



Document
mis en distribution
le 15 octobre 2002

N° 250

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 octobre 2002.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2003,

(Renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. JEAN-PIERRE RAFFARIN,

Premier ministre,

PAR M. JEAN-FRANÇOIS MATTEI,

ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, délibéré en Conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat, sera présenté à l'Assemblée nationale par le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

TITRE I^{er}

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

Article 1^{er}

Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2003.

Article 2

L'article 3 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« - une analyse de l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. »

Exposé des motifs

L'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale fixe en son II la liste des sept annexes à joindre au projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ces annexes sont désignées par les lettres *a* à *g* correspondant à l'alinéa auquel elles sont prévues.

Afin d'améliorer le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 a établi la liste des éléments du rapport rattaché à l'annexe *b*, qui rend compte de la mise en œuvre des dispositions des lois de financement de la sécurité sociale.

Le présent article crée un nouvel élément au rapport rattaché à l'annexe *b* du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Cet élément devra décrire, au regard de l'analyse des besoins de santé, l'évolution de l'activité des soins qui fonde l'objectif de dépenses d'assurance maladie. Le Parlement disposera ainsi d'informations concrètes qui lui permettront d'enrichir ses débats sur l'évolution souhaitable des dépenses d'assurance maladie.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Article 3

I. - Au 1^o de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, le pourcentage : « 90,77 % » est remplacé par le pourcentage : « 84,45 % ».

II. - Au septième alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le pourcentage : « 8,84 % » est remplacé par le pourcentage : « 15,20 % ».

III. - Dans la deuxième phrase du III de l'article 41 de la loi n^o 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, le pourcentage : « 0,39 % » est remplacé par le pourcentage : « 0,35 % ».

IV. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2003.

Exposé des motifs

Compte tenu de l'augmentation des droits de consommation sur les tabacs prévue à l'article 4 du présent projet de loi (majoration de recette de 1 000 millions d'euros portant la recette totale à 9 610 millions d'euros), il est proposé, au I, d'affecter à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) une fraction de 15,20 % du produit de ces droits de consommation. Ce taux de 15,20 % permet de majorer le produit de cette recette affecté à la CNAMTS de 700 millions d'euros.

Par ailleurs, la part de ces droits de consommation affectée au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) est majorée de 300 millions d'euros (II). Ce nouvel apport, ainsi que celui constitué par l'augmentation de la fraction du produit de la taxe sur les conventions d'assurance affecté au fonds, prévue par l'article 28 du projet de loi de finances pour 2003 (passage de cette fraction à 44,07 % du produit, soit un apport supplémentaire de 660 millions d'euros) et dont il a été tenu compte pour le calcul de l'agrégat « impôts et taxes affectés » figurant à l'article 8 de la présente loi, permet d'assurer l'équilibre du fonds en 2003.

Enfin, le montant de droits de consommation affecté au Fonds de cessation anticipé des travailleurs de l'amiante (FCAATA) est maintenu à 34 millions d'euros (III).

L'ensemble de ces transferts sera mis en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2003.

Article 4

I. - Le code général des impôts est modifié ainsi qu'il suit :

A. - A l'article 572, le deuxième alinéa est abrogé.

B. - A l'article 572 *bis*, les mots : « pour les produits d'une marque reprise » sont remplacés par le mot : « repris ».

C. - L'article 575 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « de la France continentale », sont insérés les mots : « et les tabacs qui y sont importés » ;

2° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le montant du droit de consommation applicable à ces cigarettes ne peut être inférieur à 60 € par 1000 unités, et, à compter du 1^{er} juillet 2006, à 64 € par 1000 unités. » ;

3° Au sixième alinéa, après les mots : « du droit de consommation », sont insérés les mots : « applicable aux cigarettes mentionnées au précédent alinéa » ;

D. - L'article 575 A est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 106 € pour les cigarettes. » ;

2° Au troisième alinéa, les montants : « 45 € » et « 55 € » sont remplacés, respectivement, par les montants : « 53 € » et « 64 € » ;

3° Le quatrième alinéa est abrogé.

E. - L'article 575 C est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par les mots : « ou lors de l'importation » ;

2° Le cinquième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« A l'importation, le droit est dû par l'importateur, il est recouvré comme en matière de douane. » ;

II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 6 janvier 2003.

Exposé des motifs

Le présent article poursuit plusieurs objectifs distincts et complémentaires.

La consommation de tabac est un problème majeur de santé publique. 60 000 décès annuels sont liés à cette consommation, soit environ 10 % de la mortalité, dont 30 000 à cause d'un cancer. 3 000 décès annuels seraient liés au tabagisme passif. L'espérance de vie d'un fumeur de plus de dix cigarettes par jour est réduite de huit ans. Le coût social est très élevé.

Pour réduire la consommation, le Gouvernement dispose de plusieurs instruments qui seront mis en œuvre concomitamment. L'un d'entre eux est la hausse des prix, qui a un effet très significatif. Une hausse des taxes sur le tabac permet d'inciter les fabricants à accroître leurs prix. Par ailleurs, le surplus de recette fiscale tiré de cette augmentation des prix, évalué à un milliard d'euros, attribué

à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale, permettra de compenser pour partie les coûts engendrés par la consommation du tabac pour l'assurance maladie.

En deuxième lieu, l'article transpose en droit interne les dispositions de la directive 2002/10/CE du 12 février 2002, qui impose aux Etats membres, dans la fixation de leur taux national d'accises sur les cigarettes, le respect d'un seuil exprimé en montant par 1000 unités. Cette même directive clarifie la définition du minimum de perception sur les cigarettes et limite son application aux seules cigarettes dont le prix est inférieur à la cigarette de la classe de prix la plus demandée. Compte tenu des niveaux de prix atteints sur le marché français, cette transposition est sans incidence sur le niveau de taxation applicable en France, les seuils nationaux étant d'ores et déjà supérieurs aux minima communautaires.

En troisième lieu, cet article tire toutes les conséquences de la décision de la Cour de justice des communautés européennes du 27 février 2002, qui a invalidé les dispositions du code général des impôts relatives à l'application d'un double minimum de perception en fonction de la qualité brune ou blonde des tabacs utilisés pour fabriquer les cigarettes (article 575 A du code général des impôts ainsi que les dispositions relatives à l'impossibilité pour un fabricant ou un importateur de cigarettes de faire varier le prix de ses produits à l'intérieur d'une même marque en fonction de leur mode de conditionnement (articles 572 et 572 *bis* du code général des impôts).

Enfin, l'article a pour objet d'aligner la taxation des tabacs manufacturés importés des pays tiers, notamment par des particuliers, sur celle applicable aux tabacs manufacturés vendus dans le réseau des débiteurs.

Article 5

I. - L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 créant la Caisse d'amortissement de la dette sociale est ainsi modifiée :

1° A l'article 2, les mots : « III et IV du même article » sont remplacés par les mots : « III, IV et V du même article » ;

2° L'article 4 est complété par un V ainsi rédigé :

« V. - La caisse verse en 2003 la somme de 1 096 969 089,92 euros à l'Agence centrale des organismes de

sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

« Elle verse, au titre de la créance relative aux exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale constatée dans les comptes de chacun des régimes au titre de l'exercice 2000, la somme de 171 465 344, 88 euros à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, la somme de 10 484 547, 75 euros à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire, la somme de 2 118 360,20 euros à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines et la somme de 1 801 493, 21 euros à l'établissement national des invalides de la marine. »

II. - Est comptabilisée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sur l'exercice 2003 au titre des exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale la somme de 1 096 969 089,92 euros venant en déduction des montants inscrits aux comptes de provisions au 31 décembre 2001. L'Agence centrale répartit ce montant entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés au prorata des créances sur exonérations de cotisations comptabilisées dans les comptes de chacune des branches.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet d'apurer pour partie la créance enregistrée en 2000 par les organismes de sécurité sociale au titre des exonérations de cotisations entrant dans le champ du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).

Le I confie cette mission à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et détermine les montants versés aux organismes de sécurité sociale en 2003 (apurement pour moitié de la créance du régime général et de l'intégralité des créances des autres régimes).

Le II tire les conséquences comptables de cette opération pour les branches du régime général.

Article 6

I. - L'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 245-2.* - La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du dernier exercice clos au titre :

« 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférant, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre mer, auprès des professionnels régis par les dispositions du titre I^{er} du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

« 2° Des remboursements de frais de transport, de repas et d'hébergement des personnes mentionnées au 1°;

« 3° Des achats d'espaces publicitaires, quel qu'en soit le support, dès lors qu'une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique y est mentionnée.

« Toutefois, il est procédé sur cette assiette à un abattement forfaitaire égal à 345 000 euros et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du présent article.

« Il est également procédé :

« *a)* A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;

« *b)* A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, inscrites sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au présent article et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus aux alinéas précédents et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

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

«

Part de l'assiette correspondant au rapport « R » entre l'assiette définie aux 1° à 3° après déduction, le cas échéant, des abattements, et le chiffre d'affaires hors taxes	Taux de la contribution par tranche (%)
$R < 7,5 \%$	13,5
$7,5 \% \leq R < 9 \%$	19
$9 \% \leq R < 10,5 \%$	27
$R \geq 10,5 \%$	32

»

II. - L'article L. 245-4 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 245-4.* - Sont exonérées de cette contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos est inférieur à 15 millions d'euros, 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 métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, dépasse cette limite ou lorsqu'elles possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires consolidé avec leur propre chiffre d'affaires dépasse cette limite. Le seuil mentionné ci-dessus est revalorisé en fonction des conditions économiques par arrêté ministériel. »

III. - Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1^{er} décembre 2003.

Exposé des motifs

La contribution instituée aux articles L. 245-1 et suivants du code de la sécurité sociale, assise sur les dépenses de promotion de l'industrie pharmaceutique, a donné lieu au cours des dernières années à de nombreux contentieux, notamment sur les éléments constitutifs de l'assiette définis par voie réglementaire.

Il convient de redéfinir les contours de cette dernière de manière à n'y faire figurer que les éléments dont le caractère promotionnel n'est pas contestable et à renforcer ainsi la sécurité juridique de la contribution.

L'assiette est ainsi réduite environ aux trois-quarts de ce qu'elle est actuellement. Les seuils des tranches, le montant des abattements et les taux ont été ajustés afin de maintenir un rendement identique.

Article 7

Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2003 en application du premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 4 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.

Exposé des motifs

L'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale qui instaure une clause de sauvegarde sur le médicament prévoit la fixation d'un taux K essentiel au calcul du montant de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde.

Pour stabiliser le montant de cette contribution en 2003 par rapport à 2002, il est nécessaire dans la loi de financement pour l'année 2003 de prévoir un taux K spécifique fixé à 4 %.

Article 8

Pour 2003, 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 d'euros

Cotisations effectives.....	184,15
Cotisations fictives.....	32,48
Contributions publiques	11,40
Impôts et taxes affectés.....	94,15
Transferts reçus.....	0,21
Revenus des capitaux.....	1,04
Autres ressources	4,07
Total des recettes.....	327,50

Exposé des motifs

Cet article présente la prévision des recettes requise par l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. Les recettes des régimes augmentent de 3,9 % par rapport à 2002.

Il tient compte des mesures prévues dans le présent projet de loi ainsi que de celles proposées dans le cadre du projet de loi de finances pour 2003, notamment par son article 28 qui augmente la part de la taxe sur les conventions d'assurance affectée au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).

Article 9

Pour 2002, les prévisions révisées de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

En milliards d'euros

Cotisations effectives	175,59
Cotisations fictives.....	31,78
Contributions publiques.....	11,22
Impôts et taxes affectés.....	89,69
Transferts reçus	0,18
Revenus des capitaux	0,78
Autres ressources.....	5,96
Total des recettes.....	315,20

Exposé des motifs

Le tableau contenu dans cet article actualise les prévisions de recettes de 2002 en fonction des écarts entre les prévisions de recettes qui figuraient dans la loi de financement pour 2002 et les évolutions constatées depuis lors.

TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE

Article 10

I. - L'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. - Le premier alinéa du I est remplacé par les dispositions suivantes :

« Chaque année, est défini un objectif quantifié national des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans ces établissements au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Toutefois, n'entrent pas dans ce montant les charges afférentes aux activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. Le contenu de cet objectif quantifié national est précisé par décret.

B. - Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce montant prend également en compte les évolutions à l'issue desquelles des établissements auparavant régis par l'article L. 6114-3 du code de la santé publique se trouvent placés, compte tenu de leur activité réelle, sous le régime de financement prévu à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles ».

C. - La deuxième phrase du II est remplacée par les dispositions suivantes :

« Il prend en compte à cet effet, notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, et les changements de régime juridique et financier de certains établissements. »

II. - L'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. - Les deux premiers alinéas du II sont remplacés par les dispositions suivantes :

« 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 charges entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, au moins une fois dans l'année, au vu des résultats des quatre 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. 6115-2 du code de la santé publique, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, établissement et nature d'activité. »

B. - Au troisième alinéa du II, les mots : « le montant des frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région » sont remplacés par les mots : « le montant des charges définies au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, le 31 août au plus tard, pour les quatre premiers mois. »

C. - Au sixième alinéa du II, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « des charges ».

D. - Les 1° et 2° du II sont supprimés.

E. - Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, 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. »

III. - Le quatrième alinéa de l'article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« La répartition des sommes versées aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique au titre de l'alinéa précédent, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au

prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans ces établissements l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

IV. - Le troisième alinéa de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il prend en compte les évolutions à l'issue desquelles des établissements auparavant régis par l'article L. 6114-3 du code de la santé publique se trouvent placés, compte tenu de leur activité réelle, sous le régime de financement prévu au présent article. »

Exposé des motifs

L'objectif quantifié national des cliniques privées (OQN) est le seul objectif exprimé en comptabilité d'encaissements, qui correspondait à l'ancien mode de comptabilisation des régimes d'assurance maladie. Le passage en droits constatés des autres objectifs, notamment de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie, s'est effectué en cohérence avec la modification des règles comptables des régimes.

Dans un souci de clarification, cet article propose d'établir dorénavant l'objectif quantifié national et de le suivre dans la nouvelle norme comptable. Parallèlement, dans un souci de simplification, il est proposé de réduire le nombre de rendez-vous de suivi des dépenses à un rendez-vous semestriel.

Par ailleurs, l'article permet de prendre en compte la reconversion d'établissements de santé privés sous OQN en établissements médico-sociaux dans la détermination des objectifs de dépenses propres à chaque secteur. Certains établissements sous OQN accueillent en effet des patients dont l'état nécessite en réalité une prise en charge conjuguant soins et accompagnement social et doivent pouvoir évoluer en structure médico-sociale.

En autorisant dans ce cas une fongibilité entre l'OQN et l'enveloppe médico-sociale, cet article permet d'accompagner financièrement le changement de régime de ces établissements et de faciliter ainsi la réalisation de ces opérations tout en garantissant la neutralité financière pour l'assurance maladie.

Article 11

I. - Le III de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est complété par les mots : « ainsi qu'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements les références et recommandations de gestion hospitalière qu'elle élabore à partir des résultats des audits. »

II. - La fin du dernier alinéa de l'article 1^{er} de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, après les mots : « Médiateur de la République », est remplacée par les mots : « , les documents préalables à l'élaboration du rapport d'accréditation des établissements de santé prévu à l'article L. 6113-6 du code de la santé publique et les rapports d'audit des établissements de santé mentionnés à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001. »

Exposé des motifs

L'excellence de la gestion hospitalière est un objectif majeur d'« Hôpital 2007 ». Cet objectif exige l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques de gestion dans différentes composantes : économique, logistique et de ressources humaines.

Les missions nationales ou régionales d'inspection ou d'appui contribuent à mettre en exergue les difficultés ou les défaillances de tel ou tel établissement. Mais il n'est pas possible en revanche actuellement de synthétiser suffisamment d'informations sur les réussites de gestion pour ouvrir des voies d'amélioration pour les établissements moins performants.

L'article proposé prévoit en conséquence le financement par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES), créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, du fonctionnement d'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers et des audits qu'elle aura mission de faire réaliser. Au travers de cette disposition, l'objectif consiste à analyser chaque année, sur des thèmes prédéfinis - par

exemple, les achats, ou les journées inappropriées - la pratique d'un nombre significatif d'établissements. Ces audits seront conduits en vue, d'une part, d'établir un diagnostic et de définir des actions d'amélioration de la gestion et de l'organisation interne en concertation avec les responsables des établissements visités et, d'autre part, des référentiels de bonnes pratiques applicables par les autres établissements de santé.

Afin de garantir l'adhésion des établissements de santé à cette démarche et leur participation active à l'analyse de leur fonctionnement et à l'identification des améliorations à apporter à leur gestion, il est proposé de rendre non communicables les rapports d'audit, à l'instar des rapports d'expertise préalables à l'accréditation des établissements.

Article 12

Au premier paragraphe de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique : les mots « fondés sur une tarification à la pathologie » sont remplacés par les mots « fondés sur leurs activités et établis en fonction des informations qu'ils recueillent et transmettent en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du présent code et du 7° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

Le système de santé français se caractérise par une dualité du mode de financement des établissements. Les hôpitaux publics et privés sans but lucratif sont depuis 1984 soumis au régime de la dotation globale, tandis que les cliniques à but lucratif sont financées en proportion des actes réalisés. Cette dichotomie a fait l'objet de nombreux travaux qui concluent à l'insuffisance des deux systèmes.

Le Gouvernement souhaite résolument unifier les modes de rémunérations des deux secteurs en mettant en œuvre la tarification à l'activité dès 2004. Cette dernière, expérimentée et mise en œuvre dans plusieurs pays européens (Allemagne, Espagne, Suède et Angleterre) a été préparée en France par l'instauration, depuis 1995, du programme médicalisé de systèmes d'information (PMSI) et par les travaux d'une commission installée en 1999, en application de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle qui a autorisé le

Gouvernement à conduire une expérimentation sur la tarification à l'activité pendant cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2000.

Le texte proposé traduit ce passage de l'expérimentation à une étape préparatoire à la mise en place du nouveau système de financement en précisant le contenu de celui-ci qui sera fondé sur les activités des établissements appréciées notamment à partir du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), système commun aux deux secteurs de l'hospitalisation.

Par ailleurs, le Gouvernement souhaite impliquer, sur la base du volontariat, des établissements de santé publics et privés dans une expérimentation de terrain en vue de tester les modalités pratiques de mise en œuvre du nouveau système de financement tant pour le recueil de l'information que pour l'utilisation de celle-ci. En effet, les établissements devront pouvoir, pour leurs besoins internes, produire et analyser l'information sur leur activité médicale dans des délais plus courts qu'aujourd'hui. Une mission d'expertise et d'évaluation, placée sous la responsabilité du ministre de la santé, sera chargée d'accompagner les établissements. Elle remettra au Gouvernement un rapport d'étude d'impact sur la tarification à l'activité réalisé à partir de simulations.

Article 13

I. - Les obligations et créances du Fonds pour la modernisation des cliniques privées créé par l'article 33 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 sont transférées à compter du 1^{er} janvier 2003 au Fonds pour la modernisation des établissements de santé créé par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

II. - Le solde disponible au 31 décembre 2002 du Fonds pour la modernisation des cliniques privées est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé. Le montant du solde est constaté par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

III. - Le VIII de l'article 33 de la loi du 29 décembre 1999 susmentionnée est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2003.

IV. - A l'article L. 6161-9 du code de la santé publique, les mots : « Fonds pour la modernisation des cliniques privées » sont remplacés par les mots : « Fonds pour la modernisation des établissements de santé ».

V. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est fixé pour l'année 2003 à 450 millions d'euros.

Exposé des motifs

Le plan « Hôpital 2007 » prévoit un plan d'investissement ambitieux sur cinq ans. Le présent projet de loi prévoit un volume d'aide à l'investissement de 300 millions d'euros. Conjuguée à des emprunts contractés par les établissements, au développement de partenariats entre les établissements de santé et les entreprises privées et à des aides d'autres acteurs publics, cette première tranche devrait permettre un effort d'investissement d'environ un milliard d'euros. L'année 2003 devrait ainsi constituer une première étape décisive du plan d'investissement.

L'aide à l'investissement sera gérée par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES). La fusion du Fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP) et du FMES vise à simplifier le dispositif de financement complémentaire que constituent les fonds et recentre leur mission sur l'accompagnement financier de la modernisation sociale et technique des établissements de santé. Le Fonds ainsi redéfini constitue un des outils majeurs du plan « Hôpital 2007 ».

La dotation de 450 millions d'euros recouvre les dotations antérieures des deux fonds (150 millions d'euros) et l'aide à l'investissement de 300 millions d'euros.

Article 14

I. - A l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, il est créé un I comportant les dix alinéas de cet article.

II. - Le même article est complété par un II comportant quatre alinéas ainsi rédigés :

« II. - Le fonds pour l'emploi hospitalier contribue en outre, dans les conditions fixées par décret, au financement des droits à congés acquis au titre de la réduction du temps de travail non pris ou portés dans un compte épargne temps en raison de la réalisation progressive des recrutements. Ne peuvent être financés à ce titre que les droits acquis en 2002, 2003 et 2004 par les médecins, pharmaciens et odontologistes mentionnés au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique et en 2002 et 2003 par les agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière et sous réserve que les rémunérations des uns et des autres sont prises en compte pour le calcul des ressources allouées par l'assurance maladie à l'établissement.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant des crédits ouverts à ce titre dans les comptes du fonds.

« Les opérations du fonds réalisées pour l'exercice de cette mission font l'objet d'un suivi distinct en comptabilité.

« Les régimes obligatoires d'assurance maladie abondent le fonds pour l'exercice de cette mission à hauteur du montant des crédits ouverts chaque année à ce titre par l'arrêté ministériel prévu au sixième alinéa du présent article. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

L'étalement sur quatre et trois ans, respectivement, du recrutement des 3 500 emplois de médecins hospitaliers et des 45 000 autres emplois créés au titre de la réduction du temps de travail suppose l'utilisation des comptes d'épargne temps de 2002 à 2004. Toutefois, les droits à congé correspondant doivent être financés, afin de remplacer les agents quand ils utiliseront ces droits ou de les leur payer. Cet article propose d'assurer ce financement dans de bonnes conditions de clarté, tant pour les agents que pour les établissements et l'assurance maladie.

Le fonds remboursera les établissements sur une base forfaitaire, selon une répartition fixée, dans des conditions définies par décret, par les agences régionales de l'hospitalisation, pour les établissements de santé, et par le préfet de département, pour les établissements sociaux et médico-sociaux. Pour cette mission, les ressources du fonds seront constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

La constitution d'enveloppes régionales, dont les conditions de détermination et de gestion seront définies par le même décret, permettra aux agences régionales de l'hospitalisation de gérer de manière souple avec les établissements les financements disponibles au titre des comptes épargne temps.

Le fonds sera doté de 400 millions d'euros en 2002 et 321 millions d'euros en 2003.

Article 15

I. - L'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. - Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« *III.* - Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-13, après consultation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi que, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et, en tant que de besoin, de l'organisation en charge des questions de déontologie de cette profession. »

B. - Le IV est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce règlement fixe les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés en dehors des cas de dépassements autorisés. »

II.- Dans la section 3-1 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du même code, la sous-section 2 comprenant les articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3 est abrogée.

III. - A l'article L. 162-5-13 du même code, les mots : « à l'article L. 162-15-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-14-2 et L. 162-5-9 ».

IV. - A l'article L. 162-15 du même code, les mots : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, » sont supprimés.

V. - A l'article L. 322-5-1 du même code, la référence à l'article L. 162-15-2 est remplacée par la référence à l'article L. 162-5-9.

VI. - L'article L. 162-12-16 du même code est ainsi modifié :

A. - Le troisième alinéa est abrogé.

B. - Au quatrième alinéa, les mots : « ou, à défaut, par le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3 » sont supprimés.

VII. - L'article L. 315-3 du même code est abrogé.

VIII. - Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les mots : « , L. 315-2-1 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « et L. 315-2-1 ».

IX. - Au premier alinéa de l'article L. 732-5 du code rural, les mots : « et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « et L. 315-2-1 ».

Exposé des motifs

Le système dit des « lettres-clés flottantes » a été introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

Dans ce dispositif, une annexe fixe pour chacune des professions sous convention un objectif de dépenses remboursables ainsi que des tarifs et honoraires. Les caisses sont chargées du suivi infra-annuel de ces dépenses au moins deux fois dans l'année.

Si l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec l'objectif initial, les caisses et les professionnels ou, en cas de désaccord, les caisses unilatéralement, peuvent prendre des mesures de toute nature pour rétablir l'équilibre initialement prévu. Il peut s'agir de toute action visant à réduire le volume des actes non justifiés au plan médical et des 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.

Ce système de maîtrise de dépenses s'est avéré impraticable et inadapté à la gestion du système de santé français.

La suppression des lettres clés flottantes implique l'abrogation des articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3 du code de la sécurité sociale.

Elle suppose de définir un nouveau mode de détermination des tarifs applicables aux professions de santé sous règlement conventionnel minimal. Il est donc proposé de revenir au système de fixation des tarifs dans le cadre du règlement conventionnel minimal par arrêté interministériel après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale

d'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales représentatives.

Les VI et VII de l'article suppriment un autre dispositif de régulation qui s'est révélé impraticable : celui des comités médicaux régionaux. Ces comités devaient permettre aux caisses de contester le volume de certaines prescriptions lorsqu'il apparaissait qu'elles n'étaient pas médicalement justifiées. Composés à parité de représentants des médecins libéraux et du contrôle médical et présidées par le médecin-inspecteur régional, les comités médicaux régionaux devaient jouer le rôle d'instances pré-contentieuses. Néanmoins, depuis l'origine, ils ne sont pas parvenus à remplir leur mission, du fait de nombreux dysfonctionnements.

Article 16

A l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, le quatrième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le conseil de surveillance de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés veille à la cohérence des conventions passées entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé avec l'objectif national prévu au 4° de l'article LO. 111-3. »

Exposé des motifs

Ce projet d'article élargit les missions du conseil de surveillance de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, chargé désormais de suivre la mise en œuvre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, notamment en veillant à la cohérence des conventions passées par les caisses d'assurance maladie avec les professionnels de santé avec cet objectif.

Article 17

Au deuxième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, les mots : « en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-3 du code de la santé publique, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique » sont remplacés par les mots : « l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère conforme

à la prescription, qu'elle appartienne à un groupe générique ou non, ».

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a modifié l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale afin de préciser les modalités de délivrance par le pharmacien lorsque la prescription médicale est rédigée en dénomination commune. Les modifications introduites prévoient notamment que la délivrance du médicament effectuée sur la base d'une prescription en dénomination commune s'effectue au meilleur coût pour l'assurance maladie en imposant le respect d'un écart de prix maximum avec la spécialité la moins chère.

Cependant, la rédaction actuelle est trop restrictive, dans la mesure où elle limite le champ d'application de cette disposition aux spécialités figurant dans un groupe générique. Or, de nombreuses autres molécules peuvent couramment être prescrites en dénomination commune, et la spécialité délivrée pourrait s'avérer particulièrement coûteuse alors que d'autres sont conformes à la prescription et commercialisées à des prix sensiblement inférieurs : le coût pour l'assurance maladie est susceptible d'atteindre plusieurs dizaines de millions d'euros.

Pour éviter cet effet paradoxal de la prescription en dénomination commune, il est proposé une rédaction plus générale ne limitant pas l'obligation du pharmacien aux seuls groupes génériques.

Article 18

I. - Dans le code de la sécurité sociale, les mots : « service du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « service médical de l'assurance maladie ».

II. - Au cinquième alinéa de l'article L. 183-1 du même code, les mots : « des services de l'échelon régional du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « de l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie ». Au même alinéa, les mots : « des services du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « des services médicaux de l'assurance maladie ».

III. - L'intitulé du chapitre V du titre I^{er} du livre III du même code est remplacé par l'intitulé suivant : « Bon usage des prestations et relations avec les professionnels de santé ».

IV. - Le premier alinéa de l'article L. 315-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le service médical de l'assurance maladie a pour mission d'examiner tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité et d'analyser l'activité des prestataires de soins, en vue de promouvoir les bonnes pratiques et de lutter contre les prescriptions abusives. »

V. - Après l'article L. 315-1 du même code, il est inséré un article L. 315-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 315-1-1.* - Le service médical de l'assurance maladie assure également les missions suivantes :

« 1° En relation notamment, en ce qui concerne les médecins, avec les unions mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique, la réalisation d'actions de bon usage des soins destinées à promouvoir des avis et recommandations scientifiques émanant des instances compétentes, notamment de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, tant auprès des professionnels de santé que des assurés sociaux ;

« 2° La participation aux actions des caisses d'assurance maladie destinées à porter à la connaissance des professionnels de santé les évolutions de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale ;

« 3° A partir notamment des analyses prévues au III et IV de l'article L. 315-1, la mise à disposition des professionnels de tous documents de nature à leur permettre d'analyser leur activité individuelle et d'améliorer leur exercice.

« Les conditions de mise en œuvre du présent article sont fixées par décret. »

VI. - Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, après la référence à l'article L. 315-1 est insérée la référence à l'article L. 315-1-1.

VII. - Au premier alinéa de l'article L. 732-5 du code rural, après la référence à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est insérée la référence à l'article L. 315-1-1 du même code.

Exposé des motifs

Les praticiens-conseils doivent être les moteurs des évolutions de comportement dans le système de santé et non pas uniquement une force de contrôle et de sanction. La promotion de la qualité des soins est au cœur de leur métier. Cela passe par le renforcement des fonctions d'information, de conseil et d'accompagnement tant des professionnels que des assurés.

Les I, II et III de l'article modifient la dénomination du service chargé de cette mission.

Le IV met l'accent sur la promotion des bonnes pratiques parallèlement à la lutte contre les prescriptions abusives.

Le V élargit le rôle du service médical à l'égard tant des assurés que des professionnels de santé, en définissant de nouvelles missions de promotion d'actions de bon usage des soins et d'information.

Les VI et VII étendent ces dispositions au régime des professions indépendantes et des professions agricoles.

Article 19

L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 15° ainsi rédigé :

« 15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et bons usages des soins fixés par la convention. »

Exposé des motifs

La suppression des dispositifs de maîtrise comptable ne peut avoir pour conséquence de priver les caisses d'assurance maladie des moyens de lutter contre les pratiques abusives. Le recours devant les instances ordinales se révèle parfois disproportionné : il peut causer un grave préjudice aux médecins et peut freiner les caisses dans leur action. Il est dans l'intérêt des deux parties de définir, par la voie conventionnelle, les moyens de faire respecter les engagements de bon usage des soins et de bonnes pratiques.

Article 20

Avant l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-8.* - Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 162-16-4, l'entreprise qui exploite un médicament peut, lorsque ce médicament présente, par son caractère innovant ou l'importance du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, demander à bénéficier d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.

« Un décret en Conseil d'Etat précise notamment les conditions requises pour bénéficier de cette procédure, ses modalités de mise en œuvre et la nature des engagements que doit prendre l'entreprise. »

Exposé des motifs

La politique du médicament doit accorder une place privilégiée à l'innovation. Cela passe par un accès plus rapide des patients aux produits innovants.

Les laboratoires auront désormais la possibilité de bénéficier d'une procédure accélérée d'inscription sur la liste des médicaments remboursables pour leurs médicaments présentant un intérêt particulier pour la santé publique, par leur caractère innovant ou l'importance du service médical rendu. Le nouveau dispositif prévoit, sauf opposition des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de commercialiser à un prix provisoire fixé par l'entreprise, les produits dans les six semaines suivant l'avis de la commission de la transparence, dans l'attente du résultat de la négociation conventionnelle portant sur le prix.

Article 21

I. - Les huitième et neuvième alinéas de l'article L. 162-17-4 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après avis du comité économique des produits de santé et après que l'entreprise a été

mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de la dite entreprise.

« Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet de la publicité interdite durant les six mois précédant et les six mois suivant la date d'interdiction.

« Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par la mesure d'interdiction et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.

« La pénalité est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code.

« Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. »

II. - Après l'article L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-9 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-9.* - S'il s'avère, postérieurement à l'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, que l'entreprise qui exploite le médicament n'a pas fourni, en signalant la portée, des informations connues d'elle avant ou après l'inscription et que ces informations conduisent à modifier les appréciations portées par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique notamment pour ce qui concerne le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce médicament, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après avis du comité économique des produits de santé et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de la dite entreprise.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires total hors taxes réalisé en France par l'entreprise au cours du dernier exercice clos.

« Les modalités d'application du présent article, notamment la nature des informations concernées, les règles et délais de procédure, ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« La pénalité est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes

d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code.

« Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. »

Exposé des motifs

L'objectif de ces dispositions est de favoriser transparence et exactitude des informations transmises par les laboratoires pharmaceutiques tant aux autorités sanitaires qu'aux professionnels de santé en adaptant les dispositifs de sanctions à l'encontre de comportements contraires à la déontologie.

La commission de contrôle de la publicité de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a pour fonction de contrôler les publicités des spécialités pharmaceutiques en direction des professionnels.

Les nouvelles dispositions prévues au I visent donc à permettre aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'imposer des sanctions pécuniaires significatives, et non plus par le biais d'une baisse de prix, en cas d'interdiction d'une publicité par l'AFSSAPS.

La commission de la transparence a pour fonction de rendre un avis sur le service médical rendu (SMR) et l'amélioration du service médical rendu (ASMR) aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en vue de l'inscription des médicaments sur la liste des spécialités remboursables.

L'objet du II est de favoriser la transmission par les laboratoires de tous les documents dont ils ont connaissance et qui sont nécessaires à l'appréciation tant du SMR que de l'ASMR des spécialités pharmaceutiques dont ils demandent l'inscription sur la liste des médicaments remboursables.

Article 22

I. - Après le cinquième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les dépenses médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 relatives aux activités énumérées à l'article L. 3311-2 du code de la santé publique et aux activités visées au titre I^{er} du livre IV de la troisième partie du même code

sont prises en charge par l'assurance maladie sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités locales, et 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. »

II. - Le premier alinéa de l'article L. 3411-2 du code de la santé publique est complété par les mots suivants : « à l'exclusion des dépenses médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ».

III. - A l'article L. 3311-2 du code de la santé publique, les mots : « Les centres de cure ambulatoire mentionnés au 9° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales » sont remplacés par les mots : « Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ».

IV. - A la section 3 du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est ajouté un article L. 174-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-9-1.* - Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle.

« La répartition des sommes versées à ces centres au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition des charges des dotations globales hospitalières pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2. »

V. - Les organismes qui assurent les missions relevant de l'application du titre I^{er} du livre IV de la troisième partie du code de la santé publique ayant passé convention avec le préfet du département où ils sont implantés à la date de publication de la présente loi disposent, à compter de cette même date, d'un délai

d'un an pour solliciter l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles et selon la procédure fixée par l'article L. 313-2 dudit code. La convention devient caduque si cette autorisation n'a pas été sollicitée à l'expiration de ce délai.

VI. - Dans l'attente de l'arrêté fixant la dotation globale pour l'année 2003, les caisses d'assurance maladie versent à chaque organisme cité au V ci-dessus antérieurement financé par l'Etat, des acomptes mensuels sur la dotation globale de financement, égaux au douzième de la participation de l'Etat allouée à chaque centre au titre de ses activités médico-sociales en 2002, déduction faite, le cas échéant, des financements des collectivités locales. Tout refus d'autorisation d'un centre met fin à son financement par l'assurance maladie.

Exposé des motifs

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a créé dans le champ des établissements médico-sociaux, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles).

La création des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) a pour objet de tenir compte des données des sciences fondamentales et des travaux épidémiologiques récents, lesquels incitent en effet à fonder la politique de santé en matière de lutte contre les addictions sur une approche transversale des substances psychoactives, qu'elles soient licites ou illicites, axée sur les comportements et non sur les produits en distinguant l'usage, l'usage nocif et l'abus.

Les CSAPA constituent ainsi une catégorie d'établissement unique et cohérente qui concentre l'activité des centres de cure ambulatoires en alcoologie (CCAA) et des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

Les CCAA sont déjà dans le périmètre médico-social depuis la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Ils sont financés par l'assurance maladie depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Il convient de transférer les dépenses relatives à la prise en charge des personnes toxicomanes, assurée jusqu'à présent par les CSST, de l'Etat vers l'assurance maladie, afin de tirer les conséquences de la réforme de la loi du 2 janvier 2002.

La présente disposition prend en considération les principes d'anonymat et de gratuité qui régissaient jusqu'ici le fonctionnement des CSST, conformément à l'article L. 3414-1 du code de la santé publique issu de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970.

Elle permet de donner les moyens d'une politique de rapprochement des différentes structures médico-sociales œuvrant dans le champ des pratiques addictives.

Il convient de prévoir également un régime transitoire afin que le financement des activités de prise en charge des toxicomanes des anciens CSST par les organismes de sécurité sociale puisse être assuré entre la publication de la loi et la délivrance de l'autorisation de droit commun à laquelle sont soumis tous les établissements et services sociaux ou médico-sociaux.

Article 23

Le chapitre II du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

I. - L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé suivant : « Prise en charge par l'assurance maladie des dépenses afférentes aux interruptions volontaires de grossesse mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique ».

II. - Le premier alinéa de l'article L. 132-1 est abrogé.

III. - A l'article L.132-1, les mots : « l'Etat » sont remplacés par les mots : « les organismes d'assurance maladie ».

Exposé des motifs

En vertu des dispositions de l'article 1^{er} de la loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982, aujourd'hui codifiées au 4° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, la couverture des frais de soins et d'hospitalisation relatifs à l'interruption volontaire de grossesse relève du champ de l'assurance maladie.

La même loi a prévu en son article 5, dont les dispositions se trouvent aujourd'hui à l'article L. 132-1 du code de la sécurité sociale, que l'Etat rembourse aux régimes de sécurité sociale les dépenses liées aux interruptions volontaires de grossesse non thérapeutiques.

Les crédits inscrits à ce titre dans la loi de finances pour 2002 (chapitre 46-22-10) s'élèvent à 24,7 millions d'euros.

Dans le cadre de la clarification des relations entre l'Etat et l'assurance maladie, il est proposé d'organiser le transfert du financement de l'interruption volontaire de grossesse vers l'assurance maladie à compter de l'exercice 2003. Le présent projet d'article modifie donc l'article L. 132-1 en conséquence.

Article 24

I. - L'article L. 6312-5 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« - les conditions dans lesquelles le représentant de l'Etat dans le département organise, après avis du comité mentionné à l'article L. 6313-1, la garde départementale assurant la permanence des soins ».

II. - L'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à des dispositifs de permanence des soins dans les conditions prévues à l'article L. 6312-5 du code de la santé publique. ».

III. - La première phrase de l'article L. 161-34 du code de la sécurité sociale est remplacée par les dispositions suivantes :

« Pour les professions concernées par les dispositions des chapitres II et V du présent titre et par les dispositions des articles L. 322-5 à L. 322-5-5, les conventions nationales, accords nationaux et contrats ou les dispositions applicables en l'absence de convention, de contrat ou d'accord, précisent, pour chaque profession ou établissement concerné et en complément des dispositions de l'article L. 161-33, les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non-respect de ces modalités. »

Exposé des motifs

En application des textes sur la réduction du temps de travail, les entreprises de transport ambulancier doivent rémunérer les personnels d'astreinte. Auparavant, ces personnels étaient payés par sortie, avec le versement d'une

prime d'astreinte. Ainsi, le coût des gardes départementales, qui était minime, a augmenté brusquement.

Depuis novembre 2001, l'expérimentation de nouvelles modalités d'organisation des gardes départementales ambulancières a été lancée dans huit départements. Suite à ces expérimentations, il a été décidé de généraliser le financement des gardes au moyen d'un forfait.

L'article donne une base légale au financement du forfait de garde rémunérant des professionnels en-dehors d'un acte spécifique rattaché à un assuré identifié. Ce forfait sera conditionné à l'insertion des entreprises dans un dispositif de garde organisée sous l'égide du préfet. Les modalités d'organisation de cette garde seront précisées par un décret en Conseil d'Etat.

Par ailleurs, l'article prévoit aussi de permettre aux entreprises de transport sanitaire de transmettre par voie électronique les documents nécessaires au remboursement et à la prise en charge (dispositif SESAM-Vitale).

Article 25

I. - Au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « 31 décembre 2003 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2006 ».

II. - Au premier alinéa de l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, les mots : « au plus tard jusqu'au 31 décembre 2003 » sont remplacés par les mots : « au plus tard à la date mentionnée au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ».

Exposé des motifs

L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles conditionne l'accueil d'un nombre de personnes âgées dépendantes supérieur, en proportion des personnes âgées hébergées, à un seuil fixé par décret à la signature d'une convention tripartite entre les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, l'autorité de tarification - le préfet ou l'agence régionale de l'hospitalisation - et le président du conseil général. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a fixé au 31 décembre 2003

l'échéance à laquelle ces conventions doivent être signées. La mesure proposée vise à reporter l'échéance de signature des conventions tripartites au 31 décembre 2006.

En effet, au 30 juin 2002, seulement 763 conventions sur les 8 000 prévues avaient été conclues. 7 000 établissements doivent donc encore signer des conventions, ce qui semble irréaliste dans le délai imparti. Prolonger de trois ans le délai de signature des conventions permettra de garantir le respect de l'objectif et la qualité des conventions signées en donnant une plus grande visibilité aux établissements.

La modification de l'article L. 313-12-I qui repousse au 31 décembre 2006 la date limite de signature des conventions tripartites doit s'accompagner corrélativement de la modification de l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie qui prévoit le mode de financement transitoire alloué aux établissements qui sont dans l'attente de signature d'une convention.

Article 26

Le dernier alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.

Exposé des motifs

Le dernier alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles exclut les médicaments et les produits et prestations remboursables des tarifs de soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées qui ne disposent pas d'une pharmacie à usage intérieur. Cette mesure vise à réintégrer ces produits et prestations dans les tarifs en les adaptant. Elle permettra de revenir à une situation conforme à l'esprit de la réforme de la tarification de ces établissements. L'intérêt de tarifs de soins comprenant les médicaments et le matériel médical est de permettre au médecin coordonnateur de jouer pleinement son rôle, notamment en rationalisant les prescriptions.

Article 27

I. - A l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ou dans un groupe d'équivalence prévu par l'article L. 162-17-6 du présent code, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité arrêté par les ministres 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 du présent code.

« Lorsque le tarif forfaitaire s'applique aux médicaments figurant dans un groupe générique, le plafond mentionné à l'article L. 138-9 est fixé à 2,5 % du prix des médicaments.

« Les dispositions du cinquième alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire. ».

II. - Après l'article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-6.* - Pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 162-16, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, la composition des groupes d'équivalence. Les groupes sont constitués par des médicaments inscrits sur l'une ou l'autre listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 lorsqu'ils appartiennent à une même classe pharmacologique, ont la même visée thérapeutique et rendent un service médical de même niveau. »

Exposé des motifs

Le développement des spécialités génériques se poursuit grâce à l'action conjointe des médecins et des pharmaciens. Toutefois, même si l'on observe une réelle augmentation de la part de marché des médicaments génériques, un acteur du système de santé n'apparaît pas suffisamment impliqué : le patient. De plus, il apparaît très contestable que la collectivité rembourse à deux niveaux très différents deux médicaments quasiment identiques, composés d'une même molécule.

Le développement du forfait de remboursement devrait corriger cette anomalie et intéresser le patient au développement du médicament générique. L'assurance maladie rembourserait dans les groupes du répertoire des génériques le même montant, que le médicament soit un princeps ou un générique. Ce système de remboursement existe déjà dans plusieurs pays développés, telle

l'Allemagne, dans lesquels le développement du générique est élevé.

Article 28

L'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est modifié comme suit :

I. - Au premier alinéa du I, les mots : « le 31 décembre 2004 » sont remplacés par les mots : « le 1^{er} juillet 2003 ».

II. - Le cinquième alinéa du I est abrogé.

III. - Au huitième alinéa du I, les mots : « par la convention ou le décret mentionnés » sont remplacés par les mots : « par le décret mentionné ».

IV. - Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le solde, constaté au 31 décembre de chaque année, des cotisations encaissées et les prestations servies au cours de l'exercice est affecté au financement des prestations complémentaires de vieillesse servies aux médecins en application de l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale. »

V. - Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« III. - Le montant de l'allocation, le montant de la cotisation ainsi que la répartition de celle-ci entre les médecins et les régimes d'assurance maladie et les cas d'exonération sont fixés par décret ».

Exposé des motifs

Le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA) avait été mis en place à la fin des années 1980. L'objectif était alors de limiter le nombre de médecins libéraux en activité, en proposant à ceux qui approchaient de l'âge de la retraite d'anticiper l'arrêt de leur activité clinique professionnelle. Dans un premier temps, le dispositif ne concernait que les médecins de plus de 60 ans. En avril 1996, le dispositif avait été rendu plus attractif par un abaissement de l'âge d'option des médecins en faveur du MICA et par une augmentation de l'allocation. En revanche, à partir de l'année 2000, un retour en arrière sur ces mesures avait été effectué. Globalement, ce sont près de

4 000 médecins libéraux qui ont ainsi choisi d'anticiper la fin de leur activité clinique.

Aujourd'hui, le nombre de médecins a atteint un sommet. Il devrait commencer à diminuer d'ici quelques années. Il apparaît donc inutile, voire contre-productif, de prolonger ce dispositif. L'existence du MICA apparaît même contradictoire avec l'augmentation du *numerus clausus*. Dans ces conditions, le Gouvernement souhaite fermer l'entrée de ce dispositif à partir du 1^{er} juillet 2003. Ce délai permettra de traiter dans de bonnes conditions les dossiers des médecins qui se préparaient à utiliser le dispositif. Les médecins qui reçoivent actuellement une allocation au titre du MICA la percevront jusqu'à ce qu'ils bénéficient de leur pension de retraite.

Article 29

I. - Il est inséré à l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, après le huitième alinéa, un 7^o ainsi rédigé :

« 7^o Activités correspondant à des vacances accomplies dans des établissements de santé par des médecins ou infirmiers en retraite dans des conditions prévues par décret. »

II. - Le dernier alinéa de l'article L. 643-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« L'attribution de l'allocation de vieillesse est subordonnée à la cessation de l'activité libérale.

« Toutefois, pour des activités professionnelles déterminées et après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, des décrets peuvent prévoir, pour des raisons d'intérêt général, la possibilité de cumuler l'allocation avec les revenus tirés de l'activité libérale dans la limite d'un plafond et à la condition que cette activité présente un caractère accessoire à partir de la date à laquelle l'allocation de vieillesse est liquidée.

« Le dépassement du plafond mentionné à l'alinéa précédent entraîne une réduction à due concurrence de l'allocation de vieillesse. »

Exposé des motifs

La présente disposition vise à inciter à la reprise d'une activité à temps partiel les médecins et les infirmières en retraite dans un contexte démographique tendu.

En effet, l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale prévoit la rupture définitive de tout lien

professionnel avec l'ancien employeur comme condition à la possibilité de cumul d'un revenu d'activité et du service d'une pension de retraite dans le régime général.

Le présent article lève cette condition préalable pour des motifs d'intérêt général afin d'élargir les possibilités de reprise d'activité de ces deux catégories de salariés.

Ces personnes pourront ainsi accomplir des vacations au sein de l'établissement de santé dans lequel elles travaillaient avant la liquidation de leur pension.

Le II vise à subordonner l'obtention de la pension de retraite à la cessation de l'activité libérale (premier alinéa). Toutefois, pour des professions déterminées et en fonction de l'intérêt général, les deuxième et troisième alinéas autorisent l'exercice d'une activité libérale occasionnelle, dont les revenus sont cumulables avec l'allocation de vieillesse.

Cette disposition a pour objectif de tenter de remédier aux problèmes de disponibilité de l'offre de soins recensés récemment au regard de l'évolution de la démographie médicale. Elle trouvera notamment à s'appliquer pour les professions médicales, en ouvrant la possibilité aux médecins et infirmières libéraux retraités d'effectuer des remplacements.

Article 30

Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé comme suit :

- 1° 70 millions d'euros au titre de l'année 2002 ;
- 2° 70 millions d'euros au titre de l'année 2003.

Exposé des motifs

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a prévu que l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est financé par une dotation de l'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

L'Office a tenu son premier conseil d'administration et arrêté son budget en juillet 2002. Il poursuit sa mise en

place, l'installation des premières commissions régionales d'indemnisation devant avoir lieu avant la fin de l'année.

Pour l'exercice 2002, la loi de financement de la sécurité sociale, adoptée antérieurement à la loi du 4 mars 2002, n'avait pas prévu de dotation. Pour 2002 comme pour 2003, le présent article propose une dotation de 70 millions d'euros.

Article 31

I. - Le II de l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds participe au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales de médecine libérale prévues à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique. »

II. - Pour 2003 le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article 25 de la loi du 23 décembre 1998 susmentionnée est fixé à 106 millions d'euros.

Ce fonds est doté de 20 millions d'euros au titre de l'exercice 2003.

Exposé des motifs

Cet article vise à prévoir les ressources du fonds d'aide à la qualité des soins de ville, conformément à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, ainsi que le plafond de dépenses.

L'article propose également d'élargir les missions de ce fonds. La promotion de l'excellence dans le domaine des soins de ville nécessite le développement du conseil aux médecins, mais aussi de la formation continue et de l'évaluation des médecins. Le développement de cette dernière repose actuellement sur une action de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en collaboration avec le corps médical dans quatre régions pilotes. Pour étendre et accélérer le processus, le Gouvernement souhaite promouvoir d'autres expériences d'évaluation en s'appuyant sur les initiatives des unions régionales de médecins libéraux. Pendant cette phase de développement, le financement des actions nouvelles d'évaluation et des incitations données aux médecins pour s'évaluer sera assuré par le fonds d'aide à la qualité des

soins de ville. L'encadrement des actions d'évaluation sera parallèlement modifié par voie réglementaire.

Article 32

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 123,5 milliards d'euros pour l'année 2003.

Exposé des motifs

Ce montant correspond à une augmentation de 5,3 %, à périmètre constant, par rapport à l'objectif national de dépenses d'assurances maladie (ONDAM) 2002 révisé.

L'ONDAM 2003 est fixé, contrairement aux années précédentes, à partir d'hypothèses crédibles d'évolution des dépenses. La hausse tendancielle de la consommation de soins, les besoins hospitaliers, et les revalorisations d'honoraires intervenues en 2002 sont ainsi pris en compte. L'ONDAM proposé intègre aussi des mesures d'économies et de responsabilisation financières prises par le Gouvernement, telles que le déremboursement des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant et les forfaits de remboursement des médicaments génériques.

Article 33

Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche maladie-maternité-invalidité-décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 136,31 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Pour la première fois cette année, dans un souci de cohérence, les objectifs de dépenses de chaque branche figurent à la suite des mesures prises dans le domaine concerné.

Article 34

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 116,7 milliards d'euros pour l'année 2002.

Exposé des motifs

L'ONDAM présenté par le Gouvernement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 était irréaliste. L'objectif de dépenses de soins de ville était nettement inférieur à la tendance d'évolution de ces dépenses.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2002 est donc révisé à hauteur de 116,7 milliards d'euros.

TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE

Section 1

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Article 35

Au 2° de l'article 43 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002, le montant de 76,22 millions d'euros est remplacé par le montant de 180 millions d'euros.

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 190 millions d'euros au titre de l'année 2003.

Exposé des motifs

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante a été doté de 552,51 millions d'euros en 2001 et 2002 : 514,51 millions d'euros au titre de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale et 38 millions d'euros

au titre de la contribution de l'Etat. Il a commencé à effectuer les premiers versements aux victimes à l'été 2002.

Aussi est-il proposé de porter à 180 millions d'euros le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds, initialement fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 à 76,22 millions d'euros. Pour l'année 2003, il apparaît opportun de fixer ce montant à 190 millions d'euros.

Article 36

Au II de l'article 47 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002, le montant de 200 millions d'euros est remplacé par le montant de 300 millions d'euros.

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, mentionnée au III de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est fixé à 450 millions d'euros pour l'année 2003.

Exposé des motifs

Le montant fixé pour la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 était de 200 millions d'euros. Les prévisions de dépenses pour l'année 2002 laissent penser que les excédents des années antérieures pourraient être résorbés avant le 31 décembre 2002. Aussi est-il proposé de porter la contribution 2002 à 300 millions d'euros. Le fonds étant encore en phase de montée en charge, il devrait connaître en 2003 une nouvelle croissance forte de ses dépenses. Compte tenu de la ressource constituée par le versement au fonds d'une part fixée à 0,39% des droits de consommation sur le tabac, la contribution de la branche devrait être fixée à 450 millions d'euros en 2003.

Article 37

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2003, à 330 millions d'euros.

Exposé des motifs

La sous-déclaration des accidents du travail a pour conséquence de réduire les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au détriment de la branche maladie. Une commission prévue à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale qui a été présidée en 2002 par Mme Levy-Rosenwald, conseillère maître à la Cour des Comptes, a évalué l'ampleur de ce phénomène.

D'après ses conclusions, il apparaît que le versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général de la sécurité sociale au titre des frais supportés par cette dernière branche en raison des accidents du travail ou des maladies professionnelles non reconnus peut être fixé à 330 millions d'euros en 2003.

Article 38

Le code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :

I. - Au second alinéa de l'article L. 221-4, après les mots : « le fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés », sont insérés les mots : « et les modalités de désignation et d'exercice du mandat de ses membres ».

II. - L'article L. 221-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 221-5.* - La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprend :

« 1° Cinq représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

« 2° Cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives.

« Les membres suppléants sont désignés dans les mêmes conditions que les titulaires. »

III. - A l'article L. 231-5-1, après la référence à l'article L. 221-3 est insérée la référence à l'article L. 221-5.

IV. - Au deuxième alinéa du I de l'article L. 227-1, les mots : « visées au 1°, 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « mentionnées au 1°, 2°, 3° et 4° ».

V. - L'article L. 227-2 est complété par les mots : « et, en ce qui concerne la convention d'objectifs et de gestion relative à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »

VI. - La deuxième phrase de l'article L. 227-3 est remplacée par les dispositions suivantes :

« Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration, ou, selon le cas, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, et par le directeur et, pour le compte de l'organisme régional ou local par le président du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné. »

VII. - L'article L. 228-1 est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du premier alinéa, après les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont insérés les mots : « d'une part pour la branche maladie, maternité, invalidité, décès, d'autre part pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles » ;

2° Dans la deuxième phrase du premier alinéa, après les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont insérés les mots : « pour la branche maladie, maternité, invalidité, décès » ;

3° Au troisième alinéa, après les mots : « Le président de chaque caisse nationale et de l'agence centrale » sont insérés les mots : « et le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles ».

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de modifier les règles applicables aux instances dirigeantes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale en ce qui concerne le mode de désignation des membres de la commission et de créer un conseil de surveillance chargé de suivre la convention d'objectifs et de gestion.

I à III - Sans que soit modifié l'équilibre interne de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, le mode de désignation de ses membres est harmonisé avec celui des membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les nouvelles dispositions prévoient leur désignation directe par les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives au plan national.

La désignation par l'intermédiaire des membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est supprimée. Il en est de même pour la possibilité de désignation des membres de la commission parmi les membres des comités techniques nationaux et régionaux. Les organisations désignant des représentants conservent cependant la possibilité de les choisir parmi eux.

La règle du strict paritarisme est maintenue.

Par ailleurs, les règles applicables à la désignation des membres de la commission des accidents et des maladies professionnelles et de leurs suppléants -limite d'âge, mandat, incompatibilités, désignation du président et des vice-présidents- sont strictement alignées sur celles qui sont applicables aux administrateurs des caisses nationales.

Un décret fixera les modalités d'application de ces dispositions.

IV à VII - L'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale prévoit la conclusion de conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et les organismes nationaux du régime général de sécurité sociale -CNAMTS, CNAVTS, CNAF, ACOSS-. De telles conventions sont également conclues entre l'État et les organismes nationaux des régimes de protection sociale des travailleurs indépendants, à l'exception de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ainsi qu'avec la caisse centrale de mutualité sociale agricole.

La conclusion de ces conventions s'inscrit dans une démarche de modernisation du service public de la

protection sociale. Elle conduit les caisses et l'État à s'assigner des objectifs clairs et publics pour améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Il convient de donner une base juridique à la conclusion d'une convention d'objectifs et de gestion applicable à la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles du régime général.

Cette convention aura pour objectif essentiel d'améliorer le service rendu aux victimes, par exemple en prévoyant des engagements relatifs aux délais -délais de traitement des demandes de prestations, délais de liquidation de ces prestations- et plus généralement aux relations avec les victimes, ainsi qu'en favorisant une application de la réglementation homogène sur le territoire.

Elle devra aussi permettre d'améliorer la collecte et la gestion des données concernant la branche par la poursuite de la modernisation du système d'information et de développer le partage de celles-ci.

Une convention d'objectifs et de gestion est également l'outil d'une modernisation des relations entre l'État et la branche. Elle devra permettre une pluriannualisation des engagements financiers relatifs notamment au fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et une évaluation des actions menées par ce fonds. Elle devra aussi fixer des objectifs en matière de simplification des procédures tant en matière de réparation que de tarification.

Le principe de cette convention a été souhaité par le rapport public particulier de la Cour des Comptes de février 2002 sur la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que par le rapport de M. Yahiel, inspecteur général des affaires sociales, relatif à la réparation intégrale d'avril 2002. La commission des accidents du travail des maladies professionnelles de la CNAMTS, lors de sa réunion du 27 mars 2002, a souhaité à l'unanimité la création de cette convention d'objectif de gestion.

Il est par ailleurs créé un conseil de surveillance particulier pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles au sein de la CNAMTS. Des parlementaires seront appelés à y siéger.

A l'instar des conseils de surveillance des autres branches, il aura pour mission d'examiner les conditions de mise en œuvre de la nouvelle convention.

Ces dispositions tiennent compte des spécificités de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles et prévoient en conséquence que la convention ainsi que les contrats pluriannuels de gestion

sont signés par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Article 39

Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 9,40 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Pour la première fois cette année, dans un souci de cohérence, les objectifs de dépenses de chaque branche figurent à la suite des mesures prises dans le domaine concerné.

Section 2

Branche famille

Article 40

I. - L'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Une allocation forfaitaire par enfant d'un montant fixé par décret est versée pendant un an à la personne ou au ménage qui assume la charge d'un nombre minimum d'enfants également fixé par décret lorsque l'un ou plusieurs des enfants qui ouvriraient droit aux allocations familiales atteignent l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Cette allocation est versée à la condition que le ou les enfants répondent aux conditions autres que celles de l'âge pour l'ouverture du droit aux allocations familiales. »

II. - Les dispositions du I sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2003 pour les enfants qui atteignent l'âge limite à compter de cette date.

Exposé des motifs

Lorsque les enfants atteignent leur vingtième anniversaire, les familles perdent le bénéfice des allocations

familiales alors qu'elles continuent très souvent à assumer la charge des enfants, qui est d'autant plus lourde pour les familles nombreuses. Ainsi, une famille de trois enfants dont l'aîné atteint son vingtième anniversaire peut perdre jusqu'à 249,57 euros d'allocations familiales, majorations pour âge comprises.

La mesure a pour objet de verser un montant d'allocation forfaitaire par enfant, qui sera fixé par décret à 70 euros, aux familles ayant au moins trois enfants à charge et qui perdent le bénéfice des allocations familiales du fait que l'un ou plusieurs enfants (en cas d'enfants issus de naissances multiples) atteignent leur vingtième anniversaire, soit l'âge limite de versement des allocations familiales.

Le coût de la mesure est estimé à environ 130 millions d'euros en année pleine et à 32,5 millions d'euros la première année pour une population d'environ 143 700 familles.

Article 41

La part prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des dépenses mentionnées au 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est égale à une fraction fixée à 60 % pour l'année 2003.

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu un allègement progressif de la charge résultant pour le Fonds solidarité vieillesse (FSV) du remboursement au régime général, aux régimes alignés sur lui (ORGANIC, CANCAVA, salariés agricoles) et au régime des exploitants agricoles de la majoration de pension pour enfants, par le transfert de cette charge à la branche famille.

Pour l'année 2003, la fraction des majorations de pensions pour enfants prise en charge par la branche famille est fixée à 60 %.

Article 42

Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche famille de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 43,63 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Pour la première fois cette année, dans un souci de cohérence, les objectifs de dépenses de chaque branche figurent à la suite des mesures prises dans le domaine concerné.

Section 3 **Branche vieillesse**

Article 43

L'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 351-11.* - Au titre de l'année 2003, le coefficient de revalorisation applicable au 1^{er} janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 1,015. »

Exposé des motifs

Le présent article précise les modalités de revalorisation, au 1^{er} janvier 2003, des avantages de vieillesse servis par le régime général et par les régimes suivant les mêmes règles de revalorisation, ainsi que celles des salaires reportés au compte individuel vieillesse de chaque assuré.

L'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation de tous les ménages (hors les prix du tabac) pour l'année 2003 est actuellement estimée à 1,5 %.

Le taux de revalorisation proposé pour 2003 s'élève à 1,5 %.

Article 44

Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse-veuvage de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 140,35 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Pour la première fois cette année, dans un souci de cohérence, les objectifs de dépenses de chaque branche figurent à la suite des mesures prises dans le domaine concerné.

Article 45

Pour 2003, le total des objectifs de dépenses par branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 329,70 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Cet article comporte l'addition des objectifs de dépense par branche qui figurent aux articles 34, 40, 43 et 45.

Article 46

Pour 2002, les objectifs révisés de dépenses par branches 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 d'euros)

Maladie-maternité-invalidité-décès.....	129,24
Vieillesse-veuvage.....	135,96
Accidents du travail.....	9,02
Famille	41,48
Total des dépenses	315,70

Exposé des motifs

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et en application de la jurisprudence du Conseil constitutionnel, l'ensemble des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses corrigées pour l'année en cours est repris dans les dispositions rectificatives de la loi de financement.

Le tableau contenu dans cet article actualise ainsi les objectifs de dépenses de 2002 en fonction des mesures nouvelles intervenues depuis le vote de la loi de financement pour 2002. Il prend également en compte les écarts entre les prévisions de dépenses qui figuraient dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et les évolutions constatées depuis lors.

TITRE V
**MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES
A LA TRESORERIE**

Article 47

I. - Il est créé au titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale (première partie : législative) un chapitre 8 *bis* intitulé : « Dispositions communes aux contributions recouvrées directement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » et comportant quatre articles L. 138-20 à L. 138-23 ainsi rédigés :

« *Art. L. 138-20.* - Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1 et L. 245-6-1 sont recouvrées et contrôlées dans les conditions prévues à la présente section par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'Agence centrale peut requérir l'assistance des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer soit par une assistance ponctuelle, soit par la mise à disposition d'agents des organismes, en particulier d'inspecteurs du recouvrement, pour assurer les actions de contrôle. Les agents habilités peuvent recueillir auprès des assujettis aux contributions tous renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ des contributions.

« *Art. L. 138-21.* - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure les opérations de recouvrement dans les conditions prévues au 3^o de l'article L. 225-1-1. Préalablement à toute action contentieuse, toute réclamation doit donner lieu à un recours gracieux auprès de l'Agence centrale.

« L'Agence centrale peut accorder, le cas échéant, la remise des majorations et pénalités appliquées ainsi que de la taxation provisionnelle appliquée en cas de défaut de déclaration. La demande gracieuse de remise des pénalités et des majorations n'est recevable qu'après le règlement de la totalité des contributions dues. La remise gracieuse est conditionnée à la bonne foi du redevable, dûment prouvée par ses soins.

« Les litiges sont portés devant une juridiction de l'ordre judiciaire.

« *Art. L. 138-22.* - Les entreprises ou les groupes non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

« *Art. L. 138-23.* - Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application de l'ensemble des dispositions du présent chapitre. »

II. - Le quatrième alinéa de l'article L. 137-7, les articles L. 138-3 et L. 138-14, les deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 245-6 et le premier alinéa de l'article L. 245-6-2 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

Exposé des motifs

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure le recouvrement et le contrôle de cinq contributions différentes :

- la contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique ;

- la contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et 2 du code de la santé publique ;

- la contribution des entreprises de préparation de médicaments ;

- la contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques ;

- la contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur.

Le présent article se propose de poser un cadre commun à l'ensemble de ces contributions en matière de compétence des organismes de recouvrement, de procédure gracieuse et contentieuse et de représentation des entreprises étrangères en France.

Article 48

Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de

concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :

(en millions d'euros)

Régime général.....	12 500
Régime des exploitants agricoles collectivité.....	2 210
Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales.....	500
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines.....	350
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État.....	80

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

Exposé des motifs

Le présent article fixe le montant des plafonds d'emprunt pour 2003.

Fait à Paris, le 9 octobre 2002.

Signé : JEAN-PIERRE RAFFARIN

Par le Premier ministre :

*Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées*
Signé : JEAN-FRANÇOIS MATTEI

A N N E X E

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

La France dispose aujourd'hui d'un système de sécurité sociale parmi les plus généreux au monde. Il constitue, depuis 1945, un pilier de notre modèle social auquel nos concitoyens sont particulièrement attachés parce que c'est un instrument de réduction des aléas de l'existence et de lutte contre les inégalités et l'exclusion. Les politiques de sécurité sociale contribuent également au dynamisme économique de notre pays en offrant aux Français les conditions de vie qui leur permettent de créer davantage de richesses.

Notre système de santé est classé par l'Organisation mondiale de la santé parmi les plus performants. Cela est dû à la grande qualité des personnels soignants ainsi qu'à la large accessibilité aux soins dont jouissent les Français. Les indicateurs de santé nous placent également aux premiers rangs des pays dans le monde : les Français vivent en moyenne plus longtemps que la plupart des habitants des autres pays. Notre politique familiale mobilise, depuis longtemps et avec succès, de larges ressources afin de compenser le coût de l'enfant, de soutenir notre démographie et de lutter contre les inégalités sociales. Enfin, le niveau de vie des retraités a rejoint progressivement celui des actifs.

Pour autant, notre système de protection sociale connaît depuis plusieurs années d'évidentes difficultés. Comme le souligne la Cour des Comptes, notre système de santé est confronté à de trop nombreux dysfonctionnements, qu'il s'agisse d'un pilotage trop centralisé, de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital, de la démographie des professions de santé, des conditions d'exercice des médecins ou des prescriptions de médicaments. De même, notre système de soins, comme notre sécurité sociale en général, souffre d'une certaine confusion des responsabilités et des priorités. La crise matérielle et morale de la santé se traduit par un sentiment de malaise des professionnels de santé ainsi que par des tensions et des conflits mal réglés.

La situation financière n'est pas la moindre des difficultés auxquelles sont confrontés l'assurance maladie et le régime général. La croissance des prestations de sécurité sociale, notamment des dépenses d'assurance maladie, ne se dément pas, en France comme à l'étranger, en dépit des réformes successives qui ont été mises en œuvre. Les comptes du régime général de la sécurité sociale se sont dégradés en 2002. Le déficit global devrait atteindre 3,3 milliards d'euros, et celui de la branche maladie près de 6 milliards. Cette situation s'explique certes par la faiblesse de la croissance économique en 2002 mais surtout par la fragilité des excédents des années antérieures. En effet, les excédents des années 2000 et 2001 n'ont été obtenus que grâce à une croissance exceptionnelle de la masse salariale supérieure à 6 % chaque année. Ils n'ont, par ailleurs, pas été utilisés à entreprendre les réformes de fond nécessaires.

Plusieurs principes guident la politique du Gouvernement dans le domaine de la santé et de la sécurité sociale :

- le dialogue et la confiance : le Gouvernement souhaite prendre le temps de l'écoute et de la concertation car le dialogue social est le préalable de toute réforme ambitieuse ;

- la clarification des priorités et des responsabilités : le Gouvernement souhaite mettre en place une nouvelle gouvernance, notamment dans le domaine de l'assurance maladie. Cette démarche nécessite de redéfinir les compétences de l'ensemble des partenaires tout en s'inscrivant dans le processus de décentralisation ;

- la responsabilité partagée : dans le domaine de la santé en particulier, chaque acteur, qu'il s'agisse des professionnels de santé, des établissements de santé, des patients ou des industriels du médicament, doit assumer une part de responsabilité dans le bon fonctionnement du système ;

- la rigueur extrême dans les dépenses : ce souci doit conduire à chaque instant à mesurer la dépense au regard de la solidarité et des efforts imposés aux cotisants ;

- l'excellence : la recherche d'un niveau maximal de qualité et de sécurité sanitaire constitue, dans le domaine des soins, une exigence professionnelle et éthique ;

- la transparence et la sincérité : nous devons graduellement trouver des solutions pour rendre nos finances sociales claires et compréhensibles ;

- la qualité du service rendu aux assurés, aux professionnels de santé et aux entreprises : elle doit être un objectif constant de l'action du Gouvernement. Elle passe par une mesure de simplification et par un recours significativement accru aux nouvelles technologies de l'information.

Ces principes sont traduits dans chacun des volets de la politique de santé et de sécurité sociale que le Gouvernement va conduire dans les prochaines années. La loi de financement pour 2003 en traduit la philosophie et en comporte les premiers signes. Le poids du passé lui confère néanmoins encore le caractère d'un texte de transition.

1. La politique de santé et d'assurance maladie

Une politique de santé publique ambitieuse, une nouvelle gouvernance du système de santé et d'assurance maladie et la promotion de l'innovation et de l'excellence du système de soins constituent les lignes directrices de la stratégie du Gouvernement.

1.1. Une politique de santé publique ambitieuse

La santé publique est un devoir impérieux. Elle constitue la priorité de la politique de santé du Gouvernement. Il s'agit de renforcer l'action collective pour donner à nos concitoyens les conditions de vivre en bonne santé. Cette action manque à ce jour de détermination, de cohérence et de moyens. Ainsi le projet de loi de finances 2003 prévoit-il un montant de 284 millions d'euros pour des actions de santé publique, avec des crédits en forte hausse pour la lutte contre le cancer, en matière de prévention et pour la gestion des risques sanitaires.

1.1.1. La loi de programmation de santé publique

Le Gouvernement proposera au printemps 2003 une loi de programmation quinquennale de santé publique au Parlement.

Pour plus d'efficacité, le premier objectif de cette loi sera de clarifier le rôle des acteurs. La multiplicité des acteurs (Etat, collectivités locales, caisses d'assurance maladie, hôpitaux, entreprises, associations...) provoque un enchevêtrement des compétences qui n'a pas pour contrepartie une abondance des moyens. La politique de santé publique doit d'abord être définie au niveau national, sa cohérence répondant à une exigence d'égalité et constituant un gage de succès. La loi de

programmation définira aussi les objectifs prioritaires de santé publique pour les cinq années à venir. Des indicateurs précis accompagneront ces objectifs afin de permettre un réel contrôle de l'action du Gouvernement par le Parlement et, au-delà, par les citoyens eux-mêmes.

Des différences de situations et de priorités peuvent exister d'une région à l'autre. La loi déterminera donc les modalités de choix collectif pour décliner les priorités nationales de santé publique et les spécificités régionales.

La préparation de cette loi de programmation de santé publique se fera dans le cadre d'une large concertation. Le Gouvernement achèvera, d'ici la fin de l'année 2002, des consultations dans chacune des régions. Elles constitueront la base du projet de loi.

1.1.2. Placer la prévention au cœur de la santé publique

La prévention demeure insuffisamment développée et organisée en France par rapport aux efforts déployés en matière de soins. Ce choix implicite, privilégiant le curatif plutôt que le préventif, se traduit défavorablement sur la mortalité prématurée (avant 65 ans) et la morbidité précoce alors même que nos indicateurs de santé globaux sont excellents.

L'ambition du Gouvernement consiste à promouvoir un rééquilibrage de la politique de santé entre prévention et soins, en accentuant la priorité donnée à la prévention primaire et secondaire. Cela passe par le développement dans la société d'une véritable culture de la prévention. La responsabilité de chacun doit être engagée pour préserver son capital santé.

Pour y parvenir, des politiques spécifiques seront développées en fonction des problématiques concrètes. En particulier, elles viseront tous les âges de la vie, des plus jeunes au plus âgés. Par ailleurs, les environnements spécifiques devront être l'objet de mesures concertées (école, travail, milieux à risque...). De plus, les méthodes développées pourront porter sur les comportements mais aussi sur l'amélioration des conditions de vie. Elles s'appuieront sur des actions de communication, d'information et d'éducation ainsi que sur des stratégies de dépistage et de prise en charge précoce. Il s'agit d'adopter une politique générale qui sera déclinée en fonction des différentes pathologies considérées.

1.1.3. Une priorité particulière : le cancer

Parmi les priorités de santé publique, la loi de programmation de santé publique prendra en compte, en premier lieu, le cancer, qui constitue l'un des trois chantiers du Président de la République pour le quinquennat. 700 000 personnes sont atteintes en France d'une maladie cancéreuse et, chaque année, 250 000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués. Le cancer représente ainsi la première cause de mortalité prématurée en France et la deuxième cause médicale de décès.

Or, 70 % des cancers sont attribuables à des facteurs de risques sur lesquels il est possible d'intervenir efficacement. La lutte active contre la consommation de tabac et d'alcool sera donc développée. Dès 2003, les droits tabac croîtront ainsi de près d'un milliard d'euros entraînant une hausse significative des prix des cigarettes qui devrait permettre une notable diminution de leur consommation, notamment chez les jeunes.

La commission d'orientation sur le cancer a été mise en place le 9 septembre 2002. Elle a pour mission de dresser un bilan des forces et faiblesses du dispositif de lutte existant. Elle devra aussi identifier les priorités sans négliger aucun des aspects d'une politique organisée et nationale de lutte contre le cancer, notamment dans le domaine de la prévention, de l'information et du dépistage aussi bien que dans l'organisation du système de soins, son fonctionnement et l'accompagnement des malades.

Le travail de cette mission servira de base à la concertation avec tous les acteurs du dispositif, dont les associations de malades, en matière de politique de lutte contre le cancer. La loi de programmation de santé publique traduira les principales conclusions de cette mission.

D'ores et déjà, quelques orientations peuvent être indiquées. Outre une hausse très forte des crédits budgétaires affectés à la lutte contre le cancer, le dépistage intra-familial des femmes à risque pour le cancer du sein débutera en 2003. Les moyens nécessaires à la généralisation du dépistage seront arrêtés en 2003 pour une complète mise en œuvre en 2004. A titre expérimental, vingt départements sélectionnés en 2002 poursuivront la mise en œuvre du dépistage organisé du cancer colorectal. Parallèlement, sera engagée la modernisation des moyens matériels lourds nécessaires aussi bien au diagnostic -rénovation et extension des appareils d'imagerie médicale- qu'au traitement thérapeutique du cancer avec la mise à niveau du parc de radiothérapie. La prise en charge multidisciplinaire des patients

sera développée avec l'extension de la chimiothérapie, y compris à domicile.

1.2. Une nouvelle gouvernance

Les conditions de gouvernance de notre système de santé et de sécurité sociale laissent apparaître aujourd'hui de nombreuses imperfections qui ne sont pas nouvelles. Le paritarisme est fragilisé depuis la décision du Mouvement des entreprises de France (MEDEF) de ne plus siéger dans les conseils d'administration des caisses. Le Gouvernement considère que l'organisation de la sécurité sociale est en proie à de grandes difficultés qui ne peuvent laisser indifférent.

Le Gouvernement souhaite, en conséquence, poser sans tarder les fondations d'une nouvelle gouvernance du système de santé et d'assurance maladie. Cela requiert une redéfinition des rôles de l'Etat et de l'assurance maladie, aujourd'hui trop imbriqués, et une clarification des financements afin que chacun des acteurs soit pleinement responsable de ses missions. Cette réforme de la gouvernance de notre système de santé et de sécurité sociale doit également prendre en compte la nouvelle étape de la décentralisation décidée par le Gouvernement. La création d'agences régionales de santé entre dans cette perspective. Ces agences favoriseront une meilleure articulation de la médecine de ville et de l'hôpital, une meilleure association des professionnels et des patients dans le cadre régional, un fonctionnement plus démocratique, une plus grande cohérence dans l'organisation de notre système de soins et une plus grande lisibilité des politiques suivies.

Le Gouvernement a demandé à l'ensemble des partenaires d'effectuer d'abord un état des lieux partagé. C'est la mission d'un groupe de travail ad hoc de la Commission des comptes de la sécurité sociale dont le principe a été décidé en septembre 2002. A partir de ce constat, les propositions des différents acteurs du système de santé et d'assurance maladie seront recueillies et feront l'objet d'une synthèse au début de l'année 2003. Le Gouvernement présentera alors des options de réforme de la gouvernance qui feront l'objet d'une large concertation. Le Gouvernement déposera enfin un projet de loi avant l'été 2003.

Sans attendre cette réforme de grande ampleur, le Gouvernement souhaite marquer sa détermination par trois dispositions.

Il a décidé de modifier le mode de nomination des membres de la commission des accidents du travail et des maladies

professionnelles afin que ceux-ci soient directement nommés par les partenaires sociaux. Par ailleurs, la commission sera complétée par un conseil de surveillance spécifique. Le Gouvernement prend également l'engagement de déposer à la session de printemps un projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificatif, ou « collectif social », au cas où les conditions économiques et financières s'écarteraient significativement des hypothèses du présent projet. En outre, la convention d'objectifs et de gestion entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Etat sera enrichie d'un chapitre relatif à la gestion du risque. Des négociations sont en cours pour la signature d'un avenant à la fin de cette année.

Dès les mois à venir, le Gouvernement entend également ouvrir des travaux, avec la Mutualité, notamment, et les autres assureurs complémentaires, portant sur un nouveau partage des rôles entre l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire, et visant à élargir l'accès de tous nos concitoyens à la couverture complémentaire dans le domaine de la santé.

1.3. Un ONDAM sincère et médicalement justifié

En dehors de l'année 1997, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie a été systématiquement dépassé au cours des dernières années. En 2002, le dépassement de l'ONDAM devrait encore atteindre plus de 3,9 milliards d'euros.

Cette dérive et cette insincérité, dénoncées par la Cour des Comptes, par les parlementaires et par l'ensemble des acteurs du système de santé et d'assurance maladie, ont porté atteinte à la crédibilité même de la politique de régulation des dépenses d'assurance maladie.

En rupture avec le passé, et en réponse aux critiques nombreuses, le Gouvernement a opté pour le réalisme, la sincérité et la transparence dans la détermination de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. C'est pourquoi il entend désormais fonder en priorité l'évolution de l'ONDAM sur l'analyse de l'évolution de l'activité des soins dans notre pays. Cette « médicalisation » de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et des comptes, très largement réclamée pour donner du sens à notre système de santé et mobiliser réellement ses acteurs, est indispensable.

Une telle approche, exigeante et complexe, nécessite de réaliser de nombreux et difficiles travaux d'étude. En dépit d'études anciennes, elle ne pourra raisonnablement être totalement aboutie qu'à moyen terme. Raison de plus pour s'y engager tout de

suite résolument et forcer l'allure. Il s'agit en effet d'élaborer de nouveaux outils tels que les comptes par pathologie. Une première étape importante a ouvert la voie dès 2002. Ainsi, le nouvel élément du rapport rattaché à l'annexe *b* présente une mise en relation des évolutions de santé, par pathologie, et des évolutions de dépenses pour plus de 80 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Elle fait notamment ressortir que les deux premières catégories diagnostiques en termes de dépenses engagées sont celle des maladies de l'appareil cardiovasculaire (11,8 milliards d'euros) et celle des troubles mentaux (10,4 milliards d'euros).

En outre, le Gouvernement a décidé d'élargir les missions du conseil de surveillance de la CNAMTS, qui associe notamment les professionnels de santé sous la présidence d'un membre du Parlement, au suivi de la mise en œuvre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie « médicalisé », notamment à la cohérence des conventions signées entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé au regard de l'objectif.

1.4. La promotion de l'excellence du système de soins

Le Gouvernement va développer, au cours des cinq prochaines années, une véritable politique de la qualité tant dans le domaine des pratiques professionnelles que dans le domaine de la gestion des structures de soins et du service rendu aux patients.

Cette politique s'inscrit, avant tout, dans une perspective de santé publique, de sécurité sanitaire et d'adaptation de notre système aux évolutions technologiques et scientifiques du secteur de la santé. Elle répond également à une logique d'efficacité et d'optimisation des dépenses de santé en contribuant à la pérennité de notre système d'assurance maladie. Cette politique ambitieuse passe par le développement de l'évaluation des pratiques et des structures, la formation initiale et continue des professionnels, le développement des réseaux de soins, l'amélioration de la gestion et un soutien fort à l'innovation dans tous les domaines. Elle appelle un développement très important des fonctions remplies notamment aujourd'hui par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

1.4.1. L'excellence de l'hôpital public et privé : le plan « Hôpital 2007 »

Depuis six ans, à la suite de la création des agences régionales de l'hospitalisation, l'hospitalisation publique et privée

a su montrer qu'elle était capable de s'adapter et de se restructurer (accréditation, introduction du programme médicalisé de systèmes d'information (PMSI) dans la gestion hospitalière, effort de mise à niveau en matière de normes de sécurité sanitaire). Pour autant, le mal-être hospitalier n'a jamais été aussi grand. C'est la raison pour laquelle, la politique hospitalière du Gouvernement tendra à rendre les hôpitaux plus proches, plus modernes et plus responsables tout en leur donnant davantage de souplesse interne.

La proximité, gage d'efficacité et de pertinence, constitue l'enjeu de la déconcentration et sans doute, à terme, de la régionalisation de notre système de santé. Dans une première étape, elle se traduira par une simplification des procédures administratives de planification et par une contractualisation d'objectifs avec les agences régionales de l'hospitalisation.

La vétusté du patrimoine et des équipements hospitaliers nécessite d'engager dès 2003 un rattrapage significatif et pour les cinq ans à venir. La volonté du Gouvernement vise, au-delà de l'apport financier, à accélérer la réalisation des opérations d'investissement, de rénovation et de recomposition de l'offre hospitalière. Pour y parvenir, trois mesures essentielles sont prévues dès 2003 : en premier lieu, la régionalisation des opérations d'investissement lourdes ; en second lieu, le développement du recours aux maîtrises d'ouvrage déléguées ; enfin, une mission nationale d'appui sera mise en place afin de soutenir techniquement les établissements et les agences régionales dans leurs opérations d'investissement. Un apport en capital de 300 millions d'euros aux établissements publics et privés est prévu pour 2003. Conjugué à des emprunts, à de possibles partenariats avec des entreprises privées ou à des aides d'autres acteurs publics, cet apport permettra, grâce à l'effet de levier, d'engager une première tranche d'investissement de plus d'un milliard d'euros.

La mise en place d'un financement lié à l'activité constitue un levier essentiel de cette modernisation. De cette manière, le mode de financement sera à la fois équitable et transparent entre les secteurs publics et privés ; les coopérations entre ces différents acteurs seront facilitées. D'ores et déjà, le Gouvernement s'engage à réaliser une large expérimentation en grandeur nature de la tarification à l'activité sur la base du volontariat. L'objectif est de généraliser ce nouveau mode de tarification à partir de 2004.

Enfin, la responsabilisation des acteurs hospitaliers exige, en contrepartie, une autonomie accrue et une plus grande souplesse de gestion dans les établissements publics. Il est envisagé, d'une part, un renforcement substantiel du pouvoir des

conseils d'administration, d'autre part, un assouplissement des règles administratives de gestion au sein de l'hôpital. Enfin, il faut imaginer un intéressement collectif des acteurs hospitaliers au regard de leurs résultats afin d'instaurer une « culture » du résultat et non exclusivement des moyens. Pour soutenir cette responsabilisation des établissements, le projet de loi propose dès à présent la création d'une mission d'audit dont l'objectif consiste à proposer des diagnostics en permettant un réel retour d'expérience dans les établissements au moyen de référentiels de bonne pratique de gestion. La gestion des structures hospitalières devra se moderniser et assurer une évolution des capacités internes de l'hôpital, plus réactives, au plus près des attentes réelles de la population.

1.4.2. Le développement de la qualité des soins de ville

Prenant acte de l'échec du dispositif de lettres-clés flottantes dans notre pays, le Gouvernement a pris la décision de faire le choix d'une maîtrise médicalisée qui fait le pari de la confiance. Cette confiance est nécessaire à la signature, d'ici la fin de l'année 2002, des nouvelles conventions qu'exige la législation en vigueur. D'ores et déjà, la signature, en juin 2002 pour les généralistes et en juillet 2002 pour les pédiatres, d'accords contenant des engagements en termes de bonne pratique montre que le pari de la confiance est sur la bonne voie.

Cette confiance est exigeante. Elle est au service de la qualité de notre médecine. Le Gouvernement prend toute sa part dans ce changement d'attitudes. Deux mesures du projet de loi en témoignent. Sans abandonner la surveillance de l'application de la réglementation, le contrôle médical des caisses d'assurance maladie du régime général est réorienté vers le service de conseil et de promotion du bon usage des soins. Ce service proposera aux professionnels de santé un véritable dialogue autour d'une analyse conjointe de leur activité. D'autre part, les missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville sont élargies au financement d'actions d'évaluation des pratiques.

En retour, les professionnels, dans un esprit de responsabilité partagée, doivent s'engager dans les processus de formation médicale continue, d'évaluation et de coordination des soins élaborés notamment dans le cadre conventionnel. De la solidité de leur engagement dépend en grande partie notre capacité collective à concilier un haut niveau de protection sociale et la meilleure qualité des soins.

1.4.3. Une politique du médicament moderne et équilibrée

La dépense de médicament en France est l'une des plus élevées au monde en volume par habitant. Pour autant, la croissance annuelle des dépenses de médicaments remboursés par les régimes d'assurance maladie en ville demeure forte (+10,1 % en 2000, +9,2 % en 1999).

L'arrivée de molécules innovantes plus coûteuses, l'extension de la durée des traitements liée à la croissance des pathologies chroniques et le vieillissement général de la population sont les principaux déterminants de cette évolution qui pèse sur les comptes de l'assurance maladie.

Notre politique du médicament doit évoluer afin de laisser plus de place à la recherche et à l'innovation au bénéfice des patients et de garantir un bon emploi des deniers publics. Elle doit aussi faire appel à la responsabilité de cet acteur majeur qu'est l'industrie pharmaceutique, dans le cadre d'un partenariat étroit et confiant avec l'Etat. Il convient également de mieux garantir le strict respect des impératifs éthiques pour prévenir des dérives dommageables aux patients et, en définitive, à l'industrie pharmaceutique elle-même.

Favoriser l'innovation dans le domaine des médicaments est un facteur clé de l'excellence du système de soins français. Cela passe par un accès plus rapide qu'aujourd'hui des patients aux nouveaux médicaments les plus innovants dans le domaine des soins de ville. Une évolution des procédures administratives existantes et la mise en place d'un dispositif accéléré d'accès au remboursement en ville permettront d'atteindre ce but. Favoriser l'innovation passe également par un accroissement significatif du budget prévu à l'hôpital pour ces médicaments. C'est enfin aider et encourager les entreprises de biotechnologies en facilitant notamment la commercialisation de leurs produits. Ce choix est nécessaire pour préparer l'avenir. Déjà plus de 50 % des nouveaux médicaments sont le fruit des biotechnologies.

Il est légitime que l'assurance maladie soit plus soucieuse encore qu'aujourd'hui de l'argent des cotisants et du caractère médicalement justifié de ce qu'elle rembourse. Il faut donc, en priorité, poursuivre le développement des médicaments génériques dont la part de marché est encore trop limitée en France (6 % contre 20 % dans certains pays voisins). Les efforts réalisés depuis plusieurs années, en partenariat avec les médecins, les pharmaciens et les laboratoires, vont être intensifiés, de même que les effets de l'accord du 5 juin 2002 entre les caisses d'assurance

maladie et les organisations représentatives des médecins libéraux doivent être amplifiés. Le Gouvernement est déterminé, comme la Cour des Comptes l'y invite, à rationaliser les procédures d'achat de médicaments à l'hôpital.

Le Gouvernement a également décidé la mise en place d'un forfait de remboursement pour les médicaments appartenant à un groupe générique. Il n'est pas légitime, en effet, que l'assurance maladie soit obligée de rembourser à des tarifs différents deux médicaments d'efficacité identique pour le patient (même molécule). En outre, le Gouvernement souhaite tirer toutes les conséquences de la récente réévaluation du service médical rendu par les médicaments. La mise en œuvre de cette décision, entourée de toutes les garanties de procédure et d'impartialité, sera échelonnée sur une période de trois ans afin de permettre aux patients, aux médecins d'adapter leurs comportements et aux industriels d'adapter leurs stratégies.

Donner plus de lisibilité et de stabilité à l'environnement économique et réglementaire des industriels constitue également un axe important de la nouvelle politique du Gouvernement. L'accord sectoriel, qui doit être renouvelé dans les mois à venir, en est un instrument majeur. Une réforme de la fiscalité spécifique qui pèse sur les laboratoires pharmaceutiques dans le sens de la simplification en constitue aussi un des aspects essentiels. Une première étape sera franchie dès 2003. Une étape suivante sera préparée dans le cadre d'une concertation avec les représentants de l'industrie pharmaceutique.

1.4.4. La responsabilisation des patients

Les patients et les assurés sont au centre du système de santé. Le système français leur garantit une grande liberté de choix dans le recours aux soins en raison de taux de remboursement élevés et d'un libre accès à l'ensemble des professionnels. Cette liberté doit avoir davantage pour contrepartie une véritable responsabilisation de leur part.

Les outils de responsabilisation des patients et des assurés seront définis en concertation avec les partenaires. Le dossier médical partagé informatisé, dont l'existence a été rendue possible par la loi sur les droits des malades du 4 mars 2002, est l'un de ces outils de responsabilisation dont le Gouvernement souhaite le développement rapide sur la base du volontariat. Le projet de loi de financement prévoit l'intervention d'une autre mesure de responsabilisation significative : le forfait de remboursement pour les groupes génériques. Les assurés à qui sera prescrit un

médicament d'un groupe générique seront remboursés dans les mêmes conditions, qu'ils acceptent un générique ou qu'ils demandent le médicament princeps, le choix leur revenant. L'avenant à la convention d'objectifs et de gestion passée avec la CNAMTS cherchera à développer d'autres outils dans cet objectif.

1.4.5. Les personnes handicapées

L'amélioration de la situation des personnes handicapées constitue l'un des trois grands chantiers du quinquennat que le Président de la République a lancés le 14 juillet 2002. L'objectif d'une politique du handicap est de permettre aux personnes handicapées de choisir dans toute la mesure du possible leur mode de vie et de participer à la vie en société. 90 % des personnes handicapées vivent aujourd'hui à domicile. Certaines d'entre elles le font par choix mais d'autres y sont contraintes faute de places en établissement (maison d'accueil spécialisé ou foyer d'hébergement). Ce manque de places oblige d'ailleurs plus de 2 000 familles à envoyer leurs enfants en Belgique. Aussi, le Gouvernement souhaite développer dès 2003, puis au cours de la législature, les places nécessaires en établissement pour répondre à ces besoins et apporter l'assistance nécessaire aux personnes qui vivent à domicile (soins infirmiers, auxiliaire de vie, aide ménagère,...).

Un autre volet de ce grand chantier est la révision de la loi d'orientation du 30 juin 1975. La nouvelle loi, dont le projet sera déposé en 2003, exprimera notamment la solidarité nationale vis-à-vis de toutes les personnes handicapées en affirmant et en réorganisant leur droit à la prise en charge des aides techniques et humaines nécessaires à la compensation de leur handicap.

Ces grands projets n'empêchent pas les mesures concrètes et immédiates. Des créations de postes d'auxiliaires de vie et d'intégration scolaire sont prévues dans le projet de loi de finances pour 2003. 3 000 places en centre d'aide par le travail sont créées en 2003, soit un doublement de l'effort de création de places, pour favoriser l'intégration professionnelle des personnes handicapées qui ne peuvent accéder au milieu de travail ordinaire. Le nombre de places en établissement (maisons d'accueil spécialisé, foyers d'accueil médicalisé) est également doublé pour diminuer les listes d'attente actuelles et donner une place aux jeunes adultes et aux personnes polyhandicapées qui restent actuellement dans des établissements pour jeunes enfants (environ 4 000 personnes). Ces créations doivent permettre de faire face aux besoins nouveaux qui

s'ouvrent notamment en raison du vieillissement des personnes handicapées.

1.4.6. Les personnes âgées

Dans le domaine des soins spécifiques aux personnes âgées, la priorité du Gouvernement est la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Les objectifs de la réforme de la tarification sont maintenus :

- offrir une qualité de prise en charge accrue dans chaque établissement à travers l'engagement d'une démarche qualité ;
- réduire les inégalités tarifaires et rendre plus équitable l'allocation des ressources ;
- clarifier les coûts (hébergement, soins et dépendances) et le champ de compétence de chaque financeur.

Le rythme lent de signature des conventions traduit les difficultés de mise en œuvre de la réforme en raison d'une réglementation évolutive et complexe, qui a nécessité un temps d'appropriation par les acteurs ainsi qu'une forte mobilisation des intervenants sur la mise en œuvre des 35 heures, de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et des nouvelles règles comptables. Dès lors, prévoir une signature de l'ensemble des conventions à l'horizon 2003 s'avère irréaliste.

L'objectif est de signer l'ensemble des conventions à l'horizon 2005 et d'engager une démarche incitative et volontariste pour atteindre cet objectif.

Afin de régler les cas les plus difficiles et tenir compte des inévitables retards que rencontreront certains signataires, il est proposé de reporter la date d'échéance à 2006. Ainsi, l'ensemble des procédures seront menées à leur terme correctement.

Pour 2003, il est prévu d'obtenir la signature de 1 800 conventions tripartites.

S'agissant des programmes pluriannuels en cours dans le secteur des personnes âgées, ils seront poursuivis.

2. La branche accidents du travail

2.1. Améliorer la gestion de la branche

Le Gouvernement souhaite s'inscrire dans la continuité de la loi du 25 juillet 1994, qui a reconnu l'autonomie de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. A cet effet, la branche sera dotée d'une convention d'objectifs et de gestion et d'un conseil de surveillance. De tels outils permettront d'améliorer significativement la gestion de la branche.

Par ailleurs, malgré une situation comptable dégradée, le Gouvernement a respecté la recommandation des partenaires sociaux, réunis au sein de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, de stabiliser le taux de cotisation.

Enfin, la clarification des comptes de la sécurité sociale commande que les dépenses de chaque branche soient correctement imputées, ce qui nécessite d'engager un effort de formation à destination des différents acteurs (professionnels de santé, établissements hospitaliers) et d'étudier avec attention les causes de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Dans cette attente, au terme d'un travail approfondi sur ce sujet, l'évaluation minimale des dépenses imputées à tort à la branche maladie a été estimée, par la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, à 330 millions d'euros. Ce montant a été retenu pour fixer le transfert entre les deux branches.

2.2. Etudier les conséquences d'un passage éventuel à la réparation intégrale

A la suite du rapport de M. Roland Masse, M. Michel Yahiel avait été chargé de conduire une réflexion sur la méthodologie de la mise en place d'une réparation intégrale des risques professionnels. Ce rapport a été rendu en avril 2002.

Compte tenu notamment du développement de systèmes de réparation de « droit commun » et de l'évolution de la jurisprudence, la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui repose sur le « compromis » d'avril 1898, mérite un réexamen approfondi. L'évolution vers la réparation dite « intégrale » est ainsi une des possibilités d'évolution de la branche. Toutefois, comme l'a souligné le rapport de M. Michel Yahiel, « la pauvreté des informations disponibles pour éclairer d'éventuelles décisions », l'absence

d'éléments d'analyse sérieux sur les incidences économiques des choix possibles « d'un point de vue général, mais aussi au regard des gains et pertes à anticiper pour les victimes » montre « l'extrême incertitude entourant les conditions de réalisation et les conséquences de la réparation intégrale, à commencer par son coût ».

Le Gouvernement a donc confié le soin à M. Yahiel de conduire un comité de pilotage associant les principaux acteurs pour approfondir l'expertise sur la réparation intégrale dans ses aspects juridiques, financiers et organisationnels. Une fois cette évaluation connue, le Gouvernement sera alors fondé à mener une large concertation, notamment avec les partenaires sociaux.

2.3. Prendre en compte le préjudice subi par les victimes de l'amiante

Dès son entrée en fonctions, le Gouvernement a souhaité que les mécanismes de réparation du préjudice subi par les personnes souffrant d'une affection liée à l'amiante soient rapidement mis en place. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, après avoir défini les montants d'acomptes en juin 2002, est en voie d'arrêter le barème définitif. Il sera doté d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 190 millions d'euros en 2003.

3. La politique de la famille

Le Gouvernement a décidé d'infléchir dès 2003 la politique au bénéfice des familles dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais également dans le cadre du projet de loi de finances.

Dans cet esprit, il a décidé de mettre en place en priorité une mesure ciblée sur les familles nombreuses ayant de grands enfants. En effet, aujourd'hui, les allocations familiales ne sont perçues qu'à partir du deuxième enfant et cessent en majeure partie d'être versées lorsque les enfants atteignent l'âge de 20 ans. Ce dispositif peut provoquer de forts déséquilibres dans les budgets des familles les plus modestes, les enfants restant à la charge de leurs parents sur une période de plus en plus longue, bien au-delà de leurs 20 ans.

L'objectif poursuivi par le Gouvernement est d'atténuer le caractère brutal de cette perte d'allocations familiales. La mesure est ciblée sur les familles de trois enfants et plus, pour lesquelles la perte financière est la plus importante. Ainsi, une somme de

70 euros par mois sera versée à compter du 1^{er} juillet 2003 pendant un an à ces familles dont l'aîné atteint 20 ans. L'avantage pour les 145 000 familles concernées sera de 840 euros.

Dans le projet de loi de finances pour 2003, le Gouvernement a, par ailleurs, prévu le doublement de l'abattement pour les dotations entre les grands-parents et les petits-enfants qui permettra de relancer l'effort de solidarité financière entre les générations. De même l'augmentation de 50% des seuils pour les emplois familiaux favorisera toutes les familles qui emploient à domicile des gardes d'enfants ou des personnes destinées à soulager les plus âgées de tâches à caractère familial ou ménager.

Par ailleurs, dans un souci de clarification, la croissance de la prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des majorations de retraites pour enfant se poursuivra. Le taux de prise en charge atteindra 60 % en 2003.

Les délais impartis au Gouvernement n'ont pas permis d'aller au-delà de cette inflexion. Aussi c'est la conférence de la famille de 2003 qui marquera le début d'une réforme plus fondamentale de la politique familiale. Les travaux préparatoires à cette conférence, lancés au début du mois d'octobre 2002, seront marqués du sceau de l'ambition et du réalisme. Ambition car il est temps de mettre en chantier les inflexions majeures attendues par l'ensemble des partenaires, et notamment la création d'une prestation unique de libre choix. Réalisme car la politique familiale repose sur des équilibres complexes et notre environnement financier est porteur de contraintes. Les groupes de travail qui prépareront la conférence du printemps 2003 axeront ainsi, en priorité, leur réflexion autour des thèmes liés à la simplification des prestations, aux services destinés aux familles ou encore à la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle.

4. La politique d'assurance vieillesse

4.1. Refuser l'attentisme

Bénéficiant momentanément d'un contexte démographique exceptionnel, la branche vieillesse est excédentaire. Comme l'ont montré les différents rapports qui se sont succédés en France depuis au moins dix ans, cette situation favorable sera extrêmement brève. Le « diagnostic » des besoins de financement, à l'horizon 2020 comme à l'horizon 2040, est parfaitement établi.

Le principal danger qui pèse sur nos régimes de retraite par répartition serait l'inaction. Leur sauvegarde pèserait alors de tout

son poids sur un nombre relativement faible de générations, qui pourraient alors refuser un effort supplémentaire.

La revalorisation des pensions sera en 2003 de 1,5 %, conformément à l'inflation prévue. Cette revalorisation permettra ainsi d'assurer le maintien du pouvoir d'achat des retraités. Tout effort supplémentaire présumerait de l'équilibre actuel et futur de la branche.

4.2. Faire reposer la réforme sur l'équité, la liberté et l'effort partagé

Conformément à la déclaration de politique générale du Premier ministre du 3 juillet 2002, cette réforme reposera sur les principes suivants :

- elle doit aboutir à une plus grande équité entre les Français, tout en tenant compte des spécificités et des différents statuts et évidemment de la diversité des situations, notamment démographiques ;

- la liberté de choix sera assurée : la retraite à 60 ans, qui est un acquis social, ne sera pas remise en cause, mais ceux qui souhaitent prolonger leur activité au-delà doivent pouvoir le faire et ainsi augmenter leurs droits ;

- les efforts nécessaires seront équitablement répartis.

Les principes fondamentaux de la réforme seront précisés, en liaison avec les partenaires sociaux, au début de l'année 2003. Chaque régime, privé ou public, fera alors l'objet d'un traitement spécifique, selon un calendrier approprié et des modalités à négocier au cas par cas.

Le temps est ainsi à la prise de décisions. Notre système de retraite est notre bien commun. Les conditions de sa préservation, qui seront concertées dans le cadre du renouveau du dialogue social, seront réunies avant la fin du premier semestre 2003.

5. Le financement et l'équilibre de la sécurité sociale

Dans le domaine du financement et de l'équilibre de la sécurité sociale, le Gouvernement est déterminé à s'engager sur la crédibilité de ses objectifs et à progresser dans le domaine de la clarification.

5.1. S'engager sur la crédibilité des objectifs

La crédibilité des objectifs des lois de financement des années précédentes a été remise en question par d'importants dépassements des objectifs de dépenses notamment pour la branche maladie. De tels dépassements ont conduit le précédent gouvernement à proposer le vote d'objectifs rectifiés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, une adjonction des objectifs de l'année en cours aux objectifs de l'année suivante ne permet pas un réel débat sur la justification des dépassements.

Le Gouvernement souhaite donc changer de méthode pour rendre toute leur crédibilité aux objectifs des lois de financement. Ainsi, il prend l'engagement de présenter au Parlement au début du mois de mai un projet de loi de financement rectificatif, au cas où les prévisions de recettes et de dépenses effectuées dans le cadre de la Commission des comptes de printemps montreraient un décalage significatif avec les objectifs fixés dans la loi de financement pour 2003.

La présentation du projet de loi de financement rectificative sera l'occasion de débattre des motifs de ces différences entre évolution des agrégats et objectifs, qu'elles soient positives ou négatives. Il proposera un certain nombre de mesures visant à en tirer les conséquences en termes d'encadrement du système de sécurité sociale, en termes d'efforts que fournissent les différents acteurs ou en termes de bénéficiaires qu'ils en tirent.

5.2. Clarifier le financement de la sécurité sociale, en particulier les relations financières avec l'Etat

La deuxième priorité du Gouvernement est de clarifier le financement de la sécurité sociale.

Comme le montre l'audit des finances publiques, les comptes de la sécurité sociale sont caractérisés actuellement par une réelle opacité. De nombreux circuits de financement ont été mis en place ces dernières années. Outre leur complexité, ces circuits sont décriés par les différents partenaires, car ils conduisent à faire financer par la sécurité sociale des dépenses qui n'entrent pas dans son objet.

L'importance des montants en jeu et la complexité des liens entre les différents organismes font de cette inévitable clarification un objectif de moyen terme.

La conjoncture et les contraintes pesant sur les finances publiques ne permettent pas d'opérer une clarification complète en

une seule année. En 2003, il a paru indispensable au Gouvernement, néanmoins, d'engager une première étape tout à fait significative. Celle-ci comprend trois volets essentiels :

- l'engagement de l'Etat de compenser intégralement les nouveaux allègements de charge ;

- une réaffectation à la sécurité sociale d'une partie des recettes qui avaient été utilisées pour le financement du FOREC. La modification des clés de partage des droits tabac entre le FOREC et la CNAMTS apportera à cette dernière 700 millions d'euros et permettra de revenir à la clé de partage prévalant avant la création du FOREC ;

- le remboursement de la moitié de la dette passée au titre des allègements de charges.

C'est de la sauvegarde de notre sécurité sociale dont il s'agit aujourd'hui. Elle passe par une modernisation de son organisation et de ses structures qui permette de s'adapter à son nouvel environnement. Le chemin tracé par le Gouvernement est clair. Sa résolution l'est également. C'est dans la durée, dans la concertation et le respect du dialogue social que les réformes seront menées.
