre à son dossier un document présentant ses engagements relatifs aux dépenses à la charge de l’assurance maladie et au volume d’activités, fixés par référence aux dépenses et à l’activité constatée dans l’établissement. L’autorité chargée de recevoir le dossier peut, dans un délai de deux mois après réception du dossier, demander au requérant de modifier ses engagements. Le dossier n’est alors reconnu complet que si le requérant satisfait à cette demande dans le délai d’un mois.

“ En cas de non-respect des engagements mentionnés à l’alinéa précédent, l’autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues à l’article L. 712-18. ”

Article 27

I et I bis. – *Non modifiés*

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

“*Art. 27-5. – I. – Le financement de celles des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses.*

“Les ministres chargés de la sécurité sociale, de l’action sociale, de l’économie et du budget fixent annuellement cet objectif, en fonction de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie voté par le Parlement, et corrélativement le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations correspondantes.

“Ce montant total est fixé par application d’un taux d’évolution aux dépenses de l’année précédente au plus tard dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale.

“Ce montant total annuel est constitué en dotations limitatives régionales. Le montant de ces dotations est fixé par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l’action sociale en fonction des besoins de la population, des orientations définies par les schémas prévus à l’article 2-2, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l’activité et des coûts des établissements et services et d’un objectif de réduction progressive des inégalités dans l’allocation des ressources entre régions ; les dotations régionales sont réparties en dotations départementales limitatives par le préfet de région, en liaison avec le directeur de l’agence régionale de l’hospitalisation et les préfets concernés ; ces dotations départementales limitatives peuvent, dans les mêmes conditions, être réparties par le préfet en dotations affectées par catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations dans des conditions fixées par décret.

“II. – Les modalités d’application du présent article sont fixées par décret.”

III et IV. – *Non modifiés*.....

Article 27 bis

Dans la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée, il est inséré un article 27-6 ainsi rédigé :

“ *Art.27-6.*–Des conditions particulières d’exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l’organisation, la coordination et l’évaluation des soins, l’information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes.

“ Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l’acte et sur le paiement direct des professionnels par établissement.

“ Un contrat portant sur ces conditions d’exercice est conclu entre le professionnel et l’établissement.

“ Un décret en Conseil d’Etat précise les modalités d’application des dispositions qui précèdent. ”

.....

Section 3

Branche vieillesse

Article 29 bis

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I.—Au premier alinéa de l'article L. 356-1, après les mots : “ qui a été affilié, à titre obligatoire ou volontaire, à l'assurance vieillesse du régime général ”, sont insérés les mots : “ au cours d'une période de référence et pendant une durée fixées par décret en Conseil d'Etat ”.

II et III.—*Non modifiés*

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

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

V (*nouveau*).—Les mesures prévues au I et au II du présent article entrent en vigueur le 1er mars 1999.

Section 4

Branche accidents du travail

Article 31 bis (*nouveau*)

I.— Une allocation de cessation anticipée d'activité est versée aux salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amianté, sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :

1° Travailler ou avoir travaillé dans un des établissements mentionnés ci-dessus et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget, pendant la période où y étaient fabriqués des matériaux contenant de l'amianté ;

2° Avoir atteint un âge déterminé, qui pourra varier en fonction de la durée du travail effectué dans les établissements visés au 1° sans pouvoir être inférieur à cinquante ans.

Ont également droit, dès l'âge de cinquante ans, à l'allocation de cessation anticipée d'activité les salariés ou anciens salariés reconnus atteints au titre du régime général d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale.

Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité ne peut se cumuler ni avec l'un des revenus ou l'une des allocations mentionnés à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale ni avec un avantage de vieillesse ou d'invalidité.

II. – Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts de la dernière année d'activité salariée du bénéficiaire. Il est revalorisé comme les avantages alloués en application du deuxième alinéa de l'aide L. 322-4 du code du travail.

L'allocation est attribuée et servie par les caisses régionales d'assurance maladie.

L'allocation cesse d'être versée lorsque le bénéficiaire remplit les conditions requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse au taux plein, telle qu'elle est définie aux articles L. 351-1 et L. 351-8 du code de la sécurité sociale.

III. – Il est institué un fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Ce fonds finance l'allocation créée au I. Ses ressources sont constituées d'une contribution de l'Etat et d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au titre des charges générales de la branche. Un arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget fixe annuellement les montants de ces contributions.

Un conseil de surveillance veille au respect des présentes dispositions. Il examine les comptes et le rapport annuel d'activité. Il formule toutes observations relatives au fonctionnement du fonds et les porte à la connaissance des ministres chargé du travail, de la sécurité sociale et du budget. Il est composé de représentants de l'Etat, des organisations siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et de personnalités qualifiées.

IV. – L'allocation de cessation anticipée d'activité est assujettie aux mêmes cotisations et contributions sociales que les revenus et allocations mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale.

Les personnes percevant cette allocation et leurs ayants droit bénéficient des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général.

Le fonds des travailleurs de l'amiante assure, pendant la durée du versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité, le financement des cotisations à l'assurance volontaire mentionnée à l'article L. 742-1 du code de la sécurité sociale ainsi que le versement de l'ensemble des cotisations aux régimes de retraite complémentaire mentionnés à l'article L. 921-1 du même code.

V. – Le salarié qui est admis au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité présente sa démission à son employeur. Le contrat de travail cesse de s'exécuter dans les conditions prévues à l'article L. 122-6 du code du travail. Cette rupture du contrat de travail à l'initiative du salarié ouvre droit, au bénéfice du salarié, au versement par l'employeur d'une indemnité de cessation d'activité d'un montant égal à celui de l'indemnité de départ en retraite prévue par le premier alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail et calculée sur la base de l'ancienneté acquise au moment de la rupture du contrat de travail, sans préjudice de l'application de dispositions plus favorables prévues en matière d'indemnité de départ à la retraite par une convention ou un accord collectif de travail ou par le contrat de travail.

VI. – Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent article et qui ne relèvent pas d'un autre contentieux sont réglés suivant les dispositions régissant le contentieux général de la sécurité sociale.

VII.– Un décret fixe les conditions d'application du présent article.

Section 5

Objectifs de dépenses par branche

Article 32

Pour 1999, les objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :

	(En milliards de francs.)
Maladie-maternité-invalidité-décès.....	697,8
Vieillesse-veuvage	781,4
Accidents du travail.....	53,0
Famille.....	256,9
<hr/>	
Total des dépenses.....	1789,1

Section 6

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Article 33

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 629,9 milliards de francs pour l'année 1999.

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

Section 7

Mesures relatives à la trésorerie

Article 34

Est ratifié le relèvement, par le décret n° 98-753 du 26 août 1998 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de la sécurité sociale, du montant dans la limite duquel les besoins de trésorerie du régime général peuvent être couverts par des ressources non permanentes.

.....

Article 35 bis

I.– Les deux derniers alinéas de l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

“ Un décret détermine les modalités d'application du présent article, ainsi que les conditions de placement des excédents de trésorerie globalement constatés pour l'ensemble des branches mentionnées au premier alinéa. ”

II.– Dans la première phrase de l'article L. 255-1 du même code, après la référence : “ L. 225-1 ”, sont insérés les mots : “ et les produits résultant de celle prévue au dernier alinéa de cet article ”.

III.– Les pertes de recettes éventuelles pour les branches du régime général sont compensées à due concurrence par des taxes additionnelles aux droits visés à l'article 575 A du code général des impôts.

Article 36

Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :

(En milliards de francs.)

Régime général.....	24,0
Régimes des exploitants agricoles.....	10,5
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	2,5
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines	2,3

Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements
industriels de l'Etat..... 0,5

Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.

Délibéré en séance publique, à Paris, le 1er décembre 1998.

SIGNE : *LAURENT FABIOUS.*

ANNEXE

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

Notre système de protection sociale assure la garantie de droits fondamentaux et constitue un outil majeur de solidarité et un puissant vecteur de cohésion sociale.

Le Gouvernement entend donc le renforcer et le consolider. Ainsi, nos régimes de retraite par répartition doivent être pérennisés et des mécanismes d'épargne privés ne sauraient s'y substituer. De même, l'introduction des assurances privées dans la couverture maladie de base est refusée par le Gouvernement, elle serait incompatible avec la volonté du Gouvernement de promouvoir un égal accès de tous aux soins. Le retour à l'équilibre financier de 1999 s'inscrit dans cette perspective; notre protection sociale serait menacée si elle devait vivre à crédit.

Le Gouvernement entend approfondir les solidarités inscrites dans notre système de protection sociale : l'instauration d'une couverture maladie universelle, les réformes de l'aide publique apportées aux familles, la loi de lutte contre l'exclusion, le progrès dans la couverture des maladies professionnelles témoignent clairement de cette volonté.

Enfin, la politique du Gouvernement en matière de sécurité sociale doit s'inscrire dans la politique générale qu'il conduit en faveur de l'emploi. Après la réforme des cotisations salariales, le Gouvernement souhaite engager une réforme des cotisations patronales favorable à l'emploi.

A. – Une politique de santé au service des populations

La politique de santé du Gouvernement s'organise autour de sept objectifs majeurs.

1. Associer nos concitoyens à la définition de la politique de la santé

Le Gouvernement étudiera l'opportunité de donner les moyens financiers aux observatoires régionaux de la santé pour remplir correctement leurs missions.

Les questions de santé concernent les professionnels de santé, les associations, les élus et l'ensemble de nos concitoyens. Elles sont au cœur de leurs préoccupations. Les associer à la redéfinition de notre politique de santé est essentiel pour apporter une meilleure réponse aux besoins, améliorer la qualité des prestations sanitaires, faire reconnaître les aspirations et les droits des patients. En permettant un débat public sur les enjeux de la santé, les Etats généraux constituent un élément essentiel de la démocratie sanitaire que le Gouvernement entend bâtir.

2. Faire vivre et développer les droits du malade

Le malade est un citoyen bénéficiant de l'ensemble des droits reconnus à tout être humain. Ses droits à l'information sur son état de santé, au consentement aux soins qui lui sont prodigués et au respect de sa dignité à tous les stades de son traitement nécessitent une plus grande sensibilisation et une formation adaptée des différents professionnels de santé à l'exercice de ces droits.

Le développement des procédures de conciliation doit permettre aux malades s'estimant victimes du non-respect de leurs droits de trouver le plus rapidement possible une réponse appropriée à leur situation.

L'inégalité des malades victimes d'accidents sanitaires devant l'origine ou la nature de ces accidents nécessite d'être étudiée ainsi que l'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

3. Renforcer la politique de santé publique

a) Accroître la sécurité sanitaire

Les trois institutions créées par la loi du 1er juillet 1998 – l'Institut de veille sanitaire, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments – permettront de mettre en œuvre une politique active et cohérente de sécurité sanitaire.

La sécurité et la qualité des actes de soins seront renforcées par une politique active de lutte contre les infections nosocomiales, par le renforcement des normes pour les activités de soins (périnatalité, réanimation), par la diffusion de recommandations de bonnes pratiques tant en ville qu'à l'hôpital.

Le Gouvernement s'engage à présenter au Parlement un programme de lutte contre les infections nosocomiales dès le début de l'année 1999.

b) Accroître les efforts de prévention des causes de morbidité et de mortalité évitables

Le Gouvernement a engagé une politique de lutte contre le saturnisme; les mesures qui nécessitent une intervention législative ont été intégrées dans la loi de lutte contre l'exclusion.

La prévention du suicide chez les jeunes fait l'objet d'un programme triennal de prévention chez les adolescents et les adultes jeunes, lancé début 1998. L'objectif retenu est de réduire de 10 % en l'an 2000 le nombre de décès par suicide.

Le Gouvernement mettra en place au début de l'année 1999 un dispositif d'informations concernant la contraception et un programme de prévention des grossesses non désirées des adolescentes.

La prévention des dépendances (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie) sera renforcée. S'agissant de l'alcool, les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie seront renforcés par leur prise en charge par l'assurance maladie à compter du 1er janvier prochain.

Un programme national de dépistage des cancers a été engagé. La loi de financement prévoit à cet égard la prise en charge à 100 % des actes de dépistage. Le dépistage des cancers féminins sera généralisé dans les trois ans et le dépistage du cancer du côlon étendu. Ce dépistage reposera sur une organisation permettant un contrôle de sa qualité à toutes les étapes.

La France a été le premier pays à rendre disponibles à l'été 1997 les traitements prophylactiques contre le sida. Progrès majeurs pour les patients, les thérapies antirétrovirales sont maintenant dispensées en officine de ville. Ces avancées sur le plan thérapeutique n'autorisent aucun relâchement de l'effort en matière de prévention et d'information.

L'année 1999 donnera lieu à un plan d'ensemble de lutte contre l'hépatite C. Ce plan se fonde sur de nouveaux moyens consacrés à la recherche, un élargissement des campagnes de dépistage, un accès facilité aux traitements. La politique de lutte contre l'hépatite C sera organisée autour de pôles de références associant établissements hospitaliers et médecins de ville.

La lutte contre le dopage est reconnue comme une priorité nationale de protection sociale et de la politique de santé publique.

Dans le domaine de la protection de la santé des sportifs, le Gouvernement étudiera s'il convient de procéder au remboursement de la consultation médicale nécessaire à l'obtention de la première licence sportive. Cette préoccupation permettrait de donner une

vraie dimension de prévention à cette première consultation. Celle-ci doit répondre à un cahier des charges précis.

c) Mieux prendre en charge la douleur et les soins palliatifs

Le Gouvernement a mis en place un plan sur trois ans pour développer les soins palliatifs et améliorer la prise en charge de la douleur. Ces deux plans comportent à chaque fois une information large du public, un renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de santé et une amélioration de l'organisation des soins. En ce qui concerne la lutte contre la douleur, le carnet à souches sera supprimé à la fin de l'année et remplacé par des ordonnances sécurisées qui seront utilisées pour toutes les prescriptions. Des protocoles de traitement de la douleur, déléguant aux infirmiers la prescription d'antalgiques, seront affichés dans les services d'urgence et de chirurgie. Les outils permettant d'apprécier l'intensité de la douleur seront généralisés.

d) Mieux prendre en charge la compensation du handicap auditif

Le handicap auditif est aujourd'hui mieux maîtrisé tant par la précision audiométrique que par l'évolution des techniques mises en œuvre. Mais, en revanche, le cadre réglementaire relatif à la prise en charge des matériels de compensation du handicap auditif (audioprothèses) reste insatisfaisant. C'est pourquoi le Gouvernement a engagé une étude permettant de dresser un bilan des prix et des marges réellement pratiqués dans ce secteur qui sera prochainement élargie à l'ensemble des problèmes posés par la prise en charge actuelle de ces matériels. A partir des résultats de cette étude, des propositions visant à améliorer la prise en charge des appareils destinés à compenser le handicap auditif seront élaborées.

e) Développer la prévention et les soins dentaires

Sont étendues aux centres de santé et plus généralement aux structures de soins salariés des mesures équivalentes aux dispositions régissant les actions de soins et de prévention prévues par la convention du 18 avril 1997, en particulier l'actuel bilan de prévention et de suivi des soins dentaires gratuits pour les jeunes de quinze ans.

f) Engager une véritable politique gériatrique

Le Gouvernement s'engage en 1999 à définir une véritable politique de gériatrie et de gérontologie s'appuyant sur la formation de l'ensemble des personnels de santé et sur la coordination des acteurs intervenant dans le soin aux personnes âgées.

4. Permettre à tous d'accéder aux soins

La poursuite de cet objectif suppose de stabiliser, voire d'accroître dans la mesure du possible, les niveaux de remboursement de l'ensemble de la population mais également d'apporter une attention particulière aux personnes exclues de l'accès aux soins.

Le Gouvernement présentera un projet de loi instaurant une couverture maladie universelle. Dans le cadre de ce projet de loi, le Gouvernement n'entend pas se limiter à garantir à tous les résidents une affiliation à un régime de base. Il entend permettre réellement un égal accès aux soins en assurant, aux plus modestes, le bénéfice d'une couverture complémentaire et du tiers payant.

Le rapport de M. Jean-Claude Boulard, parlementaire en mission, rendu public en septembre, permet d'éclairer le choix entre les diverses options pour la mise en œuvre du projet. Une concertation est engagée sur la base de ce rapport avec l'ensemble des parties prenantes à ce projet. Le Gouvernement déposera un projet de loi au cours de l'automne 1998.

5. Améliorer la sécurité au travail et mieux prendre en charge les maladies professionnelles

Les cas de maladies professionnelles reconnues sont passés d'environ 5 000 en 1990 à 12 700 en 1996. Il n'en demeure pas moins que les maladies professionnelles sont actuellement sous-déclarées et que la complexité des procédures contrarie leur reconnaissance. Cette situation est inacceptable car elle fait obstacle à l'organisation de la prévention et, pour certaines victimes, à l'exercice de leurs droits.

Le Gouvernement entend donc :

– améliorer la sécurité au travail. La protection des travailleurs contre les risques chimiques et cancérogènes sera consolidée; les dispositions relatives à la protection contre les rayonnements ionisants seront réaménagées. L'action des médecins du travail dans la prévention des risques professionnels doit être réaffirmée et développée. Les conditions de gestion et de fonctionnement des services de médecine du travail seront clarifiées et adaptées à partir de la concertation engagée avec les partenaires sociaux;

– garantir les droits des victimes. Le Gouvernement propose de revoir les règles de reconnaissance des maladies professionnelles. La prescription qui éteint les droits d'une victime ne doit plus courir à partir de la date de la première constatation médicale de la maladie, mais à partir de la constatation de l'origine professionnelle de la maladie. Les droits des victimes de l'amiante seront rouverts. Les délais de réponse aux demandes de réparations au titre des maladies professionnelles seront raccourcis;

– améliorer la réparation des maladies professionnelles. Le barème d'invalidité en matière de maladies professionnelles sera rendu opposable aux caisses de sécurité sociale. Ce document, qui souffre de nombreux et importants défauts, sera réactualisé; le Haut comité médical de sécurité sociale en est saisi. La réparation des pneumoconioses sera instruite selon le droit commun de la réparation des maladies professionnelles. Les dispositions dérogatoires qui figurent actuellement dans le code de la sécurité sociale seront supprimées. Les tableaux des maladies professionnelles seront adaptés pour tenir compte de l'évolution des connaissances notamment en matière de cancers professionnels. Le tableau relatif aux lombalgies sera publié et entrera en application. Les rentes accidents du travail seront mensualisées dès lors que le taux d'incapacité du bénéficiaire est égal ou supérieur à 50 %.

6. Améliorer la qualité des soins et utiliser de manière optimale les ressources consacrées à la santé

a) Médecine de ville : moderniser notre système de soins avec les professionnels de santé

Promouvoir le juste soin, améliorer la coordination des soins entre les divers professionnels, évaluer la pertinence des pratiques tant individuelles que collectives, adapter l'offre aux besoins, telles sont les politiques structurelles qui permettront, en médecine ambulatoire, à la fois d'améliorer la qualité des soins et d'utiliser de manière optimale les ressources consacrées à la santé.

La mise en œuvre de ces politiques doit reposer sur une politique conventionnelle forte. Un partenariat actif entre caisses et professionnels de santé libéraux, au niveau national mais aussi, au plus près du terrain, dans chaque circonscription de caisse, est à cet égard nécessaire.

Le Gouvernement entend poursuivre la politique qu'il a engagée autour des axes suivants :

- La connaissance de l'activité de notre système de soins ambulatoire doit être améliorée. La réalisation d'une classification commune des actes est accélérée. L'objectif est de pouvoir procéder au codage de l'ensemble des actes et des prestations au cours de

l'an 2000. Une commission pour la transparence de l'information médicale est constituée afin de garantir la fiabilité et la pertinence des informations sur l'évolution des dépenses.

- L'informatisation de notre système de santé doit être mise au service de la qualité des soins et de la modernisation de la pratique médicale. En mettant en place une mission pour l'informatisation du système de santé, l'Etat s'est donné les moyens d'assurer la cohérence des initiatives diverses qui concourent à ce projet. Le réseau santé social a été mis en place. Les applications proposées sur ce réseau vont se développer, leur qualité sera garantie par une procédure d'agrément. Le Gouvernement proposera au Parlement les dispositions législatives nécessaires au développement de Vitale 2.

- L'évaluation des pratiques médicales et paramédicales doit être développée. Les modalités d'action du contrôle médical sont en cours de rénovation. L'évaluation des pratiques par les professionnels de santé sera développée en s'appuyant notamment sur les unions régionales de médecins et les instances professionnelles propres aux professions paramédicales. Le développement de l'évaluation s'appuiera sur les recommandations de bonnes pratiques établies par l'ANAES.

- Rendue obligatoire, la formation médicale continue des médecins n'a pas connu les développements souhaitables. Le Gouvernement proposera au Parlement les dispositions législatives nécessaires pour lui donner une nouvelle impulsion. Une concertation est engagée sur ce thème avec les représentants des médecins libéraux mais également avec les médecins hospitaliers et salariés.

- Notre système de santé souffre de cloisonnements excessifs qui nuisent à la qualité des soins et sont source de dépenses inutiles. Le Gouvernement entend soutenir et favoriser les initiatives visant à une meilleure coordination des soins. Par ailleurs, le développement des réseaux pouvant associer médecine de ville et hôpital, professions médicales et paramédicales, permet d'améliorer la prise en charge des patients, de mieux concilier proximité et sécurité. La loi de financement ouvre, en ce domaine, des possibilités d'actions nouvelles aux partenaires conventionnels.

- L'exercice des professions paramédicales s'est profondément transformé au cours de ces dernières années pour répondre aux besoins de la population et à l'évolution de la science et des techniques. C'est pourquoi le Gouvernement entend clarifier les rôles respectifs des médecins et des professions paramédicales dans la prise en charge des malades, par une adaptation des textes les rendant conformes aux pratiques et à leur évolution souhaitable. Le Gouvernement s'engage par ailleurs à doter les professions concernées de règles professionnelles et d'instances professionnelles propres permettant de favoriser les conditions d'un exercice de qualité.

- Notre système de santé est trop exclusivement centré sur l'acte curatif. La loi de financement ouvre la possibilité aux caisses de prendre en charge d'autres activités telles que la prévention, l'évaluation, l'éducation sanitaire. Il appartiendra aux caisses et aux professionnels de santé, dans le cadre conventionnel, de définir les dispositifs adaptés.

- La maîtrise de la démographie médicale est essentielle pour garantir le meilleur accès aux soins comme pour assurer la maîtrise des dépenses. Des dispositions législatives sont proposées au Parlement pour accroître la possibilité d'action des partenaires conventionnels en ce domaine et les autoriser à mener des politiques sélectives adaptées à la diversité des situations.

Des moyens sont nécessaires pour promouvoir l'ensemble de ces évolutions de notre système de soins ambulatoire. Un fonds d'aide à la qualité des soins de ville est créé et doté de 500 millions de francs.

b) Le médicament : rationaliser la prescription et les remboursements

La France se caractérise par un niveau global de consommation de médicaments très élevé, une surconsommation avérée pour certaines classes thérapeutiques telles que les antidépresseurs ou les antibiotiques, un faible développement des génériques. Cette

situation est insatisfaisante au regard des exigences d'efficacité de notre système de santé et préjudiciable en termes de santé publique. Les maladies iatrogènes représentent environ un million de journées d'hospitalisation.

Aussi le Gouvernement a-t-il engagé un ensemble de politiques structurelles visant à :

- lutter contre la surconsommation médicamenteuse. La taxe sur la promotion pharmaceutique a été augmentée dès 1998. La politique conventionnelle conduite par le Comité économique du médicament vise à obtenir une réduction du volume des classes où la surconsommation est avérée. Le développement des recommandations de bonnes pratiques permettra de réorienter les prescriptions ;

- développer les génériques. Un répertoire complet des génériques est disponible depuis juillet 1998. Le droit de substitution accordé aux pharmaciens, sauf refus explicite des médecins, permettra le développement de ce type de produit ;

- médicaliser le remboursement. La sécurité sociale doit concentrer ses efforts en matière de remboursement sur les médicaments dont l'efficacité médicale est avérée. Les critères de prise en charge des médicaments seront revus pour tenir compte tant de la gravité de la maladie que du service médical rendu. Une réévaluation de l'apport thérapeutique de l'ensemble des médicaments remboursables sera réalisée au cours des trois ans qui viennent.

Pour conduire l'ensemble de ces évolutions, le Gouvernement entend s'appuyer sur une politique conventionnelle active.

c) L'hôpital : promouvoir la qualité et adapter l'offre aux besoins

Promouvoir la qualité des soins, adapter notre offre hospitalière aux besoins, favoriser les coopérations entre établissements et avec la médecine de ville, améliorer l'efficacité globale du système hospitalier, tels sont les objectifs généraux de la politique hospitalière du Gouvernement.

En particulier, dans un souci d'accroissement de la sécurité sanitaire et de qualité des soins, la situation des professions hospitalières à forte pénibilité (anesthésistes, urgentistes, obstétriciens) doit être prise en compte. Des améliorations des conditions de travail de ces professions doivent être envisagées, en particulier au regard de la législation européenne (directive 93/104/CE) sur la question du temps de travail. Il importe d'augmenter l'attractivité de ces professions afin d'apporter une réponse allant dans le sens des conclusions du rapport Nicolas-Duret.

La promotion de la qualité à l'hôpital passe notamment par le développement de l'accréditation. Cette procédure permettra de vérifier sur la base d'une méthodologie fiable le niveau de performances sanitaires des établissements. L'ANAES a établi un référentiel d'accréditation. Il est en cours de test sur le terrain. Les premières démarches d'accréditation débuteront en 1999.

Notre offre hospitalière doit poursuivre son adaptation. C'est dans ce souci que la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire a été entreprise. Cet exercice de planification sanitaire est conduit avec le souci d'associer étroitement à la réflexion les établissements et leurs personnels, mais également les représentants des usagers et les élus locaux. Il permettra une meilleure prise en compte des besoins de santé.

La garantie offerte à tous d'un accès à des soins de qualité passe par l'organisation de réseaux entre établissements ou entre services qui garantiront à chacun une orientation vers une structure adaptée à son cas. Une telle organisation a été définie pour la sécurité périnatale et la cancérologie. Le Gouvernement entend poursuivre dans cette voie pour d'autres pathologies.

Le Gouvernement accentuera son effort de réduction des inégalités entre régions. Les dotations régionales seront différenciées à partir des besoins régionaux, des indicateurs sanitaires et des indicateurs d'efficacité. La régionalisation de l'objectif clinique privé, entamée en 1998, sera accentuée. De même, la réduction des inégalités de dotation entre les hôpitaux, notamment à partir des indications fournies par le PMSI, sera poursuivie.

Le Gouvernement présentera un rapport sur l'évolution et la place des services de médecine non spécialisés à l'hôpital.

Le Gouvernement entend par ailleurs, en concertation notamment avec les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats médicaux, poursuivre sa réflexion sur l'adaptation de l'objectif des dépenses médicales par spécialités ou groupes de spécialités.

7. Assurer la régulation des dépenses

Le Gouvernement est convaincu que seules des politiques structurelles, destinées tant à accroître la qualité des soins qu'à assurer une utilisation optimale des ressources, permettront de maîtriser durablement l'évolution des dépenses de santé. Toutefois, elles ne pourront porter leurs fruits que progressivement.

Il est donc nécessaire de maintenir des dispositifs assurant une régulation globale des dépenses de soins, qui existent à l'hôpital depuis la mise en place du budget global en 1983 et depuis 1991 pour les cliniques privées. Il serait toutefois nécessaire d'apprécier au plus juste les dépenses hospitalières qui ont été comptabilisées dans le poste des prescriptions réalisées en ville.

Le Gouvernement propose dans le projet de loi de financement un tel mécanisme de sauvegarde à partir des principes suivants :

- la responsabilité de la régulation ne doit pas reposer sur les seuls médecins. Ainsi, l'industrie pharmaceutique sera appelée à contribuer à l'équilibre de l'assurance maladie en cas d'évolution excessive des dépenses de médicament. De même, l'évolution des dépenses du secteur médico-social sera encadrée par une enveloppe globale ;

- les mécanismes de sauvegarde économique sont des dispositifs d'ultime recours. Ainsi, la loi de financement prévoit une obligation pour les partenaires conventionnels de négocier en cours d'année pour dresser un bilan de l'évolution des dépenses et prendre les mesures correctrices qui pourraient s'avérer nécessaires ;

- le dispositif proposé pour ce qui concerne les médecins écarte toute idée de sanction individuelle et constitue un mécanisme de régulation global traduisant la solidarité économique des médecins et de notre système de protection sociale.

B.– Rénover la politique familiale

La politique familiale du Gouvernement s'appuie sur deux convictions : la reconnaissance du rôle des familles dans la cohésion sociale, comme lieu de solidarité et de construction de repères pour l'enfant ; l'importance d'une politique d'appui aux familles, fondée sur la volonté de répondre à leurs besoins et de conforter leurs capacités à exercer leurs obligations parentales. Après une large concertation, le Gouvernement a défini les grands axes de sa politique familiale lors de la Conférence de la famille du 12 juin.

Cette politique s'articule autour de trois objectifs :

- conforter les parents dans leur rôle éducatif. Le rôle des familles sera renforcé dans tout processus éducatif, à l'école, dans le travail social, les activités socioculturelles. Un réseau d'appui, d'écoute et de conseil aux parents et aux familles sera mis en place conjointement par l'Etat et la CNAF ;

– faciliter la vie quotidienne des familles et concilier vie familiale et vie professionnelle. Le logement est le besoin de base des familles. Afin de faciliter l'accès des familles modestes au parc privé, les loyers plafonds de l'ALF seront significativement augmentés dans les trois ans. Les aides des caisses d'allocations familiales aux communes pour le développement des crèches seront accrues et mieux orientées vers les communes les plus pauvres. Les schémas locaux de développement de l'accueil des jeunes enfants seront généralisés. Les contrats temps libres (mis en place par les caisses d'allocations familiales) et les contrats éducatifs locaux (mis en place à l'initiative du ministère de l'éducation nationale) seront développés de façon coordonnée. Le Gouvernement entend mener une réflexion sur la mise en cohérence des divers dispositifs d'aide à la garde des enfants ;

– instaurer une politique d'aide aux familles plus juste. Après une large concertation avec les associations familiales et les partenaires sociaux, le Gouvernement poursuit sa démarche vers plus de justice dans l'aide aux familles en proposant de rétablir les allocations familiales pour toutes les familles de deux enfants et en plafonnant l'avantage fiscal lié au quotient familial. L'impôt sur le revenu jouera ainsi pleinement son rôle dans la redistribution des revenus et l'universalité des prestations familiales sera rétablie. Les allocations familiales seront étendues pour tous les enfants à charge de leurs parents, jusqu'à l'âge de vingt ans. L'ARS sera versée à toutes les familles d'un enfant. Les partenaires de la politique familiale doivent engager une réflexion sur la modulation de l'ARS en fonction de l'âge de l'enfant afin de tenir compte du coût effectif de la scolarité. Les titulaires du RMI percevront les majorations pour âge. Les majorations pour âge seront exclues des ressources prises en compte pour calculer le revenu minimum d'insertion. Le Gouvernement entend mener une réflexion en profondeur sur les jeunes adultes pour définir un dispositif adapté aux besoins de cette population qui prenne en compte son nécessaire cheminement vers la pleine autonomie.

Pour mettre en œuvre cette politique, à la fois ambitieuse, durable et cohérente, le Gouvernement a mis en place une délégation interministérielle chargée d'animer et de coordonner l'action de l'ensemble des pouvoirs publics et d'être l'interlocuteur des associations familiales et de toutes les parties prenantes de notre politique familiale.

C.– Faire face au défi du vieillissement

1. *Consolider nos régimes par répartition*

La situation financière de nos régimes de retraite est déséquilibrée. Ceux-ci devront faire face à partir de 2005 à l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses nées après la seconde guerre mondiale.

Le Gouvernement entend aborder les évolutions nécessaires de nos régimes de retraite sur la base d'un diagnostic précis des problèmes auxquels ils sont confrontés. L'élaboration de ce diagnostic a été confiée au Commissariat général du plan. Il portera sur l'ensemble des régimes de retraite. Les partenaires sociaux et les représentants des régimes sont associés à l'établissement de ce diagnostic afin que l'ensemble des hypothèses qui conditionnent l'avenir de nos systèmes de retraite soit pris en compte.

C'est sur la base de ce diagnostic partagé que pourra s'ouvrir un dialogue sur les réformes à entreprendre.

Le Gouvernement prendra les décisions qui s'imposent, guidé par la volonté :

– de préserver notre système de retraite par répartition, garant de solidarités essentielles entre actifs et retraités;

– de rechercher une meilleure équité tant entre les générations qu'entre les régimes de retraite.

Dès à présent, pour consolider nos régimes par répartition, un fonds de réserve est créé. Doté initialement de 2 milliards de francs, ce fonds pourra recevoir d'autres apports de ressource dès le courant de l'année 1999.

La loi n° 97-277 du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite ne constitue pas une bonne solution pour l'avenir de notre système de retraite; elle favorise clairement les salariés aux revenus les plus élevés, privilégie une approche individuelle et fragilise les comptes de la sécurité sociale. Elle va à l'encontre de la politique qu'entend mener le Gouvernement dans le domaine des retraites. En conséquence, le Gouvernement proposera au Parlement en 1999, dès qu'un support législatif le permettra, l'abrogation de cette loi.

2. Améliorer la prise en charge de la dépendance

La dépendance physique ou psychique touche aujourd'hui en France environ 700 000 personnes âgées. Ce chiffre est appelé à croître du fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées. Dès l'an 2000, nous atteindrons un million de personnes de plus de quatre-vingt-cinq ans.

Or, les dispositifs actuels de prise en charge de la dépendance à domicile et en établissement apparaissent inadaptés. Ils relèvent de plusieurs autorités publiques; ils sont très complexes, bureaucratiques et mal coordonnés.

La loi du 24 janvier 1997 qui a créé la prestation spécifique dépendance (PSD) ne constitue pas une réponse à la hauteur des besoins. De plus, sa mise en œuvre, au vu du rapport rendu public par le Comité national de coordination gérontologique, ne paraît pas pleinement satisfaisante, notamment du fait des inégalités de traitement en résultant selon les départements.

D'ores et déjà, les dispositions législatives nécessaires ont été prises pour permettre d'atténuer les différences excessives entre les montants de PSD fixés par les conseils généraux pour les personnes âgées dépendantes accueillies en établissement. Ce montant minimal ne prendra toutefois tout son sens que lorsque la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes sera effective. Cette réforme, dont les décrets devraient paraître cet automne, permettra de clarifier ce qui, dans les tarifs, relève de l'hébergement, de la dépendance ou des soins.

Par ailleurs, dans le cadre d'une politique globale de prise en charge des personnes âgées, il conviendra aussi d'améliorer les conditions de fonctionnement et de financement des dispositifs d'aide à domicile à la suite du rapport de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection des finances.

D.– Favoriser l'insertion des handicapés

Le Gouvernement conduit une politique pour l'intégration des personnes handicapées qui prend en compte de manière globale, à tous les âges de la vie, les différents aspects de l'existence et de la vie quotidienne. Cette politique s'articule autour de trois axes principaux :

– une socialisation et intégration des jeunes handicapés aussi précoces que possible, en améliorant notamment leur niveau de formation générale et en modernisant les dispositifs de formation professionnelle initiale de droit commun et spécialisés ;

– le développement des différents modes de soutien dans la vie à domicile et la vie sociale, par un accès facilité aux aides techniques et par un élargissement des missions des services et des établissements spécialisés ;

– la nécessité d'apporter parallèlement une réponse adaptée et durable à l'insuffisance chronique de solutions d'accueil pour les personnes lourdement handicapées. Le Gouvernement a souhaité inscrire cet effort dans la durée en prévoyant un programme

pluriannuel (1999-2003) de création de 5500 places supplémentaires de maisons d'accueil spécialisées et de foyers à double tarification, de 8500 places de centres d'aide par le travail et de 2500 places d'ateliers protégés. Ce plan est destiné notamment à mettre définitivement un terme à la situation des jeunes adultes maintenus, faute de places, dans des centres pour enfants. Les capacités rendues ainsi à nouveau disponibles dans le secteur médico-éducatif devront être mobilisées en priorité au profit des prises en charge présentant aujourd'hui le plus de difficultés (polyhandicap, autisme, handicaps rares) ou méritant d'être encore développées (services de soins et d'éducation à domicile). Par ailleurs, seront poursuivis les programmes portant sur des formes spécifiques de prise en charge encore insuffisamment développées (autisme, traumatisés crâniens, services de soins et d'éducation spécialisée à domicile en appui à l'intégration scolaire).

E.- Assurer l'équilibre du régime général et réformer son mode de financement

1. Assurer l'équilibre du régime général

Une sécurité sociale en déficit est une sécurité sociale affaiblie.

Le Gouvernement a entrepris le redressement du régime général. Le déficit passe de plus de 33 milliards en 1997 à 13 milliards en 1998. L'équilibre devrait être atteint en 1999 pour la première fois depuis 1985. Ce redressement, facilité par la croissance, tient pour l'essentiel aux mesures prises dans le cadre de la loi de financement pour 1998, qui ont réduit de 21 milliards le déficit tendanciel du régime général.

2. Réformer le mode de financement de la protection sociale pour favoriser l'emploi

Une réforme d'ampleur a été engagée pour le transfert des cotisations maladie vers la CSG. Cette réforme a permis :

- un accroissement du salaire net de 1,1 % pour la grande majorité des salariés ainsi qu'un accroissement du revenu de la grande majorité des travailleurs indépendants;
- un rééquilibrage très important des contributions respectives des revenus du travail et des revenus financiers.

Cette réforme d'équité qui a contribué au soutien de la consommation et de la croissance doit se prolonger par une réforme des cotisations patronales.

Le Gouvernement souhaite engager une telle réforme avec pour objectif d'assurer un financement de la protection sociale plus juste et plus favorable à l'emploi.

Cette réforme doit s'effectuer sans en faire supporter le coût aux ménages et sans accroître globalement les prélèvements sur les entreprises. Cette réforme aura pour objet de stabiliser le financement de la protection sociale afin d'en assurer la pérennité, en recherchant une assiette moins sensible aux variations de la masse salariale des entreprises.

La concertation avec les organisations d'employeurs et de salariés sera poursuivie en vue d'en fixer les orientations et les modalités précises avec l'objectif d'aboutir à un projet de loi au premier semestre 1999.

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du 1er décembre 1998.

Le Président,

Signé : LAURENT FABIUS.