

TEXTE ADOPTE no **368**

“ Petite loi ”

ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIEME LEGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 1999-2000

2 novembre 1999

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2000

ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE
EN PREMIERE LECTURE.

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

Voir les numéros : **1835, 1873 et 1876.**

Sécurité sociale.

TITRE Ier

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

Article 1er

Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2000.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Article 2A (*nouveau*)

I. – L'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le 5° du II, après les mots : "loi", sont insérés les mots : " , ou, en tout état de cause, est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80*duodecies* du code général des impôts";

2° Après le 5° du II, il est inséré un 5°*bis* ainsi rédigé :

"5°*bis* Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80*ter* du code général des impôts, ou, en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction de ces indemnités qui excède les montants définis au deuxième alinéa du 1 de l'article 80*duodecies* du même code;"

II. – L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

"Sont aussi prises en compte les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80*ter* du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80*duodecies* du même code."

III. –Après le premier alinéa de l'article 1031 du code rural, il est inséré un alinéa

ainsi rédigé :

“Sont prises en compte dans l’assiette des cotisations visées au premier alinéa les indemnités versées à l’occasion de la rupture du contrat de travail à l’initiative de l’employeur ou à l’occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l’article 80^{ter} du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l’impôt sur le revenu en application de l’article 80^{duodecies} du même code.”

IV. – L’article 1062 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé:

“Sont prises en compte dans l’assiette des cotisations visées au 2° les indemnités versées à l’occasion de la rupture du contrat de travail à l’initiative de l’employeur ou à l’occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l’article 80 ^{ter} du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l’impôt sur le revenu en application de l’article 80 ^{duodecies} du même code.”

V. – Après le premier alinéa de l’article 1154 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

“Sont prises en compte dans l’assiette des cotisations visées au premier alinéa les indemnités versées à l’occasion de la rupture du contrat de travail à l’initiative de l’employeur ou à l’occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l’article 80 ^{ter} du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l’impôt sur le revenu en application de l’article 80 ^{duodecies} du même code.”

VI. – La dernière phrase du deuxième alinéa de l’article L. 122-14-13 du code du travail est supprimée.

Article 2 B (nouveau)

I. – Le premier alinéa du III de l’article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

“Le produit de cette contribution est versé à l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale sans déduction d’une retenue pour frais d’assiette et de perception.”

II. – Les droits de consommation sur les tabacs prévus à l’article 575 A du code général des impôts sont majorés à due concurrence.

Article 2 C (nouveau)

A la fin du troisième alinéa du III de l’article L. 136-6 du code de la sécurité sociale,

la somme : “160 F” est remplacée par la somme : “400 F”.

Article 2

I.- Il est inséré, au titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, un chapitre Ier *quater* ainsi rédigé :

“CHAPITRE Ier quater

“Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale

“Art. L. 131-8. – Il est créé un fonds dont la mission est de compenser le coût, pour la sécurité sociale, des exonérations de cotisations patronales aux régimes de base de sécurité sociale mentionnées à l’article L. 131-8-1 et d’améliorer le financement de la sécurité sociale par la réforme des cotisations patronales.

“Ce fonds, dénommé “Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale”, est un établissement public national à caractère administratif. Un décret en Conseil d’Etat fixe la composition du conseil d’administration, constitué de représentants de l’Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement et des représentants des organisations syndicales de salariés et des organisations d’employeurs les plus représentatives au plan national. Ce décret en Conseil d’Etat fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.

“Art. L. 131-8-1. – Les dépenses du fonds sont constituées :

“1° Par le versement, aux régimes de sécurité sociale concernés, des montants correspondant :

“a) A la prise en charge de l’allègement visé aux articles L. 241-13-1 et L. 711-13-1 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes;

“b) A la prise en charge de l’aide visée à l’article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d’orientation et d’incitation relative à la réduction du temps de travail;

“c) A la prise en charge de la réduction visée aux articles L. 241-13 et L. 711-13 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes ainsi qu’au IV de l’article 1er de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative à des mesures d’urgence pour l’emploi et la sécurité sociale.

“2° Par les frais de gestion administrative du fonds.

“Les versements mentionnés aux *a*, *b* et *c* du 1° ci-dessus se substituent à la

compensation par le budget de l'Etat prévue à l'article L. 131-7 sous réserve que cette compensation soit intégrale. Dans le cas contraire, les dispositions prévues à l'article L. 131-7 s'appliquent.

“*Art. L. 131-8-2.* – Les recettes du fonds sont constituées par :

“1° Une fraction du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de finances pour 2000;

“2° La contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés visée aux articles 235^{ter}ZC et 1668D du code général des impôts;

“3° La taxe générale sur les activités polluantes prévue à l'article 266 *sexies* du code des douanes;

“4° Une fraction fixée à 47 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 *bis* du même code;

“5° La contribution visée aux articles L. 212-5 du code du travail et 992-2 du code rural;

“6° Les produits non consommés de l'exercice précédent;

“7° Une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances.

“Les recettes et les dépenses du fonds doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale. Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul.

“*Art. L. 131-8-3 et L. 131-8-4.* – *Supprimés*.....

“*Art. L. 131-8-5.* – Les frais d'assiette et de recouvrement des impôts, droits, taxes et contributions mentionnés à l'article L. 131-8-2 sont à la charge du fonds, en proportion du produit qui lui est affecté; leur montant est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.

“*Art. L. 131-8-6.* – Les relations financières entre le fonds et les organismes de protection sociale, d'une part, le fonds et l'Etat, d'autre part, font l'objet de conventions destinées notamment à garantir la neutralité en trésorerie des flux financiers pour les organismes de sécurité sociale.”

I bis (nouveau). – Dans le 2° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : “55 %” est remplacé par le taux : “8 %”.

II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000. Les dispositions du 4° de l'article L. 131-8-2 du code de la sécurité sociale et du *I bis* du présent article sont applicables aux versements effectués au profit respectivement du

fonds institué à l'article L.131-8 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code à compter du 1er janvier 2000.

A titre transitoire et jusqu'à la date de création du fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, les produits mentionnés à l'article L. 131-8-2, à l'exception de ceux mentionnés au 5°, sont versés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, et les produits mentionnés au 5° de l'article L. 131-8-2 sont centralisés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale suit lesdits produits dans des comptes spécifiques ouverts à cet effet.

Article 3

Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° Il est inséré un article *235terZC* ainsi rédigé :

“*Art. 235terZC. – I. –* Les redevables de l'impôt sur les sociétés sont assujettis à une contribution sociale égale à une fraction de cet impôt calculé sur leurs résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 et diminué d'un abattement qui ne peut excéder 5000000 F par période de douze mois. Lorsqu'un exercice ou une période d'imposition est inférieur ou supérieur à douze mois, l'abattement est ajusté à due proportion.

“La fraction mentionnée au premier alinéa est égale à 3,3% pour les exercices clos à compter du 1er janvier 2000.

“Sont exonérés les redevables ayant réalisé un chiffre d'affaires de moins de 50 millions de francs. Le chiffre d'affaires à prendre en compte s'entend du chiffre d'affaires réalisé par le redevable au cours de l'exercice ou période d'imposition, ramené à douze mois le cas échéant et, pour la société mère d'un groupe mentionné à l'article 223 A, de la somme des chiffres d'affaires de chacune des sociétés membres de ce groupe. Le capital des sociétés, entièrement libéré, doit être détenu de manière continue, pour 75% au moins, par des personnes physiques ou par une société répondant aux mêmes conditions dont le capital est détenu, pour 75% au moins, par des personnes physiques. Pour la détermination de ce pourcentage, les participations des sociétés de capital-risque, des fonds communs de placement à risques, des sociétés de développement régional et des sociétés financières d'innovation ne sont pas prises en compte à la condition qu'il n'existe pas de lien de dépendance au sens du 1 *bis* de l'article 39 *terdecies* entre la société en cause et ces dernières sociétés ou ces fonds.

“II. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 223 A, la contribution est due par la société mère. Elle est assise sur l'impôt sur les sociétés afférent au résultat d'ensemble et à la plus-value nette d'ensemble définis aux articles 223 B et 223 D.

“III. – Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 209*quinquies*, la contribution est calculée d'après le montant de l'impôt sur les sociétés, déterminé selon

les modalités prévues au I, qui aurait été dû en l'absence d'application de ce régime. Elle n'est ni imputable ni remboursable.

“IV. – Les avoirs fiscaux ou crédits d'impôt de toute nature ainsi que la créance visée à l'article 220*quinquies* et l'imposition forfaitaire annuelle mentionnée à l'article 223*septies* ne sont pas imputables sur la contribution.

“V. – Elle est établie et contrôlée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties et sanctions.

“VI. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.”;

2° Il est inséré un article 1668 D ainsi rédigé :

“*Art. 1668 D. – I. – La contribution sociale mentionnée à l'article 235terZC est recouvrée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties et sanctions.*

“Elle est payée spontanément au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts directs, au plus tard à la date prévue au 2 de l'article 1668 pour le versement du solde de liquidation de l'impôt sur les sociétés.

“Elle donne lieu au préalable à quatre versements anticipés aux dates prévues pour le paiement des acomptes d'impôt sur les sociétés de l'exercice ou de la période d'imposition. Le montant des versements anticipés est fixé à 3,3% du montant de l'impôt sur les sociétés calculé sur les résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 de l'exercice ou de la période d'imposition qui précède et diminué d'un montant qui ne peut excéder celui de l'abattement défini au premier alinéa du I de l'article 235terZC.

“Lorsque le montant des versements anticipés déjà payés au titre d'un exercice ou d'une période d'imposition en application du deuxième alinéa est égal ou supérieur à la contribution dont l'entreprise prévoit qu'elle sera finalement redevable au titre de ce même exercice ou de cette même période, l'entreprise peut se dispenser du paiement de nouveaux versements en remettant au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts directs, avant la date d'exigibilité du prochain versement anticipé, une déclaration datée et signée.

“Si la déclaration mentionnée à l'alinéa précédent est reconnue inexacte à la suite de la liquidation de la contribution, la majoration prévue au 1 de l'article 1762 est appliquée aux sommes non réglées.

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

3° Au premier alinéa de l'article 213, après les mots : “la contribution temporaire mentionnée à l'article 235terZB”, sont insérés les mots : “, la contribution sociale mentionnée à l'article 235terZC”.

Article 4

I. – Le code des douanes est ainsi modifié :

A. – L'article 266 *sexies* est ainsi modifié :

1° Au I, les mots : “à compter du 1er janvier 1999” sont supprimés;

2° Le I est complété par un 5, un 6, un 7 et un 8 ainsi rédigés :

“5. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou qui met à la consommation des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge relevant respectivement des rubriques 34022090, 34029090 et 38091010 à 38099100 du tarif douanier;

“6. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou qui met à la consommation des grains minéraux naturels d'un diamètre maximal de 125 millimètres relevant des rubriques 2505 et 25171010 du tarif douanier;

“7. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou qui met à la consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés relevant de la rubrique 3808 du tarif douanier dont la mise sur le marché est autorisée en application de la loi n° 525 du 2 novembre 1943 relative à l'organisation du contrôle des produits antiparasitaires à usage agricole et dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses selon les critères définis par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail;

“8.a. Tout exploitant d'un établissement industriel ou commercial ou d'un établissement public à caractère industriel et commercial dont certaines installations sont soumises à autorisation au titre de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée;

“b. Tout exploitant d'un établissement mentionné au a dont les activités, figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat après avis du Conseil supérieur des installations classées, font courir, par leur nature ou leur volume, des risques particuliers à l'environnement.” ;

3° Le II est complété par un 3, un 4 et un 5 ainsi rédigés :

“3. Aux produits mentionnés au 6 du I du présent article issus d'une opération de recyclage ou qui présentent une teneur sur produit sec d'au moins 97% d'oxyde de silicium;

“4. Aux préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, aux produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, aux grains minéraux naturels, aux produits antiparasitaires à usage agricole et aux produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I du présent article lorsque la première livraison après fabrication nationale consiste en une expédition directe à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou en une exportation;

“5. A l’exploitation d’installations classées par les entreprises inscrites au répertoire des métiers.”

B. – L’article 266*septies* est complété par un 5, un 6, un 7 et un 8 ainsi rédigés :

“5. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d’acquisition intracommunautaire ou la mise à la consommation des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l’article 266*sexies*;

“6. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d’acquisition intracommunautaire ou la mise à la consommation des grains minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l’article 266 *sexies*;

“7. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d’acquisition intracommunautaire ou la mise à la consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses mentionnés au 7 du I de l’article 266*sexies*;

“8.a. La délivrance de l’autorisation prévue par l’article 3 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée;

“b. L’exploitation au cours d’une année civile d’un établissement mentionné au b du 8 du I de l’article 266*sexies*.”

C. – L’article 266*octies* est complété par un 5, un 6 et un 7 ainsi rédigés :

“5. Le poids des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l’article 266*sexies*;

“6. Le poids des grains minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l’article 266*sexies*;

“7. Le poids des substances classées dangereuses selon les critères définis par les arrêtés pris pour l’application de l’article R. 231-51 du code du travail qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés mentionnés au 7 du I de l’article 266*sexies*.”

D. – L’article 266*nonies* est ainsi modifié :

1° Le tableau figurant au 1 est ainsi rédigé :

Désignation des matières ou opérations imposables	Unité de perception	Quotité (En francs.)
--	------------------------	-------------------------

Déchets		
Déchets réceptionnés dans une installation de stockage de déchets ménagers et assimilés	Tonne	60
Déchets réceptionnés dans une installation de stockage de déchets ménagers et assimilés de provenance extérieure au périmètre du plan d'élimination des déchets, élaboré en vertu de l'article 10-2 de la loi n° 75-633 du 15 juillet 1975, dans lequel est située l'installation de stockage	Tonne	90
Déchets industriels spéciaux réceptionnés dans une installation d'élimination de déchets industriels spéciaux	Tonne	60
Déchets réceptionnés dans une installation de stockage de déchets industriels spéciaux	Tonne	120
Substances émises dans l'atmosphère		
Oxydes de soufre et autres composés soufrés	Tonne	250
Acide chlorhydrique	Tonne	250
Protoxyde d'azote	Tonne	375
Oxydes d'azote et autres composés oxygénés de l'azote, à l'exception du protoxyde d'azote	Tonne	300
Hydrocarbures non méthaniques, solvants et autres composés organiques volatils	Tonne	250
Décollages d'aéronefs		
Aérodromes du groupe 1	Tonne	68
Aérodromes du groupe 2	Tonne	25
Aérodromes du groupe 3	Tonne	5
Lubrifiants, huiles et préparations lubrifiantes dont l'utilisation génère des huiles usagées		
Lubrifiants, huiles et préparations lubrifiantes	Tonne	250
Préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, et produits adoucissants et assouplissants pour le linge		
– dont la teneur en phosphates est inférieure à 5 % du poids	Tonne	470
– dont la teneur en phosphates est comprise entre 5% et 30% du poids	Tonne	520
– dont la teneur en phosphates est supérieure à 30 % du poids	Tonne	570
Grains minéraux naturels		
Grains minéraux naturels	Tonne	0,60

Substances classées dangereuses qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole et des produits assimilés		
Catégorie 1	Tonne	0
Catégorie 2	Tonne	2500
Catégorie 3	Tonne	4000
Catégorie 4	Tonne	5500
Catégorie 5	Tonne	7000
Catégorie 6	Tonne	9000
Catégorie 7	Tonne	11000
Installations classées		
Délivrance d'autorisation :		
– artisan n'employant pas plus de deux salariés	–	2900
– autres entreprises inscrites au répertoire des métiers	–	7000
– autres entreprises	–	14600
Exploitation au cours d'une année civile (tarif de base)	–	2200

2° L'article est complété par un 7 et un 8 ainsi rédigés :

“7. Les substances classées dangereuses qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole et des produits assimilés mentionnés au 7 du I de l'article 266*sexies* sont réparties en sept catégories affectées d'un taux unitaire spécifique en fonction de leurs caractéristiques écotoxicologiques et toxicologiques définies par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail :

Danger toxicologique	Phrase de risque écotoxicologique			
	R50/53, R50	R51/53	R52/53, R52, R52 ou R53	autres
T+ ou T aggravé par l'une des phrases de risque R33, R40, R45, R46, R48, R49 ou R60 à R64	catégorie 7	catégorie 6	catégorie 5	catégorie 4
T non aggravé par l'une des phrases de risque précitées ou Xn aggravé par l'une des phrases de risque R33, R40, R48 ou R62 à R64	catégorie 6	catégorie 5	catégorie 4	catégorie 3
Xn non aggravé par l'une des phrases de risque précitées, Xi ou C	catégorie 5	catégorie 4	catégorie 3	catégorie 2
Autres	catégorie 4	catégorie 3	catégorie 2	catégorie 1

“8. Le décret en Conseil d'Etat prévu au *b* du 8 du I de l'article 266*sexies* fixe un coefficient multiplicateur compris entre un et dix pour chacune des activités exercées dans les installations classées, en fonction de sa nature et de son volume. Le montant de la taxe

effectivement perçue chaque année par établissement au titre de chacune de ces activités est égal au produit du tarif de base fixé dans le tableau figurant au 1 ci-dessus et du coefficient multiplicateur.”

E. – L’article 266*decies* est complété par un 3 ainsi rédigé :

“3. Les préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, les produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, les grains minéraux naturels, les produits antiparasitaires à usage agricole et les produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I de l’article 266*sexies* donnent lieu, sur demande, à remboursement de la taxe afférente lorsqu’ils sont expédiés à destination d’un Etat membre de la Communauté européenne ou exportés.”

F. – Il est créé un article 266 *terdecies* ainsi rédigé :

“*Art. 266terdecies.* – Par dérogation aux dispositions des articles 266*undecies* et 266*duodecies*, les services chargés de l’inspection des installations classées contrôlent, liquident et recouvrent la part de la taxe générale sur les activités polluantes assise sur la délivrance de l’autorisation prévue par l’article 3 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée et sur l’exploitation au cours d’une année civile d’un établissement mentionné au *b* du 8 du I de l’article 266*sexies* selon les modalités suivantes :

“I. – Au vu des renseignements transmis par le préfet, les services chargés de l’inspection des installations classées dressent la liste des redevables, fixent le montant de la taxe et, le cas échéant, des pénalités dues par chacun de ceux-ci et prescrivent l’exécution de la recette correspondante.

“Ils notifient à l’assujetti le montant de la taxe et, le cas échéant, des pénalités à acquitter par un avis qui indique les dates de mise en recouvrement, d’exigibilité et d’application de l’intérêt de retard en cas de non-paiement.

“La date d’exigibilité est fixée au dernier jour du deuxième mois suivant celui de la mise en recouvrement.

“Le montant de la taxe non acquittée le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible est majoré d’un intérêt de retard dont le taux mensuel est fixé à 0,75% du montant des sommes restant dues.

“L’encaissement de la taxe ainsi que, le cas échéant, des pénalités, est effectué par l’intermédiaire d’une régie de recettes fonctionnant dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux régies de recettes et aux régies d’avance des organismes publics.

“A défaut de paiement et au plus tard deux mois après le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible, le recouvrement des sommes impayées est assuré dans les conditions prévues par la réglementation générale sur la comptabilité publique au vu des ordres de recettes émis par l’ordonnateur dont relève la régie de recettes mentionnée à l’alinéa précédent.

“II. – La taxe générale sur les activités polluantes assise sur l’exploitation d’un établissement mentionné au *b* du 8 du I de l’article 266*sexies* est due au 1er janvier de chaque année, ou ultérieurement à la date de mise en fonctionnement de l’établissement ou éventuellement de l’exercice d’une nouvelle activité. La taxe est due dans tous les cas pour l’année entière. Son paiement incombe à la personne physique ou morale qui exploite l’établissement à cette date.

“En cas de cessation d’activité ou de changement survenu dans un établissement de nature à modifier sa situation au regard de cette taxe, l’exploitant fait parvenir une déclaration au préfet dans un délai d’un mois à compter de cet événement.

“Lorsque cette déclaration est inexacte ou n’est pas déposée dans ce délai, les services chargés de l’inspection des installations classées notifient aux assujettis, trente jours au moins avant l’émission du titre exécutoire, les éléments servant au calcul de la taxe.

“En cas de défaut de déclaration dans le délai prescrit, les services mentionnés ci-dessus procèdent à la taxation d’office et l’assortissent de l’intérêt de retard et de la majoration prévus à l’article 1728 du code général des impôts.

“En cas d’inexactitude de la déclaration, les rappels de taxe sont assortis de l’intérêt de retard et, le cas échéant, de la majoration prévus à l’article 1729 du code général des impôts.

“Les majorations mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas du présent II sont notifiées, avec leur motivation, aux assujettis qui disposent d’un délai de trente jours pour présenter leurs observations. Les services mentionnés ci-dessus ne peuvent émettre le titre exécutoire qu’à l’expiration de ce délai.”

II. – L’article 17 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l’environnement est abrogé.

III. – Les dispositions des I et II sont applicables à compter du 1er janvier 2000.

Article 4 bis (nouveau)

Les jeunes agriculteurs bénéficient d’une exonération partielle des cotisations techniques et complémentaires d’assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d’assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation. Cette exonération est applicable pendant les trois années civiles qui suivent celle au cours de laquelle ils bénéficient des prestations d’assurance maladie du régime des personnes non salariées agricoles et remplissent, en qualité de chef d’exploitation, des conditions, définies par décret, relatives à la taille économique maximale de leur exploitation. Pour bénéficier de l’exonération, ils doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles; un décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d’âge.

Les cotisations visées à l’alinéa précédent sont réduites de 65% au titre de la

première année civile au cours de laquelle est accordée l'exonération, de 55% au titre de la seconde et de 35% au titre de la troisième. Le plafond de ces exonérations et le montant minimal de cotisations dont les jeunes agriculteurs sont redevables sont déterminés par décret.

Article 5

I. – L'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“Art. L. 139-1. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV de l'article L. 136-8 et la répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

“Chaque régime d'assurance maladie, à l'exception de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, reçoit un montant égal à celui perçu en 1998 au titre de la répartition tant de ces contributions que des droits de consommation sur les alcools corrigé de l'impact sur douze mois de la revalorisation du taux de la contribution sociale généralisée intervenue au 1er janvier 1998. Ce montant est réactualisé au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution de l'assiette de la contribution visée à l'article L. 136-1 entre les deux derniers exercices clos.

“Ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

“La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reçoit le solde de la contribution sociale généralisée après la répartition prévue au deuxième alinéa du présent article.

“La commission de répartition dresse, au terme d'un délai de cinq ans, un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle présente au Parlement et propose, le cas échéant, une modification des modalités de calcul des montants versés à chaque régime.”

II. – A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le taux : “5%” est remplacé par le taux : “45%”.

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

1° L'article L. 139-2 est abrogé;

2° A l'article L. 241-1, les mots : “et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2” sont supprimés;

3° Au dernier alinéa de l'article L. 612-1, les mots : “et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application

des dispositions de l'article L. 139-2" sont supprimés;

4° Au dernier alinéa de l'article L. 711-2, les mots : "et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2" sont supprimés.

IV. – Le code rural est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article 1031, les mots : "et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 du même code" sont supprimés;

2° A l'article L. 1106-6-3, les mots : "et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 de ce code" sont supprimés.

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

Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, le montant des contributions dues au titre de l'exercice 2000 est déterminé par la double application aux montants fixés pour 1998 du taux d'évolution de l'assiette annuelle de la contribution entre 1998 et 1997.

Article 5 bis (nouveau)

I. – L'article L. 651-9 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

"Ces majorations de retard peuvent faire l'objet d'une remise totale ou partielle décidée par le directeur de l'organisme visé à l'article L. 651-4. Ces décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale qui statuent en dernier ressort."

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux demandes de remises de majorations postérieures au 1er janvier 2000.

III. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Article 6

Pour 2000, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

(En milliards de francs.)

Cotisations effectives 1043,0

Cotisations fictives	201,5
Contributions publiques	67,1
Impôts et taxes affectés	515,6
Transferts reçus	4,7
Revenus des capitaux	1,7
Autres ressources.....	34,1
Total des recettes	1867,7

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES ET A LA TRESORERIE

Section 1

Branche famille

Article 7

I. – L'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“*Art. L. 551-1.* – Le montant des prestations familiales est déterminé d’après des bases mensuelles de calcul revalorisées par décret, une ou plusieurs fois par an, conformément à l’évolution des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour l’année civile à venir.

“Si l’évolution constatée des prix à la consommation hors tabac est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement destiné à assurer, pour l’année civile suivante, une évolution des bases mensuelles conforme à l’évolution des prix à la consommation hors tabac.”

II. – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2000.

Pour l’année 2000, il est fait application du mécanisme d’ajustement découlant du deuxième alinéa de l’article L. 551-1 du code de la sécurité sociale au titre de l’évolution constatée en moyenne annuelle de l’indice des prix hors tabac de l’année 1999. Le montant des bases mensuelles issu de ce calcul est majoré, à titre exceptionnel, de 0,3%.

Article 8

I. – L'article L. 512-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 3° est abrogé;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

“Toutefois, pour l'attribution du complément familial et de l'allocation de logement mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 511-1 et à l'article L. 755-21, l'âge limite peut être différent de celui mentionné au 2° du présent article.”

II. – Les dispositions du 2° du I sont applicables, à compter du 1er janvier 2000, au titre des enfants nés à compter du 1er janvier 1980.

III. – L'article 22 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille est abrogé au 31 décembre 1999.

IV. – A l'article L. 755-21 du code de la sécurité sociale, il est inséré, après le premier alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

“Un décret fixe l'âge limite pour l'ouverture du droit à cette allocation pour tout enfant dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3 à condition qu'il poursuive des études, ou qu'il soit placé en apprentissage ou en stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail, ou qu'il se trouve, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle.”

Article 9

La Caisse nationale des allocations familiales bénéficie d'une garantie de ressources pour la période courant du 1er janvier 1998 au 31 décembre 2002.

Les ressources de la Caisse nationale des allocations familiales perçues au titre de l'année 2002 ne seront pas inférieures aux ressources de cette caisse pour l'année 1997 revalorisées, déduction faite de la subvention versée par l'Etat au titre de la majoration d'allocation de rentrée scolaire et d'un montant équivalent aux ressources transférées en 2000 à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en vertu de l'article 10 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

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

La revalorisation mentionnée au deuxième alinéa est égale à l'évolution du produit intérieur brut en valeur aux prix courants sur l'ensemble de la période visée au premier

alinéa, mentionnée dans le rapport sur les comptes de la Nation.

Section 2

Branche vieillesse

Article 10

I. – A la section 2 du chapitre Ier du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 251-6-1 ainsi rédigé :

“*Art. L. 251-6-1.* – La Caisse nationale d’assurance vieillesse des travailleurs salariés affecte au fonds de réserve pour les retraites mentionné au deuxième alinéa de l’article L. 135-1 :

“1° Le résultat excédentaire de l’exercice clos de chacun des fonds dont elle a la gestion, à l’exception de celui du régime spécial mentionné à l’article L. 715-1; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe chaque année la date de ce versement;

“2° Le cas échéant, en cours d’exercice, un montant représentatif d’une fraction de l’excédent prévisionnel de l’exercice tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre de ce même exercice; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement.”

II. – L’article L. 135-6 du même code est ainsi modifié :

1° Le 3° devient le 4°;

2° Il est inséré un 3° ainsi rédigé :

“3° Les montants résultant de l’application de l’article L. 251-6-1;”

3° (*nouveau*) Il est inséré un 3° *bis* ainsi rédigé :

“3° *bis* Une fraction égale à 49 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16;”.

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

IV (*nouveau*). – Le II de l’article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“II. – Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :

“– 49 % au fonds mentionné à l’article L. 135-6;

- “– 8 % à la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés;
- “– 30 % à la Caisse nationale d’assurance vieillesse des travailleurs salariés;
- “– 13 % à la Caisse nationale des allocations familiales.”

Article 11

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

“*Art. L. 351-11.* – Au titre de l’année 2000, le coefficient de revalorisation applicable au 1er janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu’aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 1,005.”

Article 12

Au dernier alinéa de l’article L. 161-22 et au premier alinéa de l’article L. 634-6 du code de la sécurité sociale, à l’article L. 353-1 du code rural et à l’article 14 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, la date : “31 décembre 1999” est remplacée par la date : “31 décembre 2000”.

Article 13

Un prélèvement est effectué sur le fonds de réserve et de compensation, prévu à l’article R. 642-4 du code de la sécurité sociale, au profit du régime obligatoire géré dans le cadre de l’article L. 644-1 du même code par la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d’assurance vieillesse, pour financer l’opération d’intégration dans ladite caisse de la Caisse autonome de retraite des géomètres-experts, experts agricoles et fonciers.

Le montant de ce prélèvement, qui ne peut excéder le tiers des ressources disponibles au 31 décembre 1999 du fonds mentionné au précédent alinéa, est fixé par le conseil d’administration de la Caisse nationale d’assurance vieillesse des professions libérales.

Article 13 bis (nouveau)

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

Le montant au 1er avril 1972 des cotisations faisant l’objet de cette régularisation de cotisations est revalorisé par application des coefficients dont ont été affectées les valeurs

des points de retraite entre cette date et la date à laquelle est effectué le versement.

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

Section 3

Branche maladie

Article 14

I. – Le troisième alinéa de l'article L. 355-23 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

“Les dépenses afférentes aux missions énoncées dans le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

“Un décret fixe les modalités d'application du présent article.”

II. – Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 9 intitulée : “Dépenses relatives aux prestations dispensées dans des consultations à vocation préventive” qui comprend l'article L. 174-16 ainsi rédigé :

“*Art. L. 174-16.* – I. – Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé soumis au régime de financement institué à l'article L. 174-1 sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l'article L. 174-1.

“La répartition des sommes versées aux établissements au titre de l'alinéa précédent est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2.

“Ces dépenses sont incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements prévu à l'article L. 174-1-1.

“II. – Les dépenses des consultations de dépistage prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et effectuées dans des structures autres que celles mentionnées au I sont prises en charge par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.

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

III. – L’article 6bis de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

“Art. 6bis. – Sans préjudice des dispositions du titre II du livre III du code de la santé publique, les centres de planification ou d’éducation familiale peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d’un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent de manière anonyme le dépistage et le traitement de ces maladies. Ils interviennent à titre gratuit en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes qui ne relèvent pas d’un régime de base d’assurance maladie ou qui n’ont pas de droits ouverts dans un tel régime. Dans ces cas, les dépenses relatives au dépistage et au traitement sont prises en charge par les régimes d’assurance maladie, sans qu’il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l’ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l’assurance maladie et à la participation de l’assuré aux tarifs servant de base aux remboursements. Un décret pris après avis du Conseil supérieur d’hygiène publique de France fixe les modalités d’application du présent article. Ce décret fixe également les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et à ce traitement sont prises en charge par les organismes d’assurance maladie sur la base des tarifs déterminés dans les conditions prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.”

IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.

Article 15

I. – L’article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l’usage illicite des substances vénéneuses est ainsi rédigé :

“Art. 3. – Les dépenses de prévention résultant du titre VI du livre III du code de la santé publique, ainsi que les dépenses de soins des personnes mentionnées à l’article L. 355-21 de ce code, sont à la charge de l’Etat.

“Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d’assurance maladie, sans qu’il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l’ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l’assurance maladie, à la participation de l’assuré aux tarifs servant de base au remboursement ainsi qu’au forfait mentionné à l’article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.”

II. – Le second alinéa de l’article L. 628-5 du code de la santé publique est remplacé

par trois alinéas ainsi rédigés :

“Les dépenses d’aménagement des établissements de cure ainsi que les dépenses de soins entraînées par l’application des articles L. 628-1 à L. 628-3 sont prises en charge par l’Etat.

“Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d’assurance maladie, sans qu’il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l’ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l’assurance maladie, à la participation de l’assuré aux tarifs servant de base au remboursement ainsi qu’au forfait mentionné à l’article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

“Un décret en Conseil d’Etat fixe les modalités d’application des dispositions des deux alinéas précédents.”

III. – Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est créé une section 10 ainsi rédigée :

“Section 10

“Dépenses afférentes aux cures de désintoxication

“*Art. L. 174-17.* – Dans les établissements de santé régis par l’article L. 174-1, les dépenses liées à une cure de désintoxication réalisées avec hébergement et prises en charge par l’assurance maladie au titre de l’article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l’usage illicite des substances vénéneuses et de l’article L. 628-5 du code de la santé publique sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l’article L. 174-1.

“La répartition des sommes versées aux établissements au titre du précédent alinéa est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l’année considérée, telle qu’elle résulte de l’application de l’article L. 174-2.

“Les dépenses mentionnées au premier alinéa sont incluses dans l’objectif prévisionnel d’évolution des dépenses des établissements prévu à l’article L. 174-1-1.”

IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.

Article 16

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

1° L’intitulé du livre VII est ainsi rédigé : “Etablissements de santé, thermo-climatisme, laboratoires et centres de santé” ;

2° Il est ajouté un titre IV ainsi rédigé :

“TITRE IV

“CENTRES DE SANTE

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

“Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l’exception des établissements de santé mentionnés au titre Ier du présent livre, soit par des collectivités territoriales. Ils sont soumis à l’agrément de l’autorité administrative, dans des conditions prévues à l’article L. 162-32 du code de la sécurité sociale.”

II. – La section 7 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

“Section 7

“Centres de santé

“Art. L. 162-32. – L’agrément des centres de santé prévu à l’article L. 765-1 du code de la santé publique est délivré par l’autorité administrative, sous réserve du résultat d’une visite de conformité, au vu d’un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité.

“Les caisses primaires d’assurance maladie versent aux centres de santé une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres en application de l’article L. 241-1 pour les personnes qu’ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d’auxiliaires médicaux relevant des sections 1 et 2 du présent chapitre.

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

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

“Les conditions d’application du présent article, notamment celles relatives à l’agrément, aux prescriptions techniques ainsi qu’au versement de la subvention par les

caisses primaires d'assurance maladie et à la dispense d'avance de frais, sont fixées par décret.

“*Art. L. 162-32-1.* – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.

“Cet accord détermine notamment :

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

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

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

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

“5° *Supprimé*.....;

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

“*Art. L. 162-32-2.* – L'accord national, ses annexes et avenants sont approuvés dans les conditions prévues à l'article L. 162-15.

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

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

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

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

III. – L’ensemble des centres de santé agréés dans le cadre des dispositions applicables avant l’entrée en vigueur de la présente loi conservent le bénéfice de l’agrément qui leur a été antérieurement accordé. Pour ceux des centres qui ne remplissent pas les conditions prévues à l’article L. 162-32, les tarifs applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

Article 17

I. – L’article L. 162-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les deux derniers membres de phrase du 2° deviennent le dernier alinéa de l’article;

2° Le 2° est supprimé;

3° Les 3°, 4° et 5° deviennent respectivement les 2°, 3° et 4°;

4° Après le 4°, sont insérés un 5° et un 6° ainsi rédigés :

“5° Le cas échéant :

“a) Les conditions particulières d’exercice propres à favoriser la coordination des soins;

“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 professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux;

“c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d’évaluation associées aux formes d’exercice et modes de rémunération mentionnés aux *a* et *b* ci-dessus;

“6° 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 professionnels mentionnés au 1°.” ;

5° Dans le huitième alinéa, les mots : “du 4°” sont remplacés par les mots : “du 3°” ;

6° Les neuvième à douzième alinéas sont supprimés;

7° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

“Pour la mise en œuvre des 5° et 6°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l’article L. 162-31-1.”

II. – Après le 5° de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :

“6° Le cas échéant :

“a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;

“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 infirmiers participant à ces réseaux;

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

“7° 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 infirmiers.

“Pour la mise en œuvre des 6° et 7°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1.”

III. – L'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 6°, il est inséré un 7° et un 8° ainsi rédigés :

“7° Le cas échéant :

“a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;

“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 masseurs-kinésithérapeutes participant à ces réseaux;

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

“8° 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 autres que curatives des masseurs-kinésithérapeutes.” ;

2° Après le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

“Pour la mise en œuvre des 7° et 8°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1.”

IV. – L'article L. 162-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : “une ou plusieurs organisations syndicales membres

du Comité professionnel national de la biologie mentionné à l'article L. 162-14-1" sont remplacés par les mots : "une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale" ;

2° Après le 4°, il est inséré un 5° et un 6° ainsi rédigés :

"5° Le cas échéant :

"a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins;

"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 directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale participant à ces réseaux;

"c) Les droits et obligations respectifs des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus;

"6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des analyses de biologie médicale ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale." ;

3° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

"Pour la mise en œuvre des 5° et 6°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1."

V. – Au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 3.1 intitulée : "Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3", comprenant une sous-section 1 intitulée : "Conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants" comprenant l'article L. 162-15 ainsi rétabli :

"*Art. L. 162-15.* – Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, leurs annexes et avenants sont transmis, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes est consulté par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à la caisse et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

"Les conventions, annexes et avenants sont approuvés par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées, dans le délai de quarante-cinq jours à compter de la réception du

texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.

“Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de la convention, de l'avenant ou de l'annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions divisibles, les ministres compétents peuvent, dans le délai prévu ci-dessus, disjoindre cette ou ces seules dispositions de l'approbation. Ils notifient cette disjonction à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. Ils peuvent également, dans les mêmes conditions, lorsqu'une convention ou un avenant a pour objet de rendre opposables les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15, exclure certaines références de l'approbation dans l'intérêt de la santé publique. Il est fait mention de ces exclusions lors de la publication.

“Les conventions, annexes et avenants approuvés sont publiés au *Journal officiel* de la République française.

“La convention nationale est applicable aux professionnels concernés qui déclarent à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai fixé par cette convention, y adhérer.”

VI. – Les articles L. 322-5-4 et L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

“*Art. L. 322-5-4.* – La convention mentionnée à l'article L. 322-5-2, ses annexes et avenants sont approuvés et s'appliquent aux entreprises de transport sanitaire concernées dans les conditions prévues aux articles L. 162-15, L. 162-15-1 et L. 162-15-2.

“*Art. L. 322-5-5.* – L'annexe annuelle mentionnée à l'article L. 322-5-3, ainsi que les annexes modificatives, sont conclues et approuvées dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-2.”

VII. – Le premier alinéa du I de l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase est ainsi rédigée :

“Ce règlement fixe les dispositions et sanctions visées aux articles L. 162-5 et au II de l'article L. 162-5-13.” ;

2° La troisième phrase est supprimée.

VIII. – Après l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-13, constitué :

1° De la dernière phrase du premier alinéa du II de l'article L. 162-5-2 de ce code, dans laquelle les mots : “Ces tarifs” sont remplacés par les mots : “Les tarifs des médecins mentionnés à l'article L. 162-15-2”, et qui constitue le I de l'article L. 162-5-13;

2° D'un II ainsi rédigé :

“II. – La ou les conventions médicales prévues à l'article L. 162-5 peuvent prévoir, lorsqu'elles autorisent la pratique des honoraires différents des tarifs qu'elles fixent, soit un plafond de dépassement par acte soit un plafond annuel pour les dépassements perçus par un praticien pour l'ensemble de son activité, ce plafond pouvant être déterminé en fonction du montant total des dépassements constatés l'année précédente. Elles peuvent fixer des plafonds différents pour les médecins ayant souscrit le contrat prévu à l'article L. 162-12-18.”

IX. – L'article L. 162-5-7 du code de la sécurité sociale devient l'article L. 162-15-1 et est inséré à la fin de la sous-section 1 de la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier; dans ce même article, les mots : “un médecin” sont remplacés par les mots : “un professionnel de santé”.

X. – Le II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

“Un avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et, en son sein, l'objectif de dépenses déléguées et précise les conditions et modalités de mise en œuvre de ces objectifs.” ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

“Les dépenses déléguées comprennent les dépenses mentionnées au 1° ci-dessus ainsi que les frais de transport mentionnés à l'article L. 322-5.”

XI. – A la fin de l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale, les mots : “l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville” sont remplacés par les mots : “l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et l'objectif de dépenses déléguées”.

XII. – Dans la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, est insérée une sous-section 2 intitulée : “Dispositions relatives à la fixation et au suivi des objectifs de dépenses”, comprenant les articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3 ainsi rédigés :

“*Art. L. 162-15-2.* – I. – Chaque année, dans le respect de l'objectif de dépenses déléguées mentionné au II de l'article L. 227-1, une annexe fixe, pour chacune des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 :

“1° L'objectif des dépenses de la profession, incluant les dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires, un objectif étant fixé pour les médecins généralistes, d'une part, et pour les médecins spécialistes, d'autre part; cet objectif s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile concernée et porte sur les dépenses remboursables

par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail;

“2° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux, en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention, pour les médecins et les chirurgiens-dentistes;

“3° Le cas échéant, les mesures de toute nature propres à garantir le respect de l'objectif fixé et notamment :

“a) Toute action visant à réduire le volume des actes non justifiés au plan médical et notamment les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques;

“b) Les modifications, dans la limite de 20%, de la cotation des actes inscrits à la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie auxquelles les parties à la convention peuvent procéder.

“A défaut de convention pour l'une des professions visées au présent I, et après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée, ou à défaut d'annexe pour l'une des conventions, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale déterminent, pour la profession concernée, les éléments de l'annexe visés aux 1°, 2° et 3° du présent I.

“II. – Les parties à chacune des conventions assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I, au moins deux fois dans l'année; une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année.

“A défaut de convention, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie assurent ce suivi et consultent les syndicats représentatifs de la profession concernée.

“Lorsqu'elles constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application du I, les parties à chacune des conventions déterminent, par une annexe modificative, les mesures de toute nature propres à garantir son respect et notamment celles prévues au 3° du I ainsi que, le cas échéant, les ajustements des tarifs prévus au 2°.

“A défaut d'accord entre les parties conventionnelles ou en l'absence de convention, après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée et lorsque le montant des dépenses réalisées n'est manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif fixé, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale signataire de la convention concernée déterminent les mesures prévues à l'alinéa précédent.

“En cas de carence des caisses nationales ou lorsqu'il apparaît que les mesures proposées au titre des quatre alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses, un arrêté interministériel fixe les tarifs et mesures mentionnés aux 2° et 3° (b) du I.

“*Art. L. 162-15-3. – I. – Un rapport d’équilibre est établi par la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d’assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu’aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l’agriculture, de l’économie et du budget dans un délai de cinquante jours à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, accompagné des annexes mentionnées à l’article L. 162-15-2 et, le cas échéant, des mesures déterminées par la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d’assurance maladie en application du dernier alinéa du I de cet article.*

“Ce rapport comporte les éléments permettant d’apprécier la compatibilité des annexes ou des mesures déterminées par les caisses nationales avec l’objectif de dépenses déléguées mentionné au II de l’article L. 227-1.

“Le rapport indique également les moyens mis en œuvre par l’assurance maladie pour maîtriser l’évolution des dépenses de prescription des médecins, sages-femmes et dentistes. Il détaille à ce titre les actions, notamment de contrôle, prévues par le service médical, les actions d’information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d’évaluation des pratiques ainsi que celles menées au titre des accords médicalisés visés à l’article L. 162-12-17. Le rapport précise l’effet projeté de chaque action sur les dépenses de prescription, par catégorie.

“Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l’agriculture, de l’économie et du budget.

“II. – Un rapport d’équilibre est établi par la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d’assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu’aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l’agriculture, de l’économie et du budget au plus tard respectivement les 15 juillet et 15 novembre, accompagné, le cas échéant, des annexes modificatives mentionnées à l’article L. 162-15-2 et des mesures déterminées par la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d’assurance maladie en application de l’avant-dernier alinéa du II de cet article.

“III. – Les annexes et, le cas échéant, les mesures déterminées par la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d’assurance maladie au titre de l’article L. 162-15-2 font l’objet d’une approbation unique des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l’agriculture, de l’économie et du budget.

“Ces annexes sont réputées approuvées si les ministres n’ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés, dans le délai de quinze

jours à compter de leur réception, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou en raison des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.

“En cas d'opposition, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose d'un délai de dix jours pour revoir le contenu des annexes et les présenter à nouveau, dans les conditions fixées au premier alinéa du I et au II ci-dessus, aux ministres compétents.

“IV. – En cas d'opposition du ministre aux nouvelles propositions de la caisse, un arrêté interministériel fixe :

“1° Au plus tard le soixante-quinzième jour suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, les éléments des annexes annuelles;

“2° Au plus tard les 31 juillet et 30 novembre, les tarifs liés aux ajustements prévus au II de l'article L. 162-15-2.

“V. – Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels de santé, en vigueur le 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur de l'annexe ou d'un arrêté pris en application du présent article.”

XII *bis* (nouveau). – Dans la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, est insérée une sous-section 3 intitulée : “Dispositions diverses”, comprenant un article L. 162-15-4 ainsi rédigé :

“Art. L. 162-15-4. – I. – A défaut de convention pour les médecins spécialistes ou à défaut d'annexe pour cette convention, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux éléments de l'annexe mentionnée au I de l'article L. 162-15-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.

“II. – A défaut d'accord entre les parties à la convention des médecins spécialistes ou en l'absence de convention pour les médecins spécialistes, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux mesures mentionnées au troisième alinéa du II de l'article L. 162-5-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.”

XIII. – Au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 2.2 intitulée : “Accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins”, comprenant les articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 ainsi rédigés :

“*Art. L. 162-12-17.* – Un ou des accords de “bon usage des soins” peuvent être conclus, à l’échelon national, par les parties à la ou les conventions mentionnées à l’article L. 162-5 et, à l’échelon régional, entre les unions régionales de caisses d’assurance maladie et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Ces accords sont transmis par la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés ou par l’union régionale de caisses d’assurance maladie aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.

“En l’absence de convention, ces accords peuvent être conclus, à l’échelon national, entre la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d’assurance maladie et au moins un syndicat représentatif des médecins généralistes ou des médecins spécialistes et, à l’échelon régional, entre l’union régionale de caisses de sécurité sociale et les représentants, dans la région, des syndicats représentatifs au niveau national des médecins généralistes ou des médecins spécialistes.

“Les accords nationaux et régionaux prévoient des objectifs médicalisés d’évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre. Ils peuvent fixer des objectifs quantifiés d’évolution de certaines dépenses et prévoir les modalités selon lesquelles les médecins conventionnés peuvent percevoir une partie du montant des dépenses évitées par la mise en œuvre de l’accord.

“Cette partie est versée aux professionnels concernés par l’action engagée, dans la limite, le cas échéant, d’un plafond, en fonction de critères définis par l’accord.

“Les dispositions du précédent alinéa ne peuvent être mises en œuvre que lorsque les résultats de ces actions ont été évalués dans les conditions prévues par l’accord et qu’ils établissent que les objectifs fixés ont été atteints.

“Les accords nationaux et régionaux sont approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans des conditions identiques à celles prévues aux deuxième et troisième alinéas de l’article L. 162-15. Seuls les accords régionaux ayant recueilli l’avis favorable de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés et d’au moins une autre caisse nationale peuvent être soumis à l’approbation des ministres.

“*Art. L. 162-12-18.* – La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 déterminent les conditions dans lesquelles les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui ouvre droit à la majoration de la participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.

“Ce contrat, défini par la convention, précise les objectifs d’évolution de la pratique des professionnels concernés et fixe les engagements pris par ces derniers.

“Le contrat comporte nécessairement des engagements relatifs :

“– à l’évaluation de la pratique du professionnel;

“– aux actions de formation continue;

“– aux modalités de suivi avec le service du contrôle médical de son activité et, le cas échéant, de ses pratiques de prescription;

“– à la prescription de médicaments génériques, s’agissant des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes;

“– à l’application des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l’article L. 162-12-15.

“Le contrat peut en outre comporter d’autres engagements, portant notamment sur :

“– le mode d’exercice du praticien afin de favoriser, le cas échéant par une participation à des réseaux de soins, une meilleure coordination des soins ou permettre des regroupements professionnels;

“– le niveau de son activité;

“– sa participation aux programmes d’information destinés aux assurés et mis en place par les caisses d’assurance maladie;

“– le cas échéant, sa collaboration aux différents services mis en place par les caisses d’assurance maladie à destination des assurés.

“Le contrat peut, dans les conditions fixées par les conventions, être complété par des dispositions définies par un accord conclu à l’échelon régional entre l’union régionale des caisses d’assurance maladie et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions nationales.

“Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d’assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l’adhésion du professionnel, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations.”

XIV. – Les articles L. 162-5-11, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 722-4 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

“*Art. L. 162-5-11.* – Les caisses d’assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, en application de l’article L. 242-11, par les médecins exerçant leur activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions prévues à l’article L. 162-5.

“Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d’assurance maladie, les régimes d’assurance maladie des professions agricoles et le régime d’assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les conventions mentionnées à l’article L. 162-5 pour les médecins qui ont adhéré au contrat de bonne pratique prévu à l’article L. 162-12-18.

“La participation prévue à l’alinéa précédent n’est toutefois pas due aux médecins

autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires différents des tarifs qu'elle fixe.

“La participation des caisses ne peut être allouée que si le médecin a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret.

“La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les médecins ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent.

“A défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation, cette partie étant inférieure à celle résultant de la dernière convention.

“Toutefois, si l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable.”

“*Art. L. 645-2.* – Le financement des avantages vieillesse prévu au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires déterminée, dans des conditions fixées par décret, sur des bases forfaitaires tenant compte, le cas échéant, de l'importance du revenu que les bénéficiaires tirent de leur activité professionnelle de praticien ou d'auxiliaire médical, pour chacune des catégories professionnelles intéressées par référence aux tarifs plafonds fixés par les conventions prévues pour ces professions aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14.

“Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due. Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 pour les professionnels de santé qui ont adhéré au contrat prévu à l'article L. 162-12-18.

“La participation prévue à l'alinéa précédent n'est toutefois pas due aux médecins autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires différents des tarifs qu'elle fixe.

“La participation des caisses ne peut être allouée que si le professionnel concerné a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret.

“La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les clauses qu'elles déterminent.

“Art. L. 645-2-1. – En ce qui concerne les médecins, à défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l’article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d’assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, cette partie étant d’un montant inférieur à celui de la participation prévue à l’article L. 645-2.

“Toutefois, si l’application du règlement conventionnel ne résulte pas de l’arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l’alinéa précédent n’est opérée qu’à l’issue d’un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n’est plus applicable.”

“Art. L. 722-4. – Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu’ils tirent des activités professionnelles mentionnées à l’article L. 722-1 et sur leurs avantages de retraite.

“Les caisses d’assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due. Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d’assurance maladie, les régimes d’assurance maladie des professions agricoles et le régime d’assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 pour les professionnels de santé qui ont adhéré au contrat prévu à l’article L. 162-12-18.

“La participation prévue à l’alinéa précédent n’est toutefois pas due aux médecins autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires différents des tarifs qu’elle fixe.

“La participation des caisses ne peut être allouée que si le professionnel concerné a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret.

“La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les clauses qu’elles déterminent.

“Les cotisations dues sur les avantages de retraite sont précomptées lors de chaque versement par l’organisme qui paie ces avantages. Un décret détermine les modalités de calcul et de recouvrement des cotisations dues par les bénéficiaires, ainsi que les exonérations accordées aux titulaires d’avantages de retraite dont les ressources sont insuffisantes.

“Art. L. 722-4-1. – A défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l’article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d’assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, cette partie étant d’un montant inférieur à celui de la participation prévue à l’article L. 645-2.

“Toutefois, si l’application du règlement conventionnel ne résulte pas de l’arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l’alinéa précédent

n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable."

XV. – Les articles L. 162-5-2, L. 162-5-3, L. 162-5-4, les dispositions des sous-sections 2 et 3 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, ainsi que les articles L. 162-12-3, L. 162-12-4, L. 162-12-5, L. 162-12-10, L. 162-12-11, L. 162-12-12, L. 162-14-1, L. 162-14-2, L. 162-14-3 et L. 162-14-4 de ce code sont abrogés.

XVI. – L'article L. 162-5-5 du même code devient l'article L. 162-5-2. Les articles L. 162-12-6 et L. 162-12-7 deviennent respectivement les articles L. 162-12-3 et L. 162-12-4. Les articles L. 162-12-13 et L. 162-12-14 deviennent respectivement les articles L. 162-12-10 et L. 162-12-11.

XVII. – Les sous-sections 4 et 5 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale deviennent respectivement les sous-sections 2 et 3 de cette même section.

Article 18

I. – La section 1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-4-1 ainsi rédigé :

“Art. L. 162-4-1. – Les médecins sont tenus de mentionner sur les documents produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical :

“1° Lorsqu'ils établissent une prescription d'arrêt de travail donnant lieu à l'octroi de l'indemnité mentionnée au 5° de l'article L. 321-1, les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail;

“2° Lorsqu'ils établissent une prescription de transport en vue d'un remboursement, les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit.

“Ils sont tenus en outre de porter sur ces mêmes documents les indications permettant leur identification par la caisse et l'authentification de leur prescription.”

II. – L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 2°, les mots : “selon les règles définies par l'article L. 322-5” sont remplacés par les mots : “selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5” ;

2° Le 5° est ainsi modifié :

a) Après les mots : “l'incapacité physique constatée par le médecin traitant”, sont insérés les mots : “, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1,” ;

b) Après les mots : “l'incapacité peut être également constatée”, sont insérés les mots : “, dans les mêmes conditions,”.

Article 19

I. – Après l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 315-2-1 ainsi rédigé :

“*Art. L. 315-2-1.* – Si, au vu des dépenses présentées au remboursement, le service du contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un assuré dans les cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, il peut convoquer l'intéressé. Le service du contrôle médical peut établir, le cas échéant conjointement avec un médecin choisi par l'assuré, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés. Ces recommandations sont transmises à l'assuré par le médecin choisi par celui-ci, lorsque ces recommandations sont établies conjointement, ou à défaut, par le service du contrôle médical.

“Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat.”

II. – Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les mots : “, L. 315-2 et L. 315-3” sont remplacés par les mots : “, L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3”.

III. – Au début du IV de l'article 1106-2 du code rural, les mots : “, L. 315-2 et L. 315-3” sont remplacés par les mots : “, L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3”.

Article 20

Le fonds mentionné à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est doté de 500 millions de francs au titre de l'exercice 2000.

Article 21

Pour la contribution due au titre de l'année 2000, est substitué le taux de 2% au taux K mentionné dans le tableau figurant à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale.

Article 22

I. – Les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique sont redevables d'une contribution exceptionnelle au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Ne sont pas redevables les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France du 1er janvier au 31 décembre 1999 au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 du code de la sécurité sociale et L. 618 du code de la

santé publique est inférieur à 100 millions de francs, sauf lorsqu'elles sont filiales à 50% au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé réalisé en France au titre des mêmes spécialités dépasse cette limite.

II. – La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France du 1er janvier au 31 décembre 1999 au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 du code de la sécurité sociale et L. 618 du code de la santé publique.

III. – Le taux de la contribution est fixé par décret à un niveau compris entre 1,2% et 1,3%.

IV. – Les entreprises mentionnées au I sont tenues de déclarer à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les éléments nécessaires au calcul de la contribution avant le 15 mai 2000.

La contribution est versée au plus tard le 1er septembre 2000.

V. – La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sous les garanties et sanctions applicables pour le recouvrement de la contribution prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale.

Article 22 bis (nouveau)

L'article L. 601 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

“Pour une spécialité générique visée au premier alinéa de l'article L. 601-6, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration de ces droits.”

Article 23

I. – A l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, les mots : “tout acte, prestation ou fourniture, à l'exception des médicaments, lesquels relèvent de l'article L. 162-17 ou de l'article L. 618 du code de la santé publique,” sont remplacés par les mots : “tout acte ou prestation”.

II. – Au 3° de l'article L. 791-2 du code de la santé publique, les mots : “actes, prestations et fournitures qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception des médicaments” sont remplacés par les mots : “actes ou prestations qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie”.

III. – Le chapitre V du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi

modifié :

1° L'article L. 165-1 devient l'article L. 165-6;

2° Sont insérés les articles L. 165-1 à L. 165-5 ainsi rédigés :

“Art. L. 165-1. – Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission dont le secrétariat est assurée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.

“Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

“La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.

“Art. L. 165-2. – Les tarifs de responsabilité des produits mentionnés à l'article L. 165-1 sont établis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3.

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

“Art. L. 165-3. – Les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, sur proposition du Comité économique des produits de santé, peuvent fixer par arrêté les prix des produits mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38.

“Art. L. 165-4. – Le comité économique des produits de santé est notamment chargé de proposer les tarifs de responsabilité et les prix pour les produits mentionnés à l'article L. 165-1.

“Il peut, dans ce but, conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le montant des remises est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon la clé de répartition prise pour l'application de l'article

L. 162-37.

“Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits mentionnés à l’article L. 165-1 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.

“Les conditions d’application du présent article sont fixées par décret en Conseil d’Etat.

“*Art. L. 165-5.* – Les fabricants et les distributeurs des produits mentionnés à l’article L. 165-1 dont le chiffre d’affaires hors taxes afférent aux ventes réalisées en France est supérieur à 5 millions de francs doivent déclarer chaque année à l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé les volumes vendus et le chiffre d’affaires réalisé en France des produits susmentionnés pris en charge par l’assurance maladie.”

IV. – La première phrase du I de l’article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

“Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique des produits de santé.”

Aux articles L. 138-10, L. 162-16-4, L. 162-17-3 et L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, les mots : “Comité économique du médicament” sont remplacés par les mots : “Comité économique des produits de santé”.

V. – Les dispositions applicables à la date d’entrée en vigueur de la présente loi prévoyant, pour certaines catégories de produits visés à l’article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, que le prix de vente ne peut excéder le tarif de responsabilité demeurent applicables jusqu’à ce que des dispositions ultérieures interviennent en application de l’article L. 165-3 du code de la sécurité sociale, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l’économie.

VI. – L’article L. 314-1 du code de la sécurité sociale est abrogé à compter de la publication du décret en Conseil d’Etat prévu à l’article L. 165-1 du même code.

VII. – Le troisième alinéa de l’article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est supprimé.

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

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

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

“*Art. L. 162-22-1.* – Pour les établissements de santé mentionnés à l’article L. 710-16-2 du code de la santé publique, un décret en Conseil d’Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine :

“1° Les catégories de prestations d’hospitalisation, sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale;

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

“2° *bis (nouveau)* Les modalités de détermination par l’agence régionale de l’hospitalisation des tarifs des prestations des établissements nouvellement créés ou issus d’un regroupement entre établissements;

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

“4° Les modalités de versement des sommes correspondantes;

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

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

“*Art. L. 162-22-2.* – I. – Chaque année, est défini un objectif quantifié national des établissements mentionnés à l’article L. 710-16-2 du code de la santé publique, constitué par le montant annuel des frais d’hospitalisation dans ces établissements pris en charge par les régimes obligatoires d’assurance maladie, dont le contenu est fixé par décret. Toutefois, n’entrent pas dans ce montant les versements de l’assurance maladie afférents aux activités d’alternatives à la dialyse en centre ainsi que d’hospitalisation à domicile.

“Le montant de l’objectif quantifié national est arrêté par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l’économie et du budget en fonction de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à l’issue desquelles des établissements de santé ou des services et des

activités de ces établissements se trouvent placés, pour tout ou partie :

“a) Sous le régime de financement prévu à l’article L. 174-1 du présent code alors qu’ils étaient auparavant régis par l’article L. 710-16-2 du code de la santé publique;

“b) Sous le régime de financement prévu par l’article L. 710-16-2 du code de la santé publique alors qu’ils étaient auparavant régis par l’article L. 174-1 du présent code.

“II. – Un décret en Conseil d’Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les données utilisées pour la détermination de l’objectif quantifié national et les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il tient compte à cet effet notamment de l’évolution constatée des dépenses au titre de l’année antérieure, et des changements de régime juridique et financier de certains établissements.”

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

“*Art. L. 162-22-3.* – I. – Chaque année, au plus tard le 25 février, un accord entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au moins une des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés mentionnés à l’article L. 710-16-2 du code de la santé publique détermine :

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

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

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

“II. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et la ou les organisations nationales les plus représentatives des établissements signataires de l’accord mentionné au I observent l’évolution des dépenses entrant dans le champ de l’objectif quantifié national, 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.

“Chaque année, au plus tard le 30 janvier, la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés communique à l’Etat et aux agences régionales de l’hospitalisation mentionnées à l’article L. 710-17 du code de la santé publique, pour l’ensemble des régimes obligatoires d’assurance maladie, le montant total des versements afférents aux

frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 au titre de l'année précédente et sa répartition par région, établissement et nature d'activité.

“En vue de permettre un suivi de l'objectif quantifié national en cours d'année, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant des frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région :

“1° Le 15 juin au plus tard, pour les quatre premiers mois;

“2° Le 15 octobre au plus tard, pour les huit premiers mois.

“Lorsqu'il apparaît que l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec l'objectif fixé en application de l'article L. 162-22-2, les parties à l'accord déterminent les mesures de toute nature propres à garantir son respect.

“A défaut, et après consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements concernés, un arrêté conjoint des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale fixe les mesures nécessaires dans les conditions prévues au I du présent article.

“III. – Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des dépenses d'hospitalisation en cours d'année, y compris en cas de défaut de transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés des données mentionnées aux alinéas précédents, dans les délais prévus aux mêmes alinéas.

“*Art. L. 162-22-4.* – Chaque année, au plus tard le 31 mars, un accord conclu entre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et les représentants, dans la région, d'une au moins des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés signataires de l'accord mentionné à l'article L. 162-22-3 fixe, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-2 et L. 162-22-3 ainsi que des orientations arrêtées par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, définies au 2° de l'article L. 710-20 du code de la santé publique, les règles générales de modulation des tarifs des prestations des établissements de la région, en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique.

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

“A défaut d'accord, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation fixe ces dispositions.

“*Art. L. 162-22-5.* – I. – Les tarifs des prestations de chaque établissement de santé

privé mentionné à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens mentionné au même article.

“Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1^{er} mai de l'année en cours.

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

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

“1^o Fausse cotation de prestations définies au 1^o de l'article L. 162-22-1;

“2^o Absence de réalisation des prestations facturées;

“3^o Dépassement des capacités autorisées définies à l'article L. 712-2 du code de la santé publique.

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

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

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

“*Art. L. 162-22-7 (nouveau).* – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, détermine chaque année, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les taux d'évolution moyens des tarifs des prestations afférentes aux activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. Cet arrêté détermine également les variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués à ces établissements par les agences régionales de l'hospitalisation, selon des critères définis par l'accord prévu à l'article L. 162-22-4.”

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

1^o La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : “, dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale et conformément à un contrat type fixé par décret” ;

2° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée;

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

4° Le quatrième alinéa est supprimé;

5° Au sixième alinéa, les mots : “du contrat tripartite national mentionné à l’article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale” sont remplacés par les mots : “de l’article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale”.

IV. – Les deux derniers alinéas de l’article L. 710-20 du code de la santé publique sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

“3° L’accord prévu à l’article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale, ou à défaut, son contenu ainsi que les contrats pluriannuels mentionnés aux articles L. 710-16, L. 710-16-1 et L. 710-16-2.”

V. – Il est créé, au chapitre V du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, un article L. 165-7 ainsi rédigé :

“*Art. L. 165-7.* – Les frais d’acquisition et de renouvellement des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont remboursés aux établissements mentionnés à l’article L. 710-16-2 du code de la santé publique à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l’article L. 165-2 du présent code, sur présentation des factures. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l’établissement s’effectue sur la base d’une partie de la somme de ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.”

VI. – Le chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale est complété par une section 9 ainsi rédigée :

“Section 9

“Frais d’hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés à l’article L. 710-16-2 du code de la santé publique

“*Art. L. 174-16.* – Les frais d’hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés à l’article L. 710-16-2 du code de la santé publique pris en charge par les régimes obligatoires d’assurance maladie sont versés, pour le compte de l’ensemble des régimes d’assurance maladie, par la caisse primaire d’assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l’établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d’un autre régime.

“Les sommes versées aux établissements pour le compte des différents régimes en application de l’alinéa précédent sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d’accord entre les régimes, un arrêté interministériel fixe cette répartition.

“Un décret en Conseil d’Etat détermine les modalités d’application du présent article.”

VII. – Les dispositions du contrat national tripartite de l’hospitalisation privée du 15 avril 1997 demeurent applicables jusqu’à ce que le contenu des 1° à 6° de l’article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ait été fixé par décret.

VIII. – A. – Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1er janvier 2000, un fonds destiné à financer des opérations concourant à l’adaptation de l’offre de soins hospitaliers, au niveau régional, dans le respect du schéma régional d’organisation sanitaire, réalisées par les établissements de santé privés mentionnés à l’article L. 710-16-2 du code de la santé publique.

Ce fonds, dénommé “Fonds pour la modernisation des cliniques privées”, est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

B. – Les établissements de santé concernés reçoivent des subventions versées par la Caisse des dépôts et consignations à la demande de l’agence régionale de l’hospitalisation et dans les conditions prévues au D ci-dessous.

C. – Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d’assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et pour 2000, à 100 millions de francs.

La répartition entre les différents régimes est effectuée au prorata des dépenses d’assurance maladie supportées par chacun d’entre eux pour les établissements mentionnés à l’article L. 710-16-2 du code de la santé publique au titre de l’exercice précédent.

D. – L’attribution des subventions est confiée, dans la limite des crédits alloués, aux agences régionales de l’hospitalisation mentionnées aux articles L. 710-19 et L. 710-20 du code de la santé publique.

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

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

F (*nouveau*).– Le dernier alinéa de l’article L. 715-10 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

“ Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions pour leurs équipements, à

l'exception des subventions du Fonds pour la modernisation des cliniques privées. ”

IX. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les actes pris en application de l'arrêté du 28 avril 1999 pris en application des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et fixant l'objectif des dépenses d'assurance maladie des établissements relevant de l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique pour l'année 1999 sont validés, en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'illégalité de cet arrêté.

X.– Pour l'application en 2000 des dispositions du II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale, l'évolution constatée des dépenses, mentionnée audit II, s'apprécie par rapport à un objectif, pour 1999, égal à 42,936 milliards de francs.

XI (*nouveau*).–Le II de l'article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée est ainsi modifié :

1° Les premier, deuxième, avant-dernier et dernier alinéas sont supprimés ;

2° Dans le troisième alinéa, les mots : “ au 4° de l'article L. 162-22-2 ” sont remplacés par les mots : “ au I de l'article L. 162-22-3 ”.

Article 25

Le quatrième alinéa de l'article 11-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est ainsi rédigé :

“Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner, pour les budgets des organismes de sécurité sociale, des charges injustifiées ou excessives, compte tenu des objectifs et dotations définis à l'article 27-5.”

Section 4

Branche accidents du travail

Article 26 A (*nouveau*)

Dans le premier alinéa du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), les mots : “ deux ans ” sont remplacés par les mots : “ trois ans ”.

Article 26

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

I. – Dans le premier alinéa du I, après les mots : “des établissements de fabrication de matériaux contenant de l’amiante,”, sont insérés les mots : “des établissements de flochage et de calorifugeage à l’amiante ou de construction et de réparation navales,”.

I *bis (nouveau)*.–Dans le deuxième alinéa du I, après les mots : “où y étaient fabriqués”, sont insérés les mots : “ou traités l’amiante ou”.

II.– Après le troisième alinéa du I, il est inséré quatre alinéas ainsi rédigés :

“3° S’agissant des salariés de la construction et de la réparation navales, avoir exercé un métier figurant sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget.

“Le bénéficiaire de l’allocation de cessation anticipée d’activité est ouvert aux ouvriers dockers professionnels sous réserve qu’ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu’ils remplissent les conditions suivantes :

“1° Travailler ou avoir travaillé, au cours d’une période déterminée, dans un port au cours d’une période pendant laquelle étaient manipulés des sacs d’amiante; la liste de ces ports et, pour chaque port, de la période considérée est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale, des transports et du budget;

“2° Avoir atteint un âge déterminé qui pourra varier en fonction de la durée du travail dans le port sans pouvoir être inférieur à cinquante ans.”

III. – Le dernier alinéa du I est complété par les mots : “ni avec une allocation de préretraite ou de cessation anticipée d’activité”.

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

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

Article 26 bis (nouveau)

I.– Le quatrième alinéa de l’article L. 434-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“ En cas d’accidents successifs, le taux ou la somme des taux d’incapacité permanente antérieurement reconnu constitue le point de départ de la réduction ou de l’augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente. Lorsque, par suite d’un ou plusieurs accidents du travail, la réduction totale subie par la capacité professionnelle est égale ou supérieure à un taux minimum, l’indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l’attribution d’une rente qui tient compte de ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l’attribution d’une indemnité en capital. ”

II. – Le I est applicable au calcul des rentes versées pour les accidents de travail et les maladies professionnelles déclarés à compter du 1er janvier 2000.

Section 5

Objectifs de dépenses par branche

Article 27

Pour 2000, les objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :

(En milliards de francs.)

Maladie-maternité-invalidité-décès	731,0
Vieillesse-veuvage	801,7
Accidents du travail	54,7
Famille	264,0
Total des dépenses	1851,4

Section 6

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Article 28

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 658,3 milliards de francs pour l'année 2000.

Section 7

Mesures relatives à la trésorerie

Article 29

Au chapitre V du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est créé un article

L. 255-2 ainsi rédigé :

“*Art. L. 255-2.* – Les montants encaissés par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale sur leurs comptes spéciaux d’encaissement sont obligatoirement transférés par virement pour l’alimentation du compte unique de disponibilités courantes de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Ces dispositions entrent en vigueur au 1^{er} septembre 2000.”

Article 29 bis (nouveau)

Il est inséré, au titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, un chapitre IX bis ainsi rédigé :

“ CHAPITRE IX BIS

“ Neutralisation des effets de trésorerie des relations financières entre l’Etat, les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale et ces régimes

“ Art. L. 139-2.–Les relations financières entre l’Etat et les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale, d’une part, l’Etat et ces régimes, d’autre part, les organismes concourant à leur financement et les régimes de protection sociale, enfin, sont régies par des conventions qui garantissent en particulier la neutralité des flux financiers pour la trésorerie des régimes de protection sociale. ”

Article 30

Est ratifié le décret n° 99-860 du 7 octobre 1999 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale.

Article 31

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

(En milliards de francs.)

Régime général.....	29,0
Régime des exploitants agricoles	12,5
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 2 novembre 1999.

Le Président,
Signé : LAURENT FABIUS

ANNEXE

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

Le Gouvernement entend conforter notre système de protection sociale parce qu'il organise des solidarités fondamentales nécessaires à chacun pour faire face aux risques de la vie. Il constitue en cela un puissant facteur de cohésion sociale et, loin d'être un obstacle à la croissance économique, il en est un des supports.

Une sécurité sociale en déficit est une sécurité sociale affaiblie; le redressement des comptes sociaux a donc été engagé. Dès 1999, l'ensemble des organismes de protection sociale – régimes maladie, vieillesse, famille et chômage – dégagera un excédent d'environ 10 milliards de francs. Il ne subsiste, en 1999, qu'un léger déficit du régime général d'environ 4 milliards après un déficit de 53 milliards en 1996, de 34 en 1997 réduit à 16,5 milliards en 1998. Les prévisions pour 2000 font apparaître un excédent d'environ 2 milliards.

Convaincu de la nécessité de disposer de comptes fiables en temps utiles pour améliorer la gestion de la sécurité sociale, le Gouvernement s'engage à promouvoir l'harmonisation des plans comptables des différents régimes et l'accélération de la publication des comptes, ainsi qu'à présenter en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 les principaux agrégats en droits constatés et les éléments permettant le passage d'une présentation à l'autre.

S'appuyant sur ce redressement des comptes, la politique de protection sociale s'articule autour des axes suivants :

– permettre à tous d'accéder aux soins, améliorer leur qualité, promouvoir la participation des citoyens, assurer la maîtrise de l'évolution des dépenses et garantir un financement pérenne reposant sur le revenu du travail et du capital, incluant les profits financiers des entreprises, sont les objectifs généraux de la politique de santé;

– conforter les parents dans leur rôle éducatif, faciliter la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, accroître l'appui aux familles en charge de jeunes adultes, faciliter l'accueil de l'enfant

constituent les axes majeurs de la politique familiale;

– pour faire face au défi du vieillissement, les réformes nécessaires pour assurer la consolidation de nos régimes par répartition au nouveau contexte démographique seront entreprises dans le dialogue et la concertation; les conditions de prise en charge de la dépendance seront améliorées;

– l'intégration des personnes handicapées sera favorisée à travers, notamment, la révision de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales;

– dans le souci de favoriser l'emploi, une réforme d'ampleur réduisant les cotisations sociales assises sur les salaires, notamment ceux des moins qualifiés, sera entreprise.

A. – Une politique de santé au service des populations

1. Des soins de qualité pour tous

a) Permettre à tous d'accéder aux soins

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle constitue un progrès majeur pour garantir à tous l'accès aux soins. Elle ouvre le droit à une couverture complémentaire gratuite pour les plus modestes de nos concitoyens; 6 millions de personnes sont concernées. Elle permettra également à l'ensemble des résidents d'accéder à une couverture maladie de base.

Le Gouvernement entend assurer, en liaison avec l'ensemble des acteurs concernés – professionnels de santé, caisses d'assurance maladie, collectivités locales, associations humanitaires, organismes de couverture complémentaire –, une pleine application de cette loi à partir du 1er janvier 2000.

b) Promouvoir le droit des malades et construire la démocratie sanitaire

Les états généraux de la santé ont donné la parole aux citoyens et ont permis d'engager un véritable débat public autour de la santé. Leur succès – près de mille réunions, une forte mobilisation des usagers – a montré un grand désir de participation. Les débats ont montré une forte attente d'information et d'écoute en matière de santé et une exigence de qualité portant sur les aspects relationnels, plus que sur les aspects techniques. L'accès aux soins, la lutte contre la douleur, le vieillissement, la santé des jeunes, la prévention sont également au centre des préoccupations de nos concitoyens.

Le Gouvernement, pour tenir compte de ces préoccupations, propose une loi visant à affirmer les droits des malades, notamment en ce qui concerne l'accès au dossier médical. Des dispositifs plus efficaces de recours et de médiation seront mis en place. La participation des usagers à la définition et à la mise en œuvre des politiques de santé publique, en particulier sur le plan régional, sera renforcée. Une réflexion sera menée pour prendre en compte l'aléa thérapeutique.

c) Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé

Un plan d'information et d'actions pour garantir un exercice effectif du droit à la contraception a été engagé. Il s'agit de promouvoir une meilleure maîtrise de la contraception et de permettre le recours à la contraception d'urgence. Le Gouvernement entend améliorer la prévention des grossesses non désirées

et garantir l'accès à l'interruption volontaire de grossesse sur l'ensemble du territoire. Concernant les pilules dites de troisième génération, le Gouvernement poursuivra ses efforts afin de garantir à toutes les femmes un égal accès au choix le plus large de contraceptifs oraux.

La santé au féminin étant un volet incontournable de la politique de santé publique, le Gouvernement s'engage à veiller à renforcer la formation en gynécologie médicale.

L'éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques sera développée pour améliorer l'efficacité de la prise en charge et permettre une plus grande autonomie de la personne malade. Le diabète et l'asthme feront l'objet, dès 2000, d'expérimentations locales et régionales.

Dans les premiers mois de l'an 2000, tous les départements disposeront d'un programme de dépistage du cancer du sein, réalisé à partir d'un cahier des charges et garanti par un contrôle de qualité définis nationalement. Le dépistage du cancer du col de l'utérus sera généralisé dans les deux ans. Celui du cancer du côlon sera étendu à de nouveaux départements.

Le Gouvernement poursuivra les actions entreprises dans le cadre du programme de prévention du suicide 1998-2000, notamment chez les jeunes. L'objectif est de réduire à moins de 10 000 le nombre des morts dues à des suicides chaque année en France.

La prévention a également été renforcée en matière de lutte contre le saturnisme. Il n'était pas acceptable que de jeunes enfants puissent contracter des maladies graves uniquement parce qu'ils n'ont pas la chance d'habiter dans des logements récents ou rénovés. La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a rendu obligatoire la déclaration de tout cas de saturnisme observé chez une personne mineure, ainsi qu'un diagnostic de l'habitat lorsque celui-ci présente un risque manifeste ou lorsqu'un cas d'intoxication au plomb chez un mineur y a été identifié.

En 1999, un plan de lutte contre la drogue, les toxicomanies et en faveur de la prévention des dépendances aux substances psychoactives tenant compte des nouvelles modalités de consommation, en particulier chez les jeunes, a été établi. L'an 2000 permettra la mise en place d'une politique nationale de prévention des pratiques addictives, notamment pour les jeunes en milieu scolaire et extra-scolaire.

A la suite du rapport de M. Recours, le Gouvernement entend accentuer sa politique de lutte contre le tabagisme :

- s'inscrivant dans la perspective de la hausse des prix de 20 % proposée par M. Recours, afin d'avoir un réel impact sur la consommation, le Gouvernement recherchera au cours des années 2000-2002 une hausse des prix du tabac d'au moins 5 % par an ;

- les minima des perceptions des taxes seront progressivement relevés et uniformisés entre les différents types de cigarettes ;

- à l'occasion de sa présidence de l'Union européenne, la France proposera à ses partenaires un réexamen des règles de la fiscalité du tabac afin de réduire la consommation et d'harmoniser les règles fiscales dans l'Union ;

- les moyens dont disposeront l'Etat et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour la prévention du tabagisme seront renforcés ;

- le Gouvernement permettra un meilleur accès aux substituts nicotiques utilisés dans le sevrage tabagique ;

- il organisera une concertation sur l'intérêt, en termes de santé publique, d'interdire la vente de tabac aux personnes de moins de seize ans, en s'inspirant des résultats obtenus dans les pays étrangers, et

en associant davantage les petits débitants de tabac, pour qu'ils participent à des actions de prévention en direction des jeunes.

Enfin, le nombre et les moyens des centres de cure ambulatoire en alcoologie, qui relèvent depuis le 1er janvier 1999 de l'assurance maladie, seront renforcés.

En 1999, des orientations d'actions en matière de politique nutritionnelle et de carences nutritionnelles ont été définies. Le Gouvernement entend inscrire la nutrition parmi les thèmes prioritaires de santé publique au niveau de l'Union européenne, en 2000.

La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles sera renforcée. En 1999, les missions des centres de dépistage anonyme et gratuit ont été étendues au dépistage de l'hépatite B et C et aux maladies sexuellement transmissibles. Ce dépistage sera en 2000 entièrement pris en charge par l'assurance maladie.

d) Améliorer la qualité des soins

Pour améliorer la qualité des soins en cancérologie, la pluridisciplinarité des prises en charge sera favorisée et des réseaux seront constitués pour garantir la coordination et la continuité des soins.

Le Gouvernement a engagé une démarche identique pour améliorer la prise en charge des personnes diabétiques. Un programme d'organisation des soins sera mis en œuvre en 2000 en se fondant en particulier sur les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

La sécurité et la qualité de prise en charge de la grossesse seront améliorées. La mise en place d'une politique périnatale, favorisant au niveau régional le travail en réseau de l'ensemble des établissements de santé et des professionnels concernés, débutée en 1999, sera poursuivie en 2000. Au niveau individuel, chaque femme enceinte devrait pouvoir bénéficier d'un premier entretien spécialisé centré sur la prévention.

Attaché à conforter et développer la pratique de la dialyse dans notre pays, le Gouvernement mettra en place un système de recensement des malades permettant d'adapter les structures de soins aux besoins recensés.

L'évaluation du respect des mesures de sécurité anesthésique, en s'assurant de la formation en nombre suffisant d'anesthésistes, et de la qualité de prise en charge des urgences à l'hôpital sera poursuivie.

Les actions débutées en 1999, dans le cadre du plan national de lutte contre l'hépatite C, seront poursuivies, en particulier en matière de prévention, afin que le plus grand nombre des personnes porteuses du virus de l'hépatite C connaissent leur état sérologique et reçoivent les traitements nécessaires.

Le programme de lutte contre la douleur, débuté en 1998, sera renforcé avec la généralisation des protocoles déléguant aux infirmiers la prescription d'antalgiques et la poursuite d'une large information du public. Le dispositif de prise en charge à domicile des personnes en fin de vie sera renforcé.

e) Poursuivre l'organisation du dispositif de sécurité sanitaire

La loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme a permis la création d'une Agence de sécurité

sanitaire des aliments, la transformation du réseau national de santé publique en Institut de veille sanitaire et celle de l'Agence du médicament en Agence de sécurité sanitaire des produits de santé.

Un Comité national de la sécurité sanitaire réunit l'ensemble des autorités compétentes et permet d'assurer une coordination générale de l'action publique. Des systèmes d'alerte ont été mis en place dans les grands secteurs de risque et permettent des interventions plus rapides et plus précoces des pouvoirs publics.

Ces institutions sont désormais opérationnelles; leurs conseils d'administration ont été récemment installés. Elles donneront toute leur portée aux actions de prévention, d'alerte et d'évaluation mais également de gestion des risques lorsqu'ils surviennent.

De même, l'obligation de lutte contre les infections nosocomiales a été renforcée. La mise en place des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) est désormais une obligation légale, y compris dans les établissements privés. La loi du 1er juillet 1998 organise un système de signalement de ces infections.

Le Gouvernement entend poursuivre le renforcement de ce dispositif :

– l'Agence française du sang laissera place au 1er janvier 2000 au nouvel Etablissement français du sang chargé de la collecte, de la production et de la distribution des produits sanguins labiles sur l'ensemble du territoire;

– une Agence de sécurité sanitaire environnementale destinée à mieux expertiser et évaluer l'impact, sur la santé, des perturbations de l'environnement sera créée.

f) Améliorer la sécurité au travail, mieux prendre en charge les maladies professionnelles

Le nombre des accidents du travail est à nouveau en augmentation. Si la reprise de l'activité peut expliquer ce phénomène, il n'en appelle pas moins une vigilance accrue.

Le Gouvernement a donc ouvert une réflexion collective et concertée afin d'assurer une meilleure prévention des risques professionnels. Il s'agit d'assurer une meilleure articulation de l'action, au sein de l'entreprise, des représentants du personnel, de la médecine du travail, des services de prévention de l'assurance maladie et de l'inspection du travail.

Dans ce cadre, les organisations de salariés et d'employeurs ont engagé, depuis avril 1999, une concertation sur les améliorations à apporter à notre système de prévention. Le Gouvernement souhaite que ces réflexions contribuent à la définition d'une réforme de la médecine du travail qui permettra de garantir l'indépendance des médecins et de développer les actions de prévention dans le milieu du travail.

L'Institut de veille sanitaire renforcera, pour sa part, la surveillance des risques professionnels. L'inspection du travail sera mobilisée dans le cadre d'orientations prioritaires portant sur l'évaluation des risques dans les entreprises, notamment la lutte contre le risque cancérigène et la surveillance de la qualité des équipements de travail et de protection.

Par ailleurs, le dispositif de prise en charge des maladies professionnelles a été profondément rénové pour mieux garantir les droits des victimes.

Ainsi, un délai raisonnable est désormais imposé aux caisses pour reconnaître le caractère professionnel de la maladie. Les délais de prescription ont été redéfinis afin d'empêcher que les victimes soient privées de leurs droits du seul fait de la méconnaissance de l'origine professionnelle de leur état. Pour les victimes de l'amiante, tous les dossiers prescrits peuvent désormais être rouverts.

Le barème d'invalidité en matière de maladie professionnelle a été rendu opposable aux caisses. La création de nouveaux tableaux, comme en 1999 celui relatif aux lombalgies et aux dorsalgies graves, permettra la prise en charge de nouvelles pathologies.

Des mesures particulières ont par ailleurs été prises en faveur des victimes de l'amiante. Les modalités de reconnaissance des pneumoconioses ont été alignées sur le droit commun. Un fonds a été créé pour financer l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante. Dans un premier temps, les personnes concernées étaient celles ayant travaillé dans des entreprises de fabrication de matériaux contenant de l'amiante. Le Gouvernement propose d'ouvrir le champ de l'allocation à d'autres secteurs d'activité : dockers, entreprises de flochage et calorifugeage, réparation et construction navales. Le Gouvernement étudie également la possibilité d'accorder cette allocation aux salariés relevant de la sidérurgie ayant travaillé au contact de l'amiante.

Enfin, il n'est plus supportable que les victimes d'accidents successifs du travail ne soient pas indemnisées sur la base d'un taux cumulé d'incapacité.

2. Moderniser notre système de santé et d'assurance maladie

a) La médecine de ville : confier une pleine responsabilité aux caisses et aux professionnels de santé pour réguler la médecine de ville

La modernisation de notre système de santé passe par un partenariat actif entre les caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé tant au niveau national qu'au niveau local.

C'est en grande partie à travers ce partenariat que peuvent aboutir les politiques structurelles qui conditionnent la qualité et l'efficacité de notre système de santé en ville.

Les possibilités offertes aux partenaires conventionnels ont été élargies. Ainsi, ils peuvent modifier les modalités de rémunération des professionnels libéraux, adapter les dispositifs de régulation de la démographie médicale, favoriser le développement des réseaux ou accroître la transparence des informations sur l'activité médicale.

Le Gouvernement soutient le processus d'informatisation des cabinets médicaux qui, malgré des difficultés techniques initiales, connaît un développement significatif : 70% des cabinets médicaux sont aujourd'hui informatisés. Il a pris les dispositions législatives nécessaires au développement de la carte médicalisée qui se substituera à la première génération de cartes Vitale.

Il propose au Parlement de renforcer cette politique conventionnelle en confiant aux caisses et aux professionnels de santé une pleine délégation pour réguler les soins de ville.

Les caisses et les syndicats représentatifs auront la responsabilité de gérer une enveloppe englobant la rémunération de l'ensemble des professionnels libéraux. Il leur appartiendra de prendre les mesures de toute nature nécessaires pour assurer le respect de cet objectif. Les caisses disposeront, dans ce cadre, de prérogatives accrues lorsqu'un accord avec les professionnels n'est pas possible. En contrepartie de cette délégation de responsabilités, elles devront établir périodiquement que leurs décisions sont conformes aux objectifs qui leur sont assignés.

De même, les caisses en charge de la gestion du risque et du contrôle médical ont une responsabilité essentielle quant à l'évolution des prescriptions. Elles seront appelées à rendre compte périodiquement de leur action dans ce domaine.

La perspective d'un reversement du corps médical, en cas d'évolution excessive de prescriptions,

n'a pas prouvé son efficacité en termes de modifications de comportements et n'apporte pas de réelles garanties en termes financiers à l'assurance maladie. Aussi le Gouvernement entend-il promouvoir un meilleur usage de prescription notamment en matière de médicament en s'appuyant sur des bases médicalisées et en privilégiant des mécanismes incitatifs. Ainsi, les caisses et les professionnels de santé seront appelés à définir des programmes de bon usage des soins au plan national ou local dont la réussite ouvrira droit à un intéressement des professionnels. De même, possibilité leur sera ouverte d'augmenter la prise en charge des cotisations sociales des professionnels qui acceptent de prendre des engagements particuliers sur la qualité de leur pratique.

Par ailleurs, le Gouvernement poursuit la modernisation de notre système de ville. Ainsi, après une large concertation avec les pharmaciens, une réforme des règles d'implantation des officines et de la marge des pharmaciens a été mise en œuvre. De même, il entend, en accord avec les professionnels paramédicaux, promouvoir une meilleure adaptation des soins aux besoins des patients. Pour cela, les professionnels auront la possibilité, si le médecin l'accepte et sous son contrôle, de définir un plan de soin.

Enfin, une réforme des études médicales initiales, dans la perspective notamment de renforcer la formation de médecine générale, ainsi qu'une réforme du dispositif de formation médicale continue seront proposées au Parlement au cours de l'an 2000.

b) L'hôpital : promouvoir la qualité des soins et adapter l'offre aux besoins.

Promouvoir la qualité des soins, adapter notre offre hospitalière aux besoins, favoriser la coopération entre établissements et avec la médecine de ville, améliorer l'efficacité globale du système hospitalier et adapter le financement correspondant à ces besoins constituent les objectifs généraux de la politique hospitalière du Gouvernement.

La démarche d'accréditation est engagée dans plusieurs dizaines d'établissements hospitaliers. Cette démarche est essentielle non seulement parce qu'elle permet de contrôler la qualité des soins dispensés mais également parce qu'elle est l'occasion d'engager une démarche de progrès dans les établissements concernés. Le Gouvernement est attaché à ce que les résultats de l'accréditation soient rendus publics pour répondre à l'exigence légitime de transparence de nos concitoyens.

De nouveaux schémas d'organisation sanitaire ont été établis. Leur élaboration a donné lieu à une large concertation avec les représentants des établissements et de leurs personnels ainsi qu'avec les représentants des usagers et les élus locaux. Ces documents ont permis de définir les priorités régionales qui serviront de base à la recomposition de l'offre hospitalière. Ainsi, certaines activités (cardiologie, cancérologie) vont connaître des développements pour mieux répondre aux besoins. D'autres activités (urgences...) sont appelées à se concentrer sur certains sites du fait des exigences de sécurité et de l'évolution des techniques et des modes de prises en charge. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) dessinent enfin le contour des réseaux qui seront instaurés entre les établissements notamment pour adapter la prise en charge à la situation des patients (périnatalité, cancérologie). Enfin, les SROS permettent d'organiser les conversions progressives du court séjour vers les long et moyen séjours.

Le Gouvernement poursuit la politique de réduction des inégalités entre régions et engage une réforme profonde des modes d'allocation des ressources pour mieux prendre en compte l'activité médicale des établissements. D'ores et déjà, la loi prévoit la possibilité d'expérimenter la tarification à la pathologie. L'étude des conditions techniques d'une généralisation de ce mode de tarification est engagée avec les représentants de l'hospitalisation publique et privée. Une attention particulière sera portée, dans ce cadre, à la prise en compte des charges particulières liées aux exigences du service public (permanence

de soins, recherche, formation...). C'est dans cet esprit que le Gouvernement propose un nouveau mode d'allocation des ressources aux cliniques privées. Elle vise à entamer dès à présent la transition vers la tarification à la pathologie, en faisant varier progressivement les tarifs, tant au niveau des régions que des établissements, pour tenir compte de l'activité médicale.

Le Gouvernement s'engage à mener une réflexion sur un renforcement de la régionalisation et de la fongibilité des enveloppes du système de santé et notamment sur la mise en place d'une enveloppe spéciale d'un montant de 0,1 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie confiée aux régions les plus en retard du point de vue sanitaire.

c) Le médicament : optimiser les prescriptions et les remboursements

La politique du Gouvernement est guidée par le souci de mettre à la disposition de nos concitoyens les progrès réalisés dans le domaine du médicament, tout en maîtrisant l'évolution des dépenses. Aussi, il convient d'optimiser la prescription et les remboursements pour pouvoir valoriser les efforts de recherche et bien rembourser les médicaments les plus utiles.

Dans cet esprit, le Gouvernement a donc pris les dispositions nécessaires pour promouvoir le développement des génériques. Les pharmaciens sont aujourd'hui autorisés à substituer des génériques aux produits princeps. La profession, dans le cadre d'un accord global, a pris des engagements sur le niveau de substitution des génériques aux produits princeps.

Le service médical rendu a vocation à servir de base à la définition des prix et du taux de remboursement des spécialités thérapeutiques. L'intérêt thérapeutique de l'ensemble des spécialités commercialisées fera l'objet d'une réévaluation dans l'année à venir. Cette démarche est d'ores et déjà engagée pour plus de mille spécialités.

La politique du Gouvernement en matière de médicament s'appuie sur les relations conventionnelles avec les laboratoires dans le cadre fixé par l'accord signé en 1999 avec le syndicat national de l'industrie pharmaceutique. Cet accord fixe la base d'une coopération entre les pouvoirs publics et l'industrie pour, notamment, maîtriser les frais de promotion ou réduire les surconsommations avérées dans certaines classes thérapeutiques.

Il conviendrait de permettre le développement de l'automédication.

Le Gouvernement mènera une réflexion afin d'engager une réforme de la fonction logistique dans la distribution du médicament.

*
* *

Les lois de financement de la sécurité sociale ne peuvent accueillir que des dispositions ayant une incidence financière. Le Gouvernement proposera donc au printemps de l'année 2000 un texte relatif à la santé. Ce texte sera construit dans le partenariat autour des objectifs suivants :

- moderniser l'assurance maladie et le cadre de ses relations avec les professionnels de santé;
- instaurer une véritable démocratie sanitaire et garantir les droits des malades;
- améliorer la qualité de notre système de soins, notamment en modernisant les conditions d'exercice des professionnels et en développant la prévention et l'éducation pour la santé;

– mieux coordonner politique de santé et lois de financement de la sécurité sociale.

B. –Rénover la politique familiale

Le Gouvernement entend aider et soutenir les familles pour qu'elles puissent pleinement assumer le rôle majeur qui leur revient dans l'éducation des enfants, la cohésion sociale, la construction de notre avenir.

Il a entrepris une rénovation en profondeur de la politique familiale dont la Conférence de la famille, réunie annuellement depuis 1998, marque les étapes. Il entend ainsi associer à sa définition l'ensemble des acteurs concernés, notamment le mouvement familial.

Le Gouvernement s'attache à conforter les parents dans leur rôle éducatif, notamment en favorisant leur participation à la vie de l'école. Il a entrepris la mise en place d'un réseau national d'appui, d'écoute et de conseil aux parents. Il poursuit avec la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) une politique active pour favoriser l'accueil des enfants hors du temps scolaire à travers les contrats temps libre et les contrats éducatifs locaux.

Il a entrepris de rendre les aides aux familles plus justes à travers la réforme du quotient familial.

Il est particulièrement sensible aux problèmes rencontrés par les familles ayant en charge les jeunes adultes. Après avoir étendu à vingt ans les allocations familiales pour tous les enfants à charge de leurs parents, il propose de porter à vingt et un ans l'âge pris en compte pour le calcul des allocations logement et le complément familial.

Il sera remis au Parlement avant le 1er octobre 2000, en vue de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, un rapport sur l'ensemble des aides auxquelles ouvre droit la charge de jeunes adultes, ainsi que sur celles qui leur sont versées.

La politique de réduction du temps de travail libérera du temps pour la vie familiale et les contraintes particulières des parents seront prises en compte dans le nouveau dispositif d'aménagement du temps de travail.

Dans la perspective de la Conférence de la famille de l'an 2000, la Délégation interministérielle à la famille est chargée de conduire une réflexion et de faire des propositions sur les structures et les conditions de l'accueil du jeune enfant.

Les aides au logement ont été améliorées en assurant leur revalorisation effective et en programmant l'alignement des loyers plafond de l'allocation de logement familial sur ceux de l'aide personnalisée au logement. Cette action sera poursuivie avec, pour objectif, une harmonisation des barèmes et des conditions de ressources pour répondre à un souci de simplification, de cohérence et de justice sociale.

Pour permettre la mise en œuvre sur le long terme de cette politique, il est proposé de garantir l'évolution des ressources de la branche famille.

C. – Faire face au défi du vieillissement

1. *Consolider nos régimes par répartition*

Le Gouvernement entend assurer la pérennité de nos régimes par répartition, dans la concertation et le souci de l'équité entre générations et entre régimes.

Le Commissariat général du Plan a établi un diagnostic de la situation de nos régimes de retraite en associant à cet exercice les partenaires sociaux et les représentants des divers régimes.

Ce diagnostic montre que nos régimes par répartition ont réussi à assurer aux retraités un niveau de vie équivalent à celui des actifs. Il montre également les charges croissantes auxquelles ils devront faire face après 2005 du fait de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses nées après 1945 et de l'allongement de la durée de vie.

Sur la base de ce diagnostic, le Gouvernement a ouvert une concertation avec les partenaires sociaux afin de définir les principes directeurs qui permettront de consolider l'ensemble des régimes au nouveau contexte démographique. Cette phase de concertation s'échelonnait jusqu'au début de l'année 2000.

Pour faciliter l'adaptation des régimes de retraites, la constitution d'un fonds de réserve sera poursuivie notamment par l'affectation des excédents de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS).

2. *Accroître la qualité des réponses données au problème de la dépendance*

Le nombre des personnes dépendantes est appelé à s'accroître. Il est actuellement d'environ 700 000. L'effort consenti pour assurer le développement des services de soins infirmiers à domicile (2 000 places en 1999) et des lits de sections de cure médicale (7 000 en 1999) sera poursuivi.

L'action du Gouvernement s'oriente selon trois axes :

– améliorer la coordination des aides autour de la personne. Pour cela, des expérimentations de "guichets uniques" ou de "bureaux d'informations et de conseils" seront lancées sur un certain nombre de sites volontaires;

– favoriser le maintien à domicile. Le développement des services d'aide à domicile sera soutenu. La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a ainsi prévu l'exonération à 100% des charges patronales de sécurité sociale pour les interventions de ces services auprès de personnes handicapées ou dépendantes. Les modalités de tarification des aides à domicile seront améliorées, en concertation avec l'ensemble des acteurs de ce secteur d'activité;

– préparer, dans les meilleures conditions, l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées. Cette réforme permettra de rendre plus transparente et équitable l'allocation des moyens de l'assurance maladie entre les établissements. Elle permettra en outre d'améliorer la qualité des prestations fournies et la formation des personnels et de mieux affirmer les droits des personnes âgées accueillies dans les établissements.

En ce qui concerne, enfin, la prestation spécifique dépendance (PSD) instituée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, le Gouvernement s'est engagé, lors du Comité national de coordination gérontologique (CNCG) du 29 avril 1999, à prendre des mesures législatives et réglementaires permettant d'améliorer le

fonctionnement de cette prestation, dont les résultats sont inférieurs aux prévisions et témoignent d'importantes inégalités de traitement entre les départements.

D. – Favoriser l'intégration des personnes handicapées; améliorer la prise en charge des personnes les plus gravement handicapées

Près de 3 millions de personnes sont confrontées à un handicap plus ou moins grave. Le Gouvernement conduit une politique globale en faveur de ces personnes, autour de deux objectifs majeurs : favoriser l'intégration des personnes handicapées dans le milieu de vie ordinaire, améliorer la prise en charge des plus gravement handicapées d'entre elles.

Ces principes commandent la mise en œuvre de trois grandes catégories de mesures :

– promouvoir le développement des dispositifs les plus favorables à l'intégration. La socialisation et l'intégration la plus précoce possible dans leur famille et à l'école ordinaire constituent un objectif prioritaire. Tous les départements seront dotés progressivement de centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). La création ou l'extension de capacités de services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) sera favorisée. Pour les adultes, le Gouvernement entend encourager toutes les initiatives favorisant le soutien à la vie à domicile des personnes handicapées. L'amélioration de l'accès aux aides techniques fait l'objet d'un examen concerté avec l'ensemble des acteurs ;

– apporter une réponse adaptée et durable à l'insuffisance de places dans les établissements spécialisés pour les adultes handicapés. La mise en œuvre du plan pluriannuel (1999-2003) destiné à créer 5 500 places nouvelles dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers à double tarification (FDT) sera poursuivie en 2000 ;

– certains types de handicaps sont encore insuffisamment pris en charge parce que trop lourds ou mal connus. Tel est le cas des polyhandicapés, des autistes, des traumatisés crâniens ou des personnes atteintes de handicaps rares. Un effort spécifique est conduit en direction de ces personnes notamment par la création en 1999 de 450 places nouvelles pour les adultes et les enfants autistes. Trois centres ressources sur les handicaps rares ont été créés. Ces actions seront poursuivies et amplifiées.

E. – Réformer le financement de la protection sociale pour favoriser l'emploi

Après le transfert des cotisations salariales maladie sur la CSG, le Gouvernement propose une réforme d'ampleur des cotisations patronales pour favoriser l'emploi.

L'assiette des cotisations patronales est rééquilibrée en faveur des entreprises de main-d'œuvre :

– par la suppression de l'actuelle ristourne dégressive de charges patronales sur les salaires inférieurs à 1,3 SMIC et son remplacement par un nouveau mécanisme d'allègements à la fois plus ample – les allègements vont jusqu'à 1,8 SMIC – et plus puissant – le nouvel allègement représente 26 points de cotisations patronales au SMIC, soit plus de 85% des cotisations patronales du régime général;

– par la création d'une contribution des employeurs sur d'autres éléments que les salaires : les bénéfices des sociétés de plus de 50 millions de francs de chiffre d'affaires et les activités polluantes.

Le bénéfice du nouvel allègement sera réservé aux entreprises ayant conclu un accord fixant la durée du travail à trente-cinq heures ou moins. L'exigence d'un accord garantit que les allègements des charges auront une contrepartie en termes d'emplois.

Cette réforme des cotisations employeurs répond ainsi aux trois objectifs majeurs que s'était fixés le Gouvernement :

– l'emploi tout d'abord. En baissant très significativement les charges sociales sur les bas et moyens salaires, cette réforme s'attaque à un handicap important de nos industries de main-d'œuvre ;

– en étendant le bénéfice des allègements jusqu'à 1,8 SMIC, c'est-à-dire à plus de deux tiers des salariés, le nouveau dispositif fait disparaître les effets pervers de freinage des évolutions salariales au niveau du SMIC introduits par la ristourne actuellement en vigueur ("trappe à bas salaire") ;

– cette réforme sera réalisée sans coût supplémentaire pour les ménages, mais également sans augmenter le montant global des prélèvements sur les entreprises.

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du 2 novembre 1999.

Le Président,

Signé : LAURENT FABIUS.