

TEXTE ADOPTE no 35

“Petite loi”

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DOUZIÈME LÉGISLATURE
SESSION ORDINAIRE DE 2002-2003
30 octobre 2002

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2003

ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE
EN PREMIÈRE LECTURE.

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

Voir les numéros : **250, 327 et 330.**

Sécurité sociale.

TITRE Ier

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

Article 1er

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

TITRE IER BIS

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

[Division et intitulé nouveaux]

Article 1er bis (nouveau)

Après l'article 6 *septies* de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, il est inséré un article 6 *octies* ainsi rédigé :

“*Art. 6 octies.* – I. – La délégation parlementaire dénommée Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé a pour mission d'informer le Parlement des conséquences des choix de politique de santé, effectués notamment dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, afin d'éclairer ses décisions. A cet effet, elle veille à l'application des politiques de santé, recueille des informations, met en œuvre des programmes d'études et procède au contrôle, au suivi et à l'évaluation de ces politiques.

“II. – La délégation est composée de douze députés et douze sénateurs désignés de façon à assurer, au sein de chaque assemblée, une représentation proportionnelle des groupes politiques, chaque groupe ayant au moins un représentant. Les députés sont désignés au début de chaque législature pour la durée de celle-ci. Les sénateurs sont désignés après chaque renouvellement partiel du Sénat.

“Après chacun de ses renouvellements, la délégation élit son président et son premier vice-président qui ne peuvent appartenir à la même assemblée.

“III. – La délégation est assistée d'un conseil scientifique composé de six personnalités choisies en raison de leurs compétences dans le domaine des politiques de santé.

“Les membres du conseil scientifique sont désignés pour trois ans dans les conditions prévues par le règlement intérieur de la délégation.

“Le conseil scientifique est saisi dans les conditions prévues par le règlement intérieur de la délégation, chaque fois que celle-ci l’estime nécessaire.

“IV. – La délégation peut recueillir l’avis des professionnels de santé, ainsi que des organisations syndicales et professionnelles et des associations intervenant dans le domaine de la santé.

“V. – La délégation est saisie par :

“1° Le Bureau de l’une ou l’autre assemblée, soit à son initiative, soit à la demande d’un président de groupe, soit à la demande de soixante députés ou de quarante sénateurs;

“2° Une commission spéciale ou permanente.

“VI. – La délégation dispose des pouvoirs définis par le IV de l’article 164 de l’ordonnance n° 58-1374 du 30 décembre 1958 portant loi de finances pour 1959.

“En cas de difficultés dans l’exercice de sa mission, la délégation peut demander, pour une durée n’excédant pas six mois, à l’assemblée d’où émane la saisine de lui conférer les prérogatives attribuées par l’article 6 aux commissions parlementaires d’enquête, à leurs présidents et à leurs rapporteurs. Lorsque la délégation bénéficie de ces prérogatives, les dispositions relatives au secret des travaux des commissions d’enquête sont applicables.

“VII. – Les travaux de la délégation sont confidentiels, sauf décision contraire de sa part.

“Les résultats des travaux exécutés et les observations de la délégation sont communiqués à l’auteur de la saisine.

“Après avoir recueilli l’avis de l’auteur de la saisine, la délégation peut les rendre publics.

“Toutefois, lorsque la délégation a obtenu le bénéfice des dispositions de l’article 6, la décision de publication ne peut être prise que par l’assemblée intéressée, dans les conditions fixées par son règlement pour la publication des rapports des commissions d’enquête.

“VIII. – La délégation établit son règlement intérieur; celui-ci est soumis à l’approbation des Bureaux des deux assemblées.

“IX. – Les dépenses afférentes au fonctionnement de la délégation sont financées et exécutées comme dépenses des deux assemblées parlementaires dans les conditions fixées par l’article 7.”

Article 1er ter (nouveau)

L’article L. 134-1 du code des juridictions financières est complété par un alinéa ainsi rédigé :

“La Cour des comptes examine également la gestion des centres hospitaliers régionaux mentionnés au deuxième alinéa de l’article L. 6141-2 du code de la santé publique.”

Article 1er quater (nouveau)

Les rapports d'activité des commissions visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique sont remis chaque année au Parlement.

Article 1er quinquies (nouveau)

Le Gouvernement déposera, avant le 15 octobre 2003, un rapport présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et les vingt années suivantes.

Article 2

Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport analysant l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Article 2 bis (nouveau)

Le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 1er septembre 2003, un rapport présentant un état des coûts de gestion des relations entre l'Etat et la sécurité sociale et proposant des réformes en la matière.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Article 3

I. – Au 1° 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 même code, le pourcentage : "8,84 %" est remplacé par le pourcentage : "15,20 %".

III. – Dans la deuxième phrase du premier alinéa du III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), 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 1er janvier 2003.

Article 4

I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

A. – A l'article 572, le deuxième alinéa est supprimé.

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 1er 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 ainsi rédigé :

“Le minimum de perception mentionné à l’article 575 est fixé à 108 € pour les cigarettes.”;

2° Au troisième alinéa, la somme : “45 €” est remplacée par la somme : “56 €”;

2° *bis (nouveau)* Au même alinéa, les mots : “et les autres tabacs à fumer” sont remplacés par les mots : “, à 45 €pour les autres tabacs à fumer”;

3° Le quatrième alinéa est supprimé.

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 ainsi rédigé :

“A l’importation, le droit est dû par l’importateur; il est recouvré comme en matière de douane.”

II. – A. – L’article L. 3511-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

“Est considéré comme ingrédient toute substance ou tout composant autre que les feuilles et autres parties naturelles ou non transformées de la plante du tabac, utilisés dans la fabrication ou la préparation d’un produit du tabac et encore présents dans le produit fini, même sous une forme modifiée, y compris le papier, le filtre, les encres et les colles.”

B. – 1. Le premier alinéa de l’article L. 3511-6 du même code est ainsi rédigé :

“Les teneurs maximales en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone des cigarettes sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé.”

2. Le deuxième alinéa du même article est supprimé.

3. Dans le cinquième alinéa du même article, les mots : “et en nicotine” sont remplacés par les mots : “, en nicotine et en monoxyde de carbone”.

4. Dans l’avant-dernier alinéa du même article, les mots : “en nicotine et” sont supprimés et, après les mots : “en goudron”, sont insérés les mots : “,en nicotine et en monoxyde de carbone”.

5. Dans le dernier alinéa du même article, après le mot : “message”, sont insérés les mots : “général et un message”.

C. – Le même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

“A compter du 30 septembre 2003, il est interdit d’utiliser, sur l’emballage des produits du tabac, des textes, dénominations, marques et signes figuratifs ou autres indiquant qu’un produit du tabac particulier est moins nocif que les autres.”

III (*nouveau*). – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 6 janvier 2003.

Article 4 bis (nouveau)

I. – Après le troisième alinéa du I de l'article 520 A du code général des impôts, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

“100 € par degré alcoométrique pour les bières conditionnées en boîtes dont le titre alcoométrique excède 8 % vol.;”.

II. – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2003.

Article 5

I. – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement 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 le 1er avril 2003 la somme de 1096969089,92 € 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 d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

“Elle verse à la même date, 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 171465344,88 € à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la somme de 10484547,75 € à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, la somme de 2118360,20 € à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et la somme de 1801493,21 € à l'Etablissement 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 1096969089,92 € 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 d'assurance vieillesse des travailleurs salariés au prorata des créances sur exonérations de cotisations comptabilisées dans les comptes de chacune des branches.

Article 6

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

“*Art. L. 245-2.* – I. – 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 afférentes, 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 de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier 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, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1°;

“3° Des achats d'espaces publicitaires, à l'exception des journaux médicaux détenteurs d'un numéro de commission paritaire, 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.

“II. – Il est procédé sur l'assiette définie au I :

“1° A un abattement forfaitaire égal à 500000 € et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I;

“2° 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 et des spécialités remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et 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;

“3° 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, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits 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.

“III. – 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 I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II 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 et inscrits 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.

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

Part de l'assiette correspondant au rapport "R" entre l'assiette définie aux 1° à 3° du I après déduction, Taux de la contribution par tranche le cas échéant, des abattements et le chiffre d'affaires hors taxes (En pourcentage.)

R < 10 %	13
10 % = R < 12 %	19
12 % = R < 14 %	27
R = 14 %	32

II. – L'article L. 245-4 du même code est ainsi rédigé :

"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."

Il *bis* (nouveau). – Le c de l'article L. 138-11 du même code est ainsi rédigé :

"c) A concurrence de 30 % sur les charges mentionnées au I de l'article L. 245-2, après déduction, le cas échéant, des abattements prévus au II du même article, exposées par l'ensemble des entreprises redevables."

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

Article 6 bis (nouveau)

I. – La section 2 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est abrogée.

II. – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2003.

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.

Article 7 bis (nouveau)

I. – Le 3° de l'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale est abrogé.

II. – Il est inséré, après l'article L. 380-3 du même code, un article L. 380-3-1 ainsi rédigé :

“Art. L. 380-3-1. – I. – Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l’accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d’une part, et la Confédération suisse, d’autre part, sur la libre circulation des personnes, mais qui sur leur demande sont exemptés d’affiliation obligatoire au régime suisse d’assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord, sont affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l’article L. 380-1.

“II. – Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d’affiliation obligatoire au régime suisse d’assurance maladie peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu’à leurs ayants droit, pendant une période transitoire se terminant au plus tard sept ans après la date d’entrée en vigueur de l’accord du 21 juin 1999 précité, à condition d’être en mesure de produire un contrat d’assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l’ensemble des soins reçus sur le territoire français.

“Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu’à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d’entrée en vigueur de l’accord du 21 juin 1999 précité, au titre des dispositions du I de l’article 19 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d’une couverture maladie universelle.

“Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I.

“III. – Les dispositions du I et du II sont également applicables aux titulaires de pensions ou de rentes suisses, ainsi qu’à leurs ayants droit, résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l’accord du 21 juin 1999 précité, mais qui sur leur demande sont exemptés d’affiliation obligatoire au régime suisse d’assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord.

“IV. – Les travailleurs frontaliers et les titulaires de pensions et de rentes affiliés au régime général dans les conditions fixées au I ne sont pas assujettis aux contributions visées à l’article L. 136-1 et à l’article 14 de l’ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et ne sont pas redevables des cotisations visées au deuxième alinéa de l’article L. 131-7-1 et à l’article L. 380-2.

“Ils sont redevables d’une cotisation fixée en pourcentage du montant de leurs revenus définis selon les modalités fixées au IV de l’article 1417 du code général des impôts. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

“La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d’Etat.”

III.– Les dispositions de l’article 18 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d’une couverture maladie universelle sont applicables aux contrats d’assurance maladie en cours de validité lors de l’affiliation au régime général dans les conditions fixées au I.

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	181,87	
Cotisations fictives	32,48	
Cotisations prises en charge par l'Etat (<i>ligne nouvelle</i>)		2,33
Contributions publiques	11,40	
Impôts et taxes affectés	94,11	
Transferts reçus	0,21	
Revenus des capitaux	1,04	
Autres ressources	4,07	
<hr/>		
Total des recettes	327,51	

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
<hr/>	
Total des recettes	315,20

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

Article 10

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

1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

“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.”;

2° 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.”;

3° La deuxième phrase du II est ainsi rédigée :

“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 même code est ainsi modifié :

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

“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.”;

2° 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”;

3° Au sixième alinéa du II, les mots : “des dépenses” sont remplacés par les mots : “des charges”;

4° Les 1° et 2° du II sont abrogés;

5° Le III est ainsi rédigé :

“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 même code est ainsi rédigé :

“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.”

Article 11

I. – Le III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) 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 1er 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 ainsi rédigée : ", 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 de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000)".

Article 11 bis (nouveau)

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les mandats globaux relatifs aux indemnisations des gardes effectuées par les internes ou faisant fonction d'interne en médecine dans les établissements publics de santé au titre des exercices 1998 à 2001, en tant que leur régularité est mise en cause sur le fondement de la prise en compte d'un taux d'indemnisation correspondant à celui des praticiens hospitaliers.

Article 12

I. – Au premier alinéa 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".

II (*nouveau*). – Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport d'étude sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de soins.

Article 13

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

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. – A compter du 1er janvier 2003, le VIII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 précitée est abrogé et, dans le I de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée, après les mots : "fonds pour la modernisation des établissements de santé", sont insérés les mots : "publics et privés".

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 publics et privés".

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

Article 14

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 est ainsi modifié :

1° Ses dispositions actuelles constituent un I;

2° A la fin du dernier alinéa, le mot : "article" est remplacé par la mention : "I";

3° Il est complété par un II ainsi rédigé :

"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 statutaires 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 alimentent le fonds pour l'exercice de cette mission à la hauteur du montant des crédits ouverts chaque année à ce titre par l'arrêté interministériel mentionné au deuxième alinéa du présent II. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale."

Article 14 bis (nouveau)

L'article L. 6154-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

“Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l’article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, par l’intermédiaire de l’administration de l’hôpital.”;

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

“Les organismes gestionnaires d’un régime de base d’assurance maladie communiquent au président de la commission de l’activité libérale mentionnée à l’article L. 6154-5 de l’établissement public de santé dans lequel le praticien exerce, les informations sur ses recettes, le nombre de ses consultations et le volume des actes qu’il effectue.”

Article 15

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

1° Le III est ainsi rédigé :

“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.”;

2° 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. – La sous-section 2 de la section 3-1 du chapitre II du titre VI du livre 1er du même code 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”.

III *bis* (nouveau). – A l’article L. 162-45 du même code, les mots : “, L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3” sont remplacés par les mots : “et L. 162-14”.

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 : “L. 162-15-2” est remplacée par la référence : “L. 162-5-9”.

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

1° Le troisième alinéa est supprimé;

2° 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”.

Article 16

Après le quatrième alinéa de l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

“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° du I de l'article L.O. 111-3. Le conseil de surveillance est saisi par le conseil d'administration de la caisse de l'accord-cadre, des conventions, de leurs annexes et avenants, mentionnés aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-14-2. Lorsqu'il estime qu'une ou plusieurs dispositions de l'accord-cadre ou d'une convention ne sont pas cohérentes avec le respect de l'objectif national prévu au 4° du I de l'article L.O. 111-3, il en informe le conseil d'administration en adoptant un avis motivé à la majorité de ses membres, le président ayant une voix prépondérante. Le conseil d'administration transmet l'avis au Parlement et au Gouvernement. En outre, le conseil de surveillance rend chaque année, avant le 30 juin, un rapport sur la politique conventionnelle de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce rapport, adopté à la majorité de ses membres, le président ayant une voix prépondérante, est transmis au Parlement et au Gouvernement.”

Article 17

..... Supprimé.....

Article 18

I. – 1. Dans le code de la sécurité sociale, au premier alinéa de l'article L. 162-1-2 et de l'article L. 162-4-1, au quatrième alinéa de l'article L. 162-12-16, au cinquième alinéa de l'article L. 162-12-18, au dernier alinéa de l'article L. 224-7, aux II, III, IV et V de l'article L. 315-1, aux premier, deuxième et dernier alinéas de l'article L. 315-2, par trois fois au premier alinéa de l'article L. 315-2-1, à l'article L. 544-3 et à l'article L. 766-1-4, les mots : “service du contrôle médical” sont remplacés par les mots : “service médical de l'assurance maladie”.

2. Dans le code rural, au quatrième alinéa de l'article L. 752-6 et au troisième alinéa de l'article L. 752-24, 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 code de la sécurité sociale, 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 Ier du livre III du même code est ainsi rédigé : "Bon usage des prestations et relations avec les professionnels de santé".

III *bis* (nouveau). – 1. L'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre Ier du livre VI du même code est ainsi rédigé : "Dispositions relatives aux soins. – Bon usage des prestations".

2. L'intitulé de la sous-section 3 de la même section 2 est ainsi rédigé : "Bon usage des prestations et relations avec les professionnels de santé".

3. Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les mots : "assurent le contrôle médical" sont remplacés par les mots : "examinent tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service des prestations et analysent l'activité des prestataires de soins".

4. Dans le deuxième alinéa du même article, le mot : "contrôle" est remplacé par le mot : "service".

IV. – Le I de l'article L. 315-1 du même code est ainsi rédigé :

"I. – 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."

IV *bis* (nouveau). – Le quatrième alinéa de l'article L. 752-12 du code rural est ainsi rédigé :

"– 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, conformément aux articles L. 315-1 à L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale;"

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

"Art. L. 315-1-1. – Le service médical de l'assurance maladie exerce 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 aux III et IV de l’article L. 315-1, la mise à disposition des professionnels de santé 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 : “L. 315-1,”, il est inséré la référence : “L. 315-1-1,”.

VII. – Au premier alinéa de l’article L. 732-5 du code rural, après la référence : “L. 315-1,”, il est inséré la référence : “L. 315-1-1,”.

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 de bon usage des soins fixés par la convention.”

Article 19 bis (nouveau)

I. – Dans la dernière phrase du premier alinéa de l’article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, les mots : “Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise” sont remplacés par les mots : “Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise”.

II. – La première phrase de l’avant-dernier alinéa de l’article L. 138-10 du même code est complétée par les mots : “et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l’article L. 162-17-4, sous réserve qu’un tel accord ait été conclu”.

Article 19 ter (nouveau)

Dans le III de l’article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n° 2001-1246 du 21 décembre 2001), les mots : “, pour la durée fixée par l’agrément” sont remplacés par les mots : “un an après la durée fixée par l’agrément et au plus tard jusqu’au 31 décembre 2004”.

Article 20

Après l’article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-7 ainsi rédigé :

“Art. L. 162-17-7. – L’entreprise qui exploite un médicament peut, lorsque ce médicament présente, par son amélioration 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 accord conclu en application du premier alinéa de l’article L. 162-17-4 ou, à défaut, un décret en Conseil d’Etat précise notamment les médicaments auxquels cette procédure est applicable, les modalités de mise en œuvre et la nature des engagements que doit prendre l’entreprise.”

Article 21

I. Les huitième et neuvième alinéas de l’article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale sont remplacés par cinq alinéas ainsi rédigés :

“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 ladite entreprise.

“Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d’affaires hors taxes 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. 162-17-5 du même code, il est inséré un article L. 162-17-8 ainsi rédigé :

“Art. L. 162-17-8. – 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 ladite 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, 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.”

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 spécialisés aux toxicomanes relevant des catégories d'établissements mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 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 : “, à l'exclusion des dépenses mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles”.

III. – La section 3 du chapitre IV du titre VII du livre 1er du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 174-9-1 ainsi rédigé :

“*Art. L. 174-9-1.* Les centres de soins spécialisés aux toxicomanes mentionnés à l'article L. 314-8 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.”

IV. – Après le quatrième alinéa de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

“A titre transitoire, la première autorisation délivrée aux centres de soins spécialisés aux toxicomanes conformément aux dispositions du présent article a une durée de trois ans.”

V. – Les organismes gestionnaires des centres de soins spécialisés aux toxicomanes 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 centre de soins spécialisés aux toxicomanes 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.

Article 23

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

1° L'intitulé du chapitre est ainsi rédigé : "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";

2° Le premier alinéa de l'article L. 132-1 est supprimé;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 132-1, les mots : "l'Etat" sont remplacés par les mots : "les organismes d'assurance maladie".

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 du transport sanitaire."

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 la garde départementale organisée dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6312-5 du code de la santé publique."

III. – La première phrase de l'article L. 161-34 du même code est ainsi rédigée :

"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."

Article 25

I. – Au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, la date : "31 décembre 2003" est remplacée par les mots : "31 décembre 2005, ou avant le 31 décembre 2006 pour les établissements mentionnés à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation".

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 jusqu'à la date mentionnée au I de l'article L. 313-12 du même code".

Article 26

..... Supprimé.....

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, 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, 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."

I *bis (nouveau)*.–Dans la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-16 du même code, le mot : "deuxième" est remplacé, par deux fois, par le mot : "cinquième" et le mot : "troisième", par deux fois, par le mot : "sixième".

II. – 1. Avant la dernière phrase du sixième alinéa (5°) de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

"En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent."

2. Le deuxième alinéa (1°) de l'article L. 5121-20 du même code est complété par les mots : "et les modalités de création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence, ces groupes étant définis au 5° de l'article L. 5121-1".

Article 28

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

1° Au premier alinéa du I, la date : "31 décembre 2004" est remplacée par la date : "1er octobre 2003";

2° Le cinquième alinéa du I est supprimé;

3° Aux troisième et huitième alinéas du I, les mots : "par la convention ou le décret mentionnés" sont remplacés par les mots : "par le décret mentionné";

4° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

"Le solde, constaté au 31 décembre de chaque année, des cotisations encaissées et des 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.";

5° Le III est ainsi rédigé :

"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."

Article 29

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

"7° Activités correspondant à des vacations accomplies dans des établissements de santé ou dans des établissements ou services sociaux et médico-sociaux et à leur demande par des médecins ou infirmiers en retraite, dans la limite d'une durée et d'un plafond prévus par décret en Conseil d'Etat. Le dépassement du plafond entraîne une réduction à due concurrence de la pension de retraite. Cette possibilité de cumul n'est ouverte qu'à compter de l'âge légal ou réglementaire de départ à la retraite."

I bis (nouveau). – Dans le cinquième alinéa de l'article L. 732-39 du code rural, les mots : "et 5°" sont remplacés par les mots : ", 5° et 7°".

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, compte tenu du nombre et de la répartition des médecins et des infirmiers dans le secteur sanitaire et médico-social considéré, 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.”

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.

Article 31

I. – Le II de l’article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) 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 des médecins exerçant à titre libéral mentionnées 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 de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée est fixé à 106 millions d’euros.

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

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.

Article 33

Pour 2003, l’objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et 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 136,33 milliards d’euros.

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.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE

Section 1

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Article 35

I. – Au 2° de l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n° 2001-1246 du 21 décembre 2001), la somme : "76,22 millions d'euros" est remplacée par la somme : "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 de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 190 millions d'euros au titre de l'année 2003.

II (*nouveau*). – Le VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée est complété par les mots : "chaque année avant le 15 octobre".

Article 36

I. – Au II de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 précitée, la somme : "200 millions d'euros" est remplacée par la somme : "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 de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n°98-1194 du 23 décembre 1998), est fixé à 450 millions d'euros pour l'année 2003.

II (*nouveau*). – Dans la dernière phrase du dernier alinéa du III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, après le mot : "Gouvernement", sont insérés les mots : ", avant le 15 octobre,".

Article 37

I. – 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.

II (*nouveau*). – Dans la dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 176-2 du même code, après le mot : "Gouvernement", sont insérés les mots : "avant le 15 octobre de l'année considérée".

Article 38

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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", sont insérés les mots : "et les modalités de désignation et d'exercice du mandat de ses membres".

II. – L'article L. 221-5 est ainsi rédigé :

"*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."

III. – A l'article L. 231-5-1, après la référence : "L. 221-3,", il est inséré la référence : "L. 221-5,".

IV. – Au deuxième alinéa du I de l'article L. 227-1, les mots : "visées aux 1°, 3° et 4°" sont remplacés par les mots : "mentionnées aux 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 ainsi rédigée :

"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 et 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 et 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”.

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.

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 ouvraient 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 1er juillet 2003 pour les enfants qui atteignent l'âge limite à compter de cette date.

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.

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 43,62 milliards d'euros.

Section 3

Branche vieillesse

Article 43

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

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

Article 44

Pour 2003, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et 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 140,36 milliards d'euros.

Article 45

..... Supprimé

TITRE IV *BIS*

OBJECTIFS DE DEPENSES REVISES POUR 2002

[Division et intitulé nouveaux]

Article 46

Pour 2002, les objectifs révisés de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :

(En milliards d'euros.)

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

TITRE V

MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRESORERIE

Article 47

I. – Il est inséré, au titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, un chapitre VIII *bis* intitulé : "Dispositions communes aux contributions recouvrées directement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale" et comprenant 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, notamment par la mise à disposition d’agents de ces 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 d’application 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° 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 des dispositions du présent chapitre.”

II. – Le quatrième alinéa de l’article L. 137-7, les articles L. 137-8, 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 même code sont abrogés.

III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2003.

Article 47 bis (nouveau)

L’article L. 144-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

“A l’exclusion des rémunérations des présidents des juridictions et de celles de leurs secrétaires ainsi que de celles du secrétaire général et des secrétaires généraux adjoints de la Cour nationale de l’incapacité et de la tarification de l’assurance des accidents du travail, les dépenses de toute nature résultant de l’application des chapitres II et III du présent titre sont :”;

2° Dans les deuxième et troisième alinéas, les mots : “les caisses centrales compétentes de mutualité sociale agricole” sont remplacés par les mots : “la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole”;

3° Dans l'avant-dernier alinéa, les mots : "à l'alinéa précédent" sont remplacés par les mots : "aux 1° et 2°";

4° Dans le dernier alinéa, les mots : "le fonds national de solidarité prévu au livre VIII du présent code" sont remplacés par les mots : "le Fonds spécial d'invalidité mentionné par l'article L. 815-3-1 et le Fonds de solidarité vieillesse institué par l'article L. 135-1".

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	12500
Régime des exploitants agricoles	2210
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.....	500
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	200
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.....	80

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

Délibéré en séance publique, à Paris, le 30 octobre 2002.

Signé :

ANNEXE

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 de la sécurité sociale

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, trop exclusivement orienté vers le curatif, 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 pour 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 des mesures 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, un meilleur accès à la prévention et aux soins des usagers 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 pour 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. Cette politique nationale prendra en compte les inégalités territoriales qui existent en matière de santé publique.

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.

Enfin, la loi de programmation de santé publique rétablira les institutions ordinaires issues de la loi du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, en particulier celle des masseurs-kinésithérapeutes.

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 soixante-cinq 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 aux plus âgés. Par ailleurs, les environnements spécifiques devront être l'objet de mesures concertées (école, travail, milieux à risques...). 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. 700000 personnes sont atteintes en France d'une maladie cancéreuse et, chaque année, 250000 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 sur les tabacs 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.

Une action efficace de prévention et de lutte contre le tabagisme doit être poursuivie, notamment pour soutenir ceux qui souhaitent arrêter de fumer. C'est pourquoi il est tout à fait envisageable de prévoir le remboursement des produits favorisant le sevrage tabagique par l'assurance maladie.

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 intrafamilial des femmes à risques 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 rectificative, 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 de l'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 (ONDAM) 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" et de 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 de médicalisation des 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 public et privé; les coopérations entre ces différents acteurs seront facilitées. D'ores et déjà, le Gouvernement s'engage à réaliser une large expérimentation en grande 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 bonnes pratiques 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.

Afin de lutter contre la désertification, l'isolement et les problèmes de sécurité, le Gouvernement favorise et encourage les initiatives pour assurer la permanence des soins, avec l'ensemble des acteurs locaux, notamment en offrant aux médecins la possibilité de s'implanter sur plusieurs sites.

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 et 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 auxquels 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 (maisons d'accueil spécialisé ou foyers 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, auxiliaires de vie, aides ménagères...).

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 centres 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

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

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

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

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

La politique de santé publique doit également améliorer la prise en charge des personnes âgées par le développement des connaissances des maladies liées à l'âge et le soutien aux soins gériatriques.

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 dépendance) 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 trente-cinq 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 de 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.

Parmi les priorités de santé publique, les maladies neurodégénératives, dont la maladie d'Alzheimer, et leurs conséquences dramatiques seront prises en compte tout particulièrement, notamment en développant l'aide aux familles et l'accueil de jour.

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 l'une des possibilités d'évolution de la branche. Toutefois, comme l'a souligné le rapport de M. 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" montrent "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 vingt 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 vingt 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 ₣ par mois sera versée à compter du 1er juillet 2003 pendant un an à ces familles dont l'aîné atteint vingt ans. L'avantage pour les 145 000 familles concernées sera de 840 ₣.

Dans le projet de loi de finances pour 2003, le Gouvernement a, par ailleurs, prévu le doublement de l'abattement pour les donations 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 enfants 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. Le Gouvernement s'engage à examiner dans sa globalité la situation des veuves, en particulier la majoration des 10 % des mères de famille, l'augmentation du plafond de ressources et du montant de l'assurance veuvage.

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 succédé 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 soixante 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 retraites 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 rectificative, 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 bénéfices 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 charges;
- une réaffectation à la sécurité sociale d'une partie des recettes qui avaient été utilisées pour le financement du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC). La modification des clés de partage des droits sur les tabacs 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.

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du 30 octobre 2002.

Le Président,

Signé : JEAN-LOUIS DEBRE.