

CHAPITRE I

MISE EN ŒUVRE DES DISPOSITIONS DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2003

I.1 PREVISIONS DE RECETTES ET OBJECTIFS DE DEPENSES

I. Les prévisions des recettes

Les objectifs de recettes pour 2003

L'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a fixé, par catégorie, les prévisions de recettes des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement.

Les agrégats présentés ci-dessous résultent comme les années passées d'une prévision d'exécution.

Les écarts entre ces prévisions et les agrégats sont résumés dans le tableau ci-dessous. Ils sont présentés en milliards d'euros. Le total des recettes issu des agrégats est inférieur de 4,58 milliard d'euros à celui prévu par la LFSS pour 2003.

TABLEAU 1 - Les prévisions des recettes

(milliards d'euros)

Catégorie de recettes	LFSS 2003 (1)	AGREGATS 2003 PLFSS 2004 (2)	Écart (2) - (1)
Cotisations effectives	181,9	182,5	0,6
Cotisations fictives	32,5	29,9	-2,6
Cotisations prises en charge par l'Etat	2,3	2,5	0,2
Contributions publiques	11,4	11,6	0,2
Impôts et taxes affectés	94,1	90,9	-3,2
Transferts reçus	0,2	0,2	0,0
Revenus des capitaux	1,0	0,9	-0,1
Autres ressources	4,1	4,3	0,2
Total des recettes	327,5	322,9	-4,6

Les principaux écarts sont les suivants :

- **Cotisations effectives : + 0,6 milliard d'euros**

L'agrégat des cotisations effectives augmente par rapport à la LFSS pour 2003. C'est la résultante de deux effets jouant en sens inverse : d'une part, la révision à la baisse de l'hypothèse de croissance de la masse salariale du secteur privé (de 4,1% à 2,3%), d'autre part la requalification comptable des cotisations fictives d'EDF en cotisations effectives (représentant en 2003 une masse de 2,6 milliards d'euros).

- **Cotisations fictives : - 2,6 milliards d'euros**

Cette importance baisse est due au reclassement des cotisations fictives d'EDF en cotisations effectives.

- **Cotisations prises en charge par l'Etat : + 0,2 milliard d'euros**

L'agrégat révisé intègre les coûts des nouvelles mesures incluses dans la loi de programme de l'outre-mer, ainsi que les exonérations supplémentaires liées à l'ouverture de nouvelles zones franches urbaines.

- **Contributions publiques : + 0,2 milliard d'euros**

L'augmentation de cet agrégat provient de la révision à la hausse de la contribution d'équilibre versée au régime des exploitants agricoles.

- **Impôts et taxes affectés : - 3,2 milliards d'euros**

Les causes de révision à la baisse de cet agrégat sont multiples : baisse du rendement de la CSG sur les revenus d'activité suite au ralentissement de la croissance de la masse salariale (-0,7 Md€), baisse du rendement de la CSG sur les revenus du patrimoine et de placement suite à la dégradation de la situation sur les marchés financiers (-0,7 Md€), recettes supplémentaires liées à l'augmentation du prix du tabac moins élevées que prévu en raison d'une baisse de la consommation (-0,8 Md€), baisse du rendement de la CSSS (-0,4 Md€) du 2% capital (-0,2 Md€) et de la taxe pharmaceutique (-0,14 Md€).

- **Autres ressources : + 0,3 milliard d'euros**

L'augmentation de cet agrégat porte principalement sur les produits de gestion courante de la CNAF : +0,2 Md€.

Les objectifs de recettes pour 2002

L'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a fixé, par catégorie, les objectifs révisés de recettes pour 2002 des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement.

Les agrégats présentés ci-dessous sont les résultats définitifs pour 2002.

Les écarts entre ces objectifs et les agrégats définitifs sont résumés dans le tableau ci-après. Ils sont présentés en milliards d'euros. Le total des recettes issu des agrégats est supérieur de 1,12 milliard d'euros à celui prévu par la LFSS pour 2002.

TABLEAU 2 - Les prévisions des recettes

(milliards d'euros)

Catégorie de recettes	LFSS 2002 révisée (1)	Réalisation 2002 (2)	Ecart avec LFSS 2002 révisée (2) - (1)
Cotisations effectives	175,6	178,4	2,8
Cotisations fictives	31,8	29,4	-2,4
Contributions publiques	11,2	11,0	-0,2
Impôts et taxes affectés	89,7	89,0	-0,7
Transferts reçus	0,2	0,2	0,0
Revenus des capitaux	0,8	0,8	0,0
Autres ressources	6,0	7,5	1,5
Total des recettes	315,2	316,3	1,1

Les écarts opposés constatés sur les cotisations fictives et effectives s'expliquent par le reclassement des cotisations employeurs d'EDF (représentant 2,47 milliards d'euros en 2002).

Les prévisions sur la CSG sur revenus du capital, plus hautes que les réalisations, expliquent pour partie la surestimation des impôts et taxes affectés.

La hausse de l'agrégat « Autres ressources » s'explique par des recettes supplémentaires de privatisations versées au FRR, par des recettes de l'assurance maladie liées aux conventions internationales, par un produit exceptionnel dans les comptes du FATIACL venant compenser l'inscription des congés de fin d'activité et par une modification, liée au passage au plan comptable unique, des procédures de consolidation interne portant sur les opérations de gestion courante de certains régimes (en particulier la CNAF), générant des produits et des charges supplémentaires.

II. Les objectifs de dépenses par branche

Les objectifs de dépenses pour 2003

Les articles 50, 57, 60 et 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 fixent les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités de droits propres.

Les agrégats présentés ci-dessous résultent comme les années passées d'une prévision d'exécution. Les écarts entre ces objectifs et les agrégats 2003 sont résumés dans le tableau ci-après. Ils sont présentés en milliards d'euros.

Tableau 3 - Les objectifs de dépenses par branche

(En milliards d'euros)

Branche	Objectif LFSS pour 2003 (1)	Agrégats 2003 (2)	Ecart (2)-(1)
Maladie-Maternité-Invalidité-Décès	136,4	138,1	1,7
Vieillesse-Veuve	140,4	140,7	0,3
Accidents du travail	9,4	9,5	0,1
Famille	43,6	44,0	0,4
Total des dépenses	329,7	332,2	2,5

II.1 Maladie - maternité - invalidité - décès : + 1,7 milliards d'euros

Les dépenses de la branche maladie sont supérieures de 1,7 milliard d'euros. Cette révision comprend le dépassement ONDAM (1,2 milliard d'euros), une augmentation des prestations extralégales ainsi qu'une hausse des charges financières et des charges de gestion courante.

II-2 Vieillesse - veuvage : + 0,3 milliard d'euros

La hausse des dépenses porte sur les autres régimes que le régime général.

II-3 Accidents du travail : 0,1 milliard d'euros

Le surcroît de charges résulte d'une croissance des dépenses plus élevées que prévu.

II-4 Famille : + 0,4 milliard d'euros

L'écart de 400 millions d'euros s'explique par une hausse des charges de gestion courantes et des charges exceptionnelles résultant de modifications dans les opérations de consolidation interne dans les comptes de la CNAF (une hausse équivalente est enregistrée dans les produits de la branche).

Les objectifs de dépenses pour 2002

L'article 64 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 fixe les objectifs révisés pour 2002 des dépenses par branche des régimes obligatoires de base de plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités de droits propres.

Les agrégats présentés ci-dessous sont les résultats définitifs pour 2002. Les écarts entre ces objectifs et les agrégats 2002 révisés sont résumés dans le tableau ci-dessous. Ils sont présentés en milliards d'euros.

Tableau 4 - Les objectifs de dépenses par branche pour 2002

(En milliards d'euros)

Branche	LFSS 2002 révisée (1)	Réalisation 2002 (2)	Ecart avec LFSS 2002 révisée (2) - (1)
Maladie-Maternité-Invalidité-Décès	129,2	129,6	0,4
Vieillesse-Veuve	136,0	136,1	0,2
Accidents du travail	9,0	9,3	0,3
Famille	41,5	41,8	0,3
Total des dépenses	315,7	316,9	1,2

Les dépenses d'assurance maladie ont été légèrement sous-estimées de 0,4 milliard d'euros. Il s'agit de dépenses de prestations légales hors ONDAM (indemnités journalières maternité et prestations d'invalidité).

Les prestations vieillesse ont été sous-estimées de l'ordre de 0,2 milliard d'euros. Les écarts portent sur les régimes autres que le Régime général.

Les dépenses d'accidents du travail sont supérieures de 0,3 milliard d'euros, conséquence de la prise en charge par le FATIACL (fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales) des congés de fin d'activité.

Les charges de la branche famille s'accroissent sous l'effet de la hausse des charges de gestion courante, avec l'augmentation simultanée des produits de gestion courante, du fait de la disparition de certaines consolidations internes à la branche.

I.2 Mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, article par article

I.2.1 Contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale

Article 2 : Instauration d'une délégation parlementaire dénommée Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

Cet article crée une délégation parlementaire dénommée « Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé » ayant pour mission d'informer le Parlement des conséquences des choix de santé publique afin d'éclairer ses décisions. Il fixe sa composition, ses modalités de fonctionnement et son financement.

Cet office, présidé par le professeur Jean-Michel Dubernard, a été installé le 27 février 2003 par le président de l'assemblée nationale et le ministre de la santé.

Article 3 : Information de la Cour des comptes auprès des centres hospitaliers.

Cet article insère dans le code des juridictions financières une disposition habilitant la Cour des comptes à recueillir des informations auprès des centres hospitaliers, dans le cadre de sa mission de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale.

Article 4 : Rapport du Gouvernement au Parlement sur les recommandations de la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement.

Cet article fait obligation au Gouvernement de transmettre au Parlement, chaque année, avant le 15 juillet, un rapport sur les suites données aux recommandations de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Ce rapport a été transmis à la représentation nationale en juillet 2003.

Article 5 : Rapports au Parlement (CEPP, Commission de la transparence).

Cet article fait obligation à la commission d'évaluation des produits et prestations prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale de fournir, chaque année, un rapport d'activité au Parlement. Ce rapport a été rédigé et doit être soumis à l'approbation des membres de la commission lors de la séance de reprise, en septembre 2003. Il sera ensuite transmis au Parlement.

Le rapport d'activité de la Commission de la Transparence, prévue à l'article L5123-3 du code de la santé publique, sera approuvé par les nouveaux membres de la commission, la composition de cette commission étant en cours de renouvellement et transmis immédiatement après au Parlement.

Article 6 : Rapport sur l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante.

Cet article dispose que le Gouvernement dépose, 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.

Ce rapport est en préparation ; il complétera le rapport d'activité du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, remis en juin 2003.

Article 7 : Rapport analysant l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

La mise en œuvre de cette disposition, qui intervient pour la première fois cette année, se concrétisera par la remise au parlement d'un rapport présentant l'évolution des dépenses de santé et une analyse des facteurs justifiant cette évolution.

Article 8 : Rapport sur les coûts de gestion des relations entre l'Etat et la sécurité sociale.

Cet article prescrit au Gouvernement de produire, avant le 1^{er} septembre 2003, un rapport sur les coûts de gestion des relations entre l'Etat et la sécurité sociale et proposant des réformes en la matière.

Une mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des finances (IGF) a rendu un rapport circonstancié qui propose différents scénarii de réforme. Il sera prochainement transmis aux assemblées parlementaires.

Article 9 : Rapport sur les dispositifs affectant l'assiette des cotisations sociales.

Conformément aux recommandations formulées par la Cour des Comptes dans son rapport de septembre 2002 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement transmet au Parlement, tous les cinq ans, avant le 15 octobre, un rapport sur l'état et l'évaluation financière des dispositifs affectant l'assiette des cotisations sociales. Ce rapport précise les pertes de recettes pour l'Etat et les régimes de sécurité sociale.

Compte tenu des délais liés à la production et à la collecte des données statistiques nécessaires à une analyse circonstanciée, pour lesquelles l'ACOSS a déjà été saisie, le premier rapport ne pourra être remis cette année.

I.2.2 Dispositions relatives aux ressources

Article 10 : Modification de la répartition des droits tabacs entre bénéficiaires.

En application de cet article, les droits de consommation sur les tabacs ont été répartis comme suit :

	2003	2002 (pour mémoire)
FOREC	84,45	90,77
CNAMTS	15,20	8,84
FCAATA	0,35	0,39

Article 11 : Fiscalité et mesures de santé publique sur les tabacs

Cet article tire les conséquences de la décision de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) du 27 février 2002 invalidant les dispositions du code général des impôts relatives à l'impossibilité, pour un fabricant ou un importateur de cigarettes,

de faire varier le prix de ses produits à l'intérieur d'une même marque en fonction de leur mode de conditionnement (article 572 et 572 bis du CGI).

Il transpose, par ailleurs, les dispositions de la directive 2002/10/CE du 12 février 2002 qui imposent aux Etats membres, dans la fixation de leur taux national d'accises sur les cigarettes, le respect d'un seuil exprimé en montant par 1000 unités, clarifie la définition du minimum de perception sur les cigarettes et limite son application aux seules cigarettes dont le prix est inférieur à la cigarette de la classe de prix la plus demandée.

Il tire également les conséquences de la décision précitée qui a invalidé les dispositions du code général des impôts relatives à l'application d'un double minimum de perception en fonction de la qualité brune ou blonde des tabacs utilisés pour fabriquer les cigarettes (article 575 A du CGI). Il sert en outre de support à une augmentation des minima de perception applicables aux cigarettes, comme aux autres tabacs. Cette augmentation généralisée des minima de perception a pour objet de pousser à une hausse généralisée des prix.

Il aligne la taxation des tabacs manufacturés importés des pays tiers, notamment par des particuliers, sur celle applicable aux tabacs manufacturés vendus dans le réseau des débiteurs.

Enfin, il transpose la directive 2001/37/CE, adoptée le 5 juin 2001, qui fait suite aux directives déjà prises dans ce domaine (directive 89/622/CEE du 13 novembre 1989 et directive 90/239/CEE du 17 mai 1990).

Il a ainsi pour objet de transposer dans le code de la santé publique quatre aspects de cette directive relevant du domaine législatif :

- la définition des ingrédients des produits du tabac ;
- l'introduction d'un taux maximum de nicotine et de monoxyde de carbone, mentionnés obligatoirement sur les paquets de cigarettes ;
- la modification du libellé de la mention sanitaire générale ;
- l'interdiction des textes, dénominations, marques et signes pouvant laisser penser qu'un produit est moins dangereux qu'un autre (mentions « légère »...).

Article 12 : Modification de l'attribution au FOREC de la taxe sur les conventions d'assurances.

La fraction de la TCA affectée au financement du FOREC est portée à 44,07% au 1^{er} janvier 2003, contre 30,56% antérieurement.

Article 13 : Création d'une cotisation sur les bières fortes.

Cet article crée une cotisation supplémentaire sur les bières titrant plus de 8,5 °. Son tarif est de 200 euros par hectolitre de produit.

Considérant cette taxe comme une mesure protectionniste, la Commission européenne a envoyé le 2 avril 2003 une lettre mettant en demeure la France de renoncer à cette mesure.

Au vu des arguments présentés, le Gouvernement a répondu en mai en précisant qu'il n'appliquerait pas cette mesure et qu'il proposera au Parlement de la supprimer dès que possible.

Article 14 : Remboursement par la CADES d'une partie des créances d'exonérations entrant dans le champ du FOREC au titre de l'année 2000.

Le I fixe au 1^{er} avril 2003 la date de versement par la CADES, aux organismes concernés, de tout ou partie des créances relatives aux exonérations entrant dans le champ du FOREC figurant dans leurs comptes au titre de l'exercice 2000 :

- 1 096 969 089,92 € à l'ACOSS (soit la moitié sa créance) au profit des branches du régime général ;
- 171 465 344,88 € à la CCMSA (soit la totalité de sa créance) pour le régime des salariés agricoles ;
- 10 484 547,75 € à la CRPCEN (soit la totalité de sa créance) pour le régime des clercs de notaires ;
- 2 118 360,20 € à la CNSSM (soit la totalité de sa créance) pour le régime des mines ;
- 1 801 493,21 € à l'ENIM (soit la totalité de sa créance) pour le régime des marins du commerce.

Le II dispose que la somme versée par la CADES à l'ACOSS doit s'imputer sur les montants inscrits dans ses comptes en provisions au 31/12/2001 au titre des exonérations entrant dans le champ du FOREC et être répartie entre les branches du régime général au *pro rata* des créances inscrites dans leurs comptes respectifs.

Ces dispositions ont été appliquées comme prévu.

Article 15 : Simplification et sécurisation de l'assiette de la taxe prévue aux articles L.245-1 à L.245-6 du code de la sécurité sociale

La nouvelle assiette et les nouveaux taux définis par cette disposition entreront en vigueur pour la contribution due au 1^{er} décembre 2003.

La déclaration que les laboratoires pharmaceutiques assujettis à la taxe doivent adresser à l'ACOSS, avant le 1^{er} décembre 2003, ainsi que la notice explicative qui l'accompagne ont été aménagées pour tenir compte des modifications apportées par cet article.

Article 16 : Contribution additionnelle sur les ventes directes de spécialités pharmaceutiques.

Cet article supprime la contribution additionnelle sur les ventes directes de spécialités pharmaceutiques (article L.245-6-1 du code de la sécurité sociale).

Article 17 : Fixation d'un taux k pour le calcul du montant de la contribution prévue à l'article L.138-10 du code de la sécurité sociale

Le taux K est l'un des paramètres de calcul de la contribution définie aux articles L.138-10 et suivants du code de la sécurité sociale. Elle est calculée et payée au début de l'année suivante. Elle est versée, dans les faits, par un très petit nombre d'entreprises. En effet, la plupart des laboratoires concernés préfèrent passer convention (option prévue par le texte précité) avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) en vue du paiement de remises quantitatives de fin d'année.

Article 18 : Régime social des travailleurs frontaliers en Suisse

Les frontaliers résidant en France et travaillant en Suisse qui, en application de l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse et la Communauté européenne, sont exemptés, à leur demande, d'affiliation au régime obligatoire d'assurance maladie suisse, seront désormais, sous certaines réserves, obligatoirement affiliés au régime général français d'assurance maladie. Ils seront redevables d'une cotisation fixée en pourcentage de leurs revenus définis selon le IV de l'article 1417 du code général des impôts.

Les décrets d'application de cette mesure sont en cours de finalisation.

Article 19 : Aide à la création ou à la reprise d'entreprise (ACRE).

Suite à une décision de la Cour de cassation, cet article a pour objet de subordonner, plus clairement qu'auparavant, le bénéfice de l'aide aux créateurs et repreneurs d'entreprise (exonération des cotisations de sécurité sociale et maintien du droit aux prestations correspondantes pendant douze mois suivant la création ou la reprise d'entreprise) à l'obtention d'un avis favorable des directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, compte tenu, notamment, de la réalité, de la consistance et de la viabilité économique des projets présentés.

I.2.3 Dispositions relatives à la maladie

Article 22 : Définition et suivi de l'objectif quantifié national (OQN) en droits constatés ; fongibilité des enveloppes « établissements privés sous OQN » et « établissements médico-sociaux ».

Cet article fixe les modalités de calcul de l'objectif quantifié national (OQN) des cliniques privées en droits constatés, seul agrégat demeuré exprimé en comptabilité d'encaissement. Il donne par ailleurs une base légale aux opérations de transferts d'enveloppe qui accompagnent la transformation d'établissements de santé sous OQN en établissements médico-sociaux –ou inversement- et le changement subséquent de régime de financement. Cette dernière disposition ne nécessite pas de mesure d'application spécifique.

Concernant, en revanche, la définition et le suivi de l'OQN, le décret n° 2003-398 du 23 avril 2003 relatif aux tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements de santé privés mentionnés à l'article L.6114-3 du code de la santé publique et modifiant les articles R. 162-41 à R. 162-42 et R. 174-22-3 du code de la sécurité sociale a modifié, en conséquence, les articles R.162-41, R.162-42, R.162-42-1 et R.174-22-3 du code de la sécurité sociale pour les adapter au passage d'une comptabilité d'encaissement à une comptabilité en droits constatés.

Article 23 : Financement des missions nationales par le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Cet article crée trois missions nationales chargées de conduire les actions prioritaires du plan « Hôpital 2007 » et prévoit leur financement par le FMESPP. Ces trois missions nationales - mission d'expertise et d'audit hospitalier, mission nationale pour la tarification à l'activité et mission nationale d'appui à l'investissement et ses correspondants régionaux- ont été installées dès le début de l'année 2003 et ont aussitôt commencé leurs travaux.

Le décret n° 2003-395 du 24 avril 2003 modifiant le décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) a

précisé les modalités de prise en charge des coûts de fonctionnement des trois missions nationales. Un arrêté du même jour a fixé le montant des crédits du FMESPP ouverts, pour l'année 2003, pour couvrir ces coûts, soit 3,5 M€ pour la mission nationale d'appui à l'investissement, 2,5M€ pour les missions régionales, 2M€ pour la mission nationale pour la tarification à l'activité et 5M€ pour la mission d'expertise et d'audit hospitalier (dont 4,5 M€ pour le financement de prestations d'audit).

Article 24 : Validation d'une mesure d'indemnisation des gardes des internes.

Cette mesure de validation législative vise à garantir la sécurité juridique de mesures prises par certains établissements de santé pour indemniser les gardes assurées par des internes. Le ministère de la santé n'a pas eu connaissance de difficultés d'application de la part des établissements.

Article 25 : Expérimentation de la tarification à l'activité dans les établissements de santé.

La « tarification à l'activité » consiste à rémunérer les établissements de santé à proportion de leur activité réelle, sous forme de tarifs nationaux adaptés à la nature de la prestation. L'instauration de ce mode de financement représente un facteur de modernisation décisif des établissements dont les ressources sont aujourd'hui constituées soit par une dotation globale tenant faiblement compte de l'activité réelle (secteur public), soit par des tarifs de prestations fortement segmentés et peu harmonisés.

Pour préparer cette réforme majeure, cet article a prévu le lancement d'une expérimentation conduite par le mission nationale créée par l'article 23. En 2003, 6 régions et 60 établissements, ainsi que les établissements participant déjà à l'étude nationale des coûts hospitaliers, ont été retenus pour participer à cette expérimentation, à l'issue d'un appel d'offres. Le panel ainsi constitué a permis de représenter l'ensemble des catégories d'établissements, publics et privés, et l'ensemble des situations possibles vis-à-vis de la nouvelle tarification, notamment en termes de niveau actuel de ressources comparé à l'activité réelle.

Les travaux ainsi conduits ont permis de tester la faisabilité sur le terrain des différentes options de mise en œuvre de la réforme, de détecter les éventuels points de blocage et d'identifier les aménagements nécessaires en termes d'outillage technique et réglementaire et de délais et de calendrier. Ils ont également permis de mettre au point une procédure d'optimisation des délais de production des informations sur l'activité (PMSI), en vue d'une diffusion à l'ensemble des établissements et d'alimenter la réflexion sur la recherche d'une meilleure valorisation de certaines prestations ou activités de soins, telles que la réanimation, les soins palliatifs et les séjours comportant la pose de prothèses.

Le PLFSS 2004 consacre ces travaux en instaurant le nouveau système de tarification à l'activité, élaboré à partir des constats et propositions recueillies au travers de cette expérimentation.

Article 26 : Fusion du Fonds pour la Modernisation des Cliniques Privées (FMCP) et du Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP)

Dans le cadre du plan « hôpital 2007 », qui prévoit un investissement, sur cinq ans, de 6 milliards d'euros en faveur des établissements publics et privés, cet article organise l'absorption du FMCP par le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé (FMES), qui prend la dénomination de «Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé publics et privés (FMESPP) et devient le support financier unique de l'aide à l'investissement des établissements de santé.

Le I prévoit ainsi le transfert des obligations et créances du fonds pour la modernisation des cliniques privées au fonds pour la modernisation des établissements de santé à compter du 1er janvier 2003. Les engagements antérieurs relatifs aux opérations et aux actions éligibles au financement par le FMCP au titre des années 2000 (circulaires DHOS n° 2000/462 du 11 septembre 2000), 2001 (circulaires DHOS n° 2001/263 du 12 juin 2001) et 2002 (circulaire DHOS n° 2002/409 du 18 juillet 2002) ont été honorés par la caisse des dépôts et de consignation dans le cadre des obligations du FMESPP.

Le II précise que solde disponible au 31 décembre 2002 du FMCP est versé au FMESPP. L'arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget du 31 janvier 2003 relatif au versement du solde prévu au II de l'article 26 de la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale a ainsi constaté un solde de 79 271 797,96 d'euros, versé au FMESPP.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 avait donné au FMCP la mission de financer des actions de modernisations sociales et salariales des cliniques privées. Le III de l'article 26 a prévu en conséquence que le montant des subventions ainsi versées est pris en compte pour la détermination l'OQN 2003, les tarifs de prestations des établissements bénéficiaires étant revalorisés, au 1er janvier 2003, dans la limite des ressources ainsi allouées.

Le champ d'application de cette disposition et les modalités de revalorisation des tarifs ont été précisés dans la circulaire DHOS n° 2003/05 du 6 janvier 2003 relative à l'augmentation des tarifs des prestations des établissements de santé privés ayant bénéficiés d'une subvention du fonds pour la modernisation des cliniques privées pour la réalisation d'une action en matière sociale et salariale. Cette circulaire a notamment précisé aux directeurs des Agences régionales d'Hospitalisation (ARH) les modalités de calcul du taux d'augmentation des tarifs.

Le IV abroge l'article 33 VIII de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 à compter du 1er janvier 2003 qui créait le FMCP et modifie, ainsi que le V, la dénomination du FMES dans les textes le mentionnant. Ces dispositions ne nécessitaient pas de mesures d'application.

Le VI fixait à 450 millions d'euros le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP est pour l'année 2003. L'arrêté de répartition de cette contribution entre régimes est actuellement en préparation. Un décret modifiant les conditions de versement de la participation des régimes et précisant les conditions d'attribution et de versement des subventions est également en préparation pour tirer les conséquences de la fusion et de l'élargissement du champ des établissements bénéficiaires.

La circulaire DHOS n°2003/139 du 20 mars 2003 relative au plan d'investissement national « Hôpital 2007 » précise à l'attention des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) les modalités mise en œuvre du volet « investissement » du plan « Hôpital 2007 » et la procédure d'élaboration des Objectifs Régionaux Pluriannuels d'Investissement (ORPI), dont elle fixe le montant prévisionnel. Elle précise également les procédures d'attribution des subventions par les ARH et de restitution (en cas d'opérations interrompues ou abandonnées).

Le VII prévoit l'élaboration d'un rapport annuel relatif au bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires. Ce rapport est établi par la Caisse des dépôts et consignation et adressé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le bilan de l'année 2003 est actuellement en cours d'élaboration.

Article 27 : Financement du CET par le FEH

Créé par la loi n° 94-628 du 25/07/1994, le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) a pour mission de prendre en charge une partie des surcoûts engendrés par le recours au travail à temps partiel et aux cessations progressives d'activité ; depuis la LFSS pour 200, il contribue également au financement du congé de fin d'activité. Le FEH est alimenté par une contribution de 1% des rémunérations versée par les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La disposition a confié une nouvelle mission au FEH. Il s'agit du financement des droits à congés qui n'ont pu être pris par les agents du fait de l'étalement sur 3 ans, pour les personnels non médicaux, et sur 4 ans, pour les médecins, des créations d'emplois liées à la mise en œuvre de la réduction du temps de travail. Ce financement des jours non pris ou portés dans un compte épargne - temps par le fonds est une mesure non pérenne qui prend fin au terme du processus de création d'emplois. Pour assurer cette mission, le fonds est abondé par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Le montant annuel de cet abondement est fixé par arrêté ministériel. Ainsi, l'arrêté du 25 février 2003 a fixé la contribution des régimes à 400 M€ pour 2002 et à 321 M€ pour 2003. Un décret fixant les modalités de versement des régimes d'assurance maladie au FEH et précisant les modalités de répartition des crédits aux établissements par les ARH – pour le secteur sanitaire- et les préfets de département –pour le secteur médico-social- sera publié prochainement.

Article 29 : Extension du règlement conventionnel minimal (RCM) aux professions de santé autres que les médecins et suppression des comités médicaux régionaux (CMR).

Actuellement, toutes les professions de santé (mis à part les médecins spécialistes (qui sont régis par un RCM depuis 1998)) ont signé une convention nationale avec l'assurance maladie. Il n'y a donc pas lieu actuellement de mettre en œuvre par arrêté des règlements conventionnels minimaux pour ces professions.

Les CMR ont été supprimés au plan législatif. Les dispositions réglementaires prises en application de l'article L.315-3 seront prochainement supprimées (articles R.142-7-1 à R.142-7-8).

Article 31 : Rapport au Parlement sur la cohérence des accords et avenants conventionnels agréés par le ministre chargé de la sécurité sociale avec l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).

Cet article vise à informer le parlement quant à la compatibilité des accords signés avec les professionnels de santé avec le respect de l'ONDAM. La partie 7-6 du rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de septembre 2003 donne une analyse de l'impact financier des accords et avenant conventionnels agréés par le Ministre chargé de la sécurité sociale en 2003.

Article 33 : Pratiques abusives des médecins conventionnés.

Il s'agit de permettre aux partenaires conventionnels de définir les moyens de faire respecter les engagements de bon usage des soins et de bonnes pratiques.

Aucune mesure réglementaire n'est nécessaire à son application. Il est à noter cependant que les partenaires conventionnels n'ont pas fait usage de cette nouvelle faculté lors de la modification récente de la convention des médecins généralistes.

Article 34 : Conventions entre les laboratoires pharmaceutiques et le Comité économique des produits de santé.

L'accord cadre conclu entre le CEPS et le LEEM, syndicat des entreprises pharmaceutiques, a été signé le 13 juin 2003.

Article 35 : Prolongation de la durée d'expérimentation des réseaux de soins.

La mesure vise à prolonger, jusqu'au 31 décembre 2004, la durée des expérimentations dites "Soubie", initialement prévue pour trois ans, afin de disposer du temps nécessaire à la mise en œuvre de l'ensemble des textes relatifs à la réforme du dispositif des réseaux de soins.

Cette mesure ne nécessite pas de texte d'application.

Article 36 : Procédure d'inscription accélérée sur la liste des médicaments remboursables.

Cet article prévoit que les médicaments qui présentent, par leur ASMR, un intérêt particulier pour la santé publique bénéficient, à la demande des laboratoires concernés, d'une procédure d'inscription accélérée qui est définie par un accord entre le CEPS et les entreprises.

Cet accord cadre a été signé le 13 juin 2003. Au 31 août 2003 aucune entreprise n'a déposé de demande d'inscription selon cette procédure

Article 37: Sanctions à l'encontre des laboratoires pharmaceutiques pour contre-ven-tion sur la publicité ou la transparence.

Cet article prévoit deux types de mesures : d'une part, une modification des dispositions de l'article L. 162-17-4 du code de sécurité sociale sur les pénalités infligées à la suite d'une mesure d'interdiction de publicité prononcée par l'Agence française de sécurité sanitaire (I de l'article 37), et d'autre part, une possibilité de sanctionner les laboratoires qui ne déclareraient pas des données pourtant disponibles et importantes pour l'admission au remboursement (II de l'article 37).

Le I ne nécessite pas de décret d'application. Il n'y a pas encore eu de pénalité prononcée sur le base de cet article. En effet, les interdictions ne peuvent sanctionner que des infractions commises après le 1^{er} janvier 2003.

Pour le II, en revanche, un décret en Conseil d'Etat doit préciser les modalités d'application de l'article et notamment la nature des informations concernées, les règles et délais de procédure, les modes de calcul, la pénalité financière et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale.

Un projet est en cours d'élaboration. Il est probable que ce texte, qui envisage pour l'instant de modifier l'article R.163-12 du code de la sécurité sociale, soit intégré dans un décret plus large sur la modification des critères du service médical rendu, qui devrait être pris avant fin 2003.

Article 38 : Transfert du financement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes.

Cet article prévoit le transfert du financement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) de l'Etat vers l'assurance maladie. Les principes d'anonymat et de gratuité qui caractérisent le fonctionnement de ces centres demeurent en vigueur dans le nouveau dispositif.

Le décret n°2003-251 du 19 mars 2003 relatif au financement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes et modifiant le code de la sécurité sociale rend le transfert effectif en permettant d'appliquer aux CSST les règles tarifaires qui régissent le secteur des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les CSST sont désormais financés par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation globale annuelle versée par une caisse pivot.

Article 39 : Financement de l'IVG par l'assurance maladie

Cet article a modifié l'article L.132-1 du code de la sécurité sociale en supprimant les dispositions qui fondaient le remboursement par l'Etat aux caisses d'assurance maladie des frais de soins et d'hospitalisation engagés au titre des IVG.

Ce transfert de dépenses représente un impact financier de 25,13 M en année pleine. La couverture de ces dépenses était d'ores et déjà prévue à l'article L.321-1 du CSS, leur prise en charge s'inscrivant dans le droit commun. En conséquence, aucun texte d'application n'a été nécessaire, d'autant que le remboursement par l'Etat n'apparaît dans aucun autre texte que celui modifié par cet article.

Article 40 : Permanence des soins des médecins

La mesure prévoit la participation au dispositif de permanence des soins, dans un but d'intérêt général, des médecins conventionnés et des médecins salariés des centres de santé ainsi que les modalités de leur rémunération.

Les conditions de participation des médecins et les modalités d'organisation du dispositif sont définies dans un décret qui a été soumis à l'avis du Conseil d'Etat et qui doit être publié prochainement.

Le dispositif organisationnel repose sur une sectorisation de chaque département, une permanence assurée par les médecins libéraux dans chaque secteur et une régulation des appels afin de limiter le recours au médecin la nuit et les week-end. Ainsi une liste des médecins de permanence est établie afin que tous les secteurs soient pourvus d'un médecin la nuit, les week-end et les jours fériés. Cette liste relève en premier lieu des professionnels eux-mêmes selon le principe du volontariat.

En cas d'absence ou d'insuffisance constatée par le conseil départemental de l'ordre, de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs

secteurs dans le département, ce conseil, après avis des organisations représentatives des médecins libéraux et des médecins des centres de santé, complète le tableau de permanence en tenant compte de l'état de l'offre de soins disponible.

Si à l'issue de cette consultation, le tableau reste incomplet, le préfet procède aux réquisitions nécessaires.

En conséquence, la rédaction de l'article 77 du code de déontologie médicale, qui rendait la participation à la permanence de soins obligatoire, a été modifiée. Cet article prévoit désormais « qu'il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

Le comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires voit sa composition élargie aux représentants des médecins libéraux et, notamment, ceux en charge de la permanence des soins, et ses missions renouvelées. Il devient l'instance de concertation et d'élaboration pour l'organisation de la permanence des soins et la sectorisation du département. L'association des praticiens libéraux à l'élaboration du dispositif grâce à l'augmentation du nombre de leurs représentants au sein de ce comité doit favoriser leur adhésion à l'organisation retenue.

La réorganisation et la clarification du dispositif de permanence des soins dans chaque département doivent permettre, d'une part, d'assurer une prise en charge plus adaptée des patients en tout point du territoire et, d'autre part, de faciliter l'adhésion des médecins libéraux, et donc leur participation, à l'organisation mise en place.

Article 41 : Permanence des transports sanitaires

Le financement de la garde ambulancière a été inscrit dans l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Cet article a prévu que sont définies par décret « les conditions dans lesquelles le représentant de l'Etat dans le département organise, après avis du comité mentionné à l'article L6313-1, la garde départementale assurant la permanence des soins. »

L'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale prévoit, quant à lui, que seront définies conventionnellement « 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. »

En application de cette loi, le décret 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale des ambulanciers privés, publié le 25 juillet 2003, prévoit :

- une sectorisation, arrêtée par le préfet, dont les critères sont clairement définis,
- une organisation collective de la garde, déterminée au sein d'un cahier des charges départemental,
- une implication plus grande des ambulanciers dans l'aide médicale urgente par la mobilisation pendant la garde d'un véhicule et d'un équipage dédiés aux demandes du SAMU.

Le 25 juillet 2003, la convention tarifaire définissant les conditions de financement de cette garde a été publiée au Journal Officiel. Elle prévoit un financement forfaitaire pour chaque équipage mobilisé et une tarification à l'acte (minorée de 60% par rapport à la tarification classique).

Outre les huit départements inclus dans l'expérimentation, de nombreux autres ont achevé de travailler l'organisation et doivent finaliser, dans le courant du mois de septembre, cette organisation lors de la réunion du CODAMU. Les autres départements négocient actuellement leur organisation. On peut penser que, d'ici début 2004, tous les départements auront mis en place l'organisation prévue par le décret et seront en mesure de bénéficier du financement prévu par la loi.

Article 42 : Convention des établissements d'accueil des personnes âgées

Cet article prolonge le délai (date limite du 31/12/2003 reportée au 31/12/2005) de signature des conventions tripartites entre les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, l'autorité de tarification (le préfet ou l'ARH) et le président du conseil général.

Il ne nécessite pas de mesures réglementaires d'application.

Article 43 : Instauration des tarifs forfaitaires de responsabilité.

Cet article prévoit la possibilité d'une prise en charge des médicaments figurant dans un groupe générique (princeps et ses génériques) sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité. Il fixe également le plafond des remises autorisées aux pharmaciens à 2,5% du prix du médicament.

Le tarif forfaitaire de responsabilité a été fixé en fonction du prix des génériques présents sur le marché.

Les groupes sélectionnés doivent avoir un taux de pénétration des génériques minimum de 12,5% et maximum de 45%. La borne minimale vise à s'assurer que l'offre de médicaments génériques sera suffisante pour que tout particulier qui le souhaite puisse se voir délivrer un médicament dont le prix soit au plus égal au tarif. Une borne maximale a été fixée de manière à ne pas pénaliser inutilement les médicaments génériques.

Un arrêté, publié au Journal Officiel du 27/08/2003, a institué un tel tarif pour 71 groupes génériques.

Article 44 : Plafonnement des remises.

Cet article prévoit une disposition transitoire de plafonnement des remises autorisées aux pharmaciens, à 6% du prix de vente des médicaments jusqu'au 30 juin 2004.

Aucune disposition réglementaire n'est nécessaire pour l'application de cette disposition.

Article 45 : Dispositions relatives au mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité des médecins (MICA).

Cet article a modifié l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988, relatif au mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité des médecins (MICA). En application des nouvelles dispositions, il faut, pour prétendre au bénéfice du MICA, cesser définitivement son activité médicale non salariée avant le 1^{er} octobre 2003. Toutefois, la loi renvoie à un décret le soin de déterminer deux types de dérogations :

- les exceptions à la date du 1^{er} octobre 2003 ;
- les cas et conditions dans lesquels, à titre exceptionnel, la cessation d'activité peut intervenir « après le 1^{er} octobre 2003 pour les personnes ayant organisé avant le 1^{er} octobre 2002 leur cessation d'activité ».

En conséquence, le décret n° 2003-762 du 1^{er} août 2003 met en œuvre les exceptions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale :

- depuis le 1^{er} octobre 2000, le montant plafond de l'allocation versée aux bénéficiaires du MICA varie selon que le médecin est âgé de plus ou de moins de soixante ans au moment de son adhésion.
- il permet aux médecins ayant soixante ans au cours du dernier trimestre 2003 de repousser la date limite de cessation d'activité au plus tard au 31 décembre 2003. Les intéressés peuvent alors bénéficier du montant plafond applicable aux médecins âgés de soixante à soixante-quatre ans.
- il prévoit également les modes de preuve que les personnes ayant organisé leur cessation d'activité médicale non salariée avant le 1^{er} octobre 2002 devront apporter pour pouvoir demander à cesser leur activité après le 1^{er} octobre 2003.

Article 46 : Cumul emploi retraite des médecins et infirmiers.

Cet article introduit une dérogation au profit des médecins et infirmiers en matière de cumul emploi retraite. Celui-ci a été autorisé dans la limite d'une durée et d'un plafond qui doivent être fixés par décret en Conseil d'Etat.

Ce décret n'a pas été pris car le dispositif du cumul emploi retraite a été, dans son ensemble, revu par la loi portant réforme des retraites. Désormais, celui-ci sera autorisé dans la limite d'un plafond.

Désormais, les règles applicables aux régimes de base des salariés seront cohérentes avec celles appliquées par les régimes de retraite complémentaires obligatoires tels que l'AGIRC et l'ARRCO. Les retraités pourront cumuler leurs pensions avec des revenus d'activité dans la limite de leur dernier salaire. Toutefois, la reprise d'activité chez le dernier employeur ne pourra intervenir avant un délai de six mois.

Article 47 : Fixation de la dotation pour 2002 et 2003 à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

Cet article fixe à 70 M€ pour 2002 et à 70 M€ pour 2003 le montant de la dotation globale, à la charge des régimes d'assurance maladie, affectée au financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales créé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Article 48 : Elargissement des missions du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

La mesure vise à élargir les missions du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), initialement chargé du financement des actions concourant à l'amélioration de qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Elle permet au fonds de participer au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML) ainsi que des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins salariés des centres de santé organisées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

La mesure fixe, en outre, conformément à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le montant annuel maximal des dépenses du fonds, soit 106 millions d'euros au titre de l'année 2003.

Ces dispositions ne nécessitent pas de texte d'application.

1.2.4 Dispositions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles

Article 52 : Financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Cet article porte à 180 M€ la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) pour 2002 et la fixe à 190 M€ pour 2003.

Article 53 : Financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Cet article porte à 200 M€ la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) pour 2002 et la fixe à 450 M€ pour 2003. Ces mesures sont d'application directe.

Article 54 : Extension aux salariés agricoles du dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

Ce texte a modifié l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 afin que les salariés agricoles victimes de maladies professionnelles occasionnées par l'amiante puissent bénéficier de la cessation anticipée d'activité dans le cadre du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

Pour l'application de cet article, les textes suivants ont été pris :

- L'arrêté du 6 mai 2003 (Journal Officiel du 27 mai 2003) fixe la liste des maladies professionnelles ouvrant droit au dispositif à l'âge de 50 ans.
- Le décret n°2003-608 du 2 juillet 2003 (Journal Officiel du 4 juillet 2003) prévoit la participation au conseil de surveillance du Fonds des représentants du ministre de l'agriculture et de la Mutualité sociale agricole.
- Un arrêté du 7 juillet 2003 (Journal Officiel du 8 juillet 2003) désigne ces mêmes représentants.

Seul reste à fixer, par arrêté, le montant de la participation de la MSA au FCAATA pour 2003, mais cela n'est pas un obstacle à l'instruction des demandes et à leur conclusion.

Article 55 : Versement de la branche accidents du travail à la branche maladie du régime général au titre de la sous déclaration des affection d'origine professionnelle

Conformément aux conclusions de la commission présidée en 2002 par Mme LEVY ROSENWALD, cet article fixe à 330 millions d'euros pour 2003 le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie du régime général de la sécurité sociale, au titre des accidents du travail et maladies professionnelles non reconnus.

Article 56 : Convention d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Ce texte fixe les conditions d'élaboration et d'exécution de la première convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale et institue un conseil de surveillance.

La convention comme le décret nécessaire à l'installation du conseil de surveillance sont en préparation.

Les négociations entre l'Etat et la CNAMTS ont débuté le 1er avril 2003 (12 réunions de travail ont été tenues). Les discussions portent sur tous les aspects de la gestion et de l'orientation de la branche et sur les moyens de leur mise en œuvre.

Il est prévu que la convention fixe des objectifs de prévention, d'amélioration du système de réparation, de modernisation des mécanismes tarifaires, d'amélioration des outils statistiques. À l'instar des conventions d'objectifs et de gestion signées avec les autres branches, elle prévoira le renforcement de la qualité du service apporté aux victimes, aux employeurs et aux partenaires de la branche.

La négociation en cours porte sur les moyens à affecter à la réalisation des objectifs affichés et sur les politiques à conduire à cet égard : gestion budgétaire et gestion des ressources notamment les ressources humaines, déclinaison des objectifs et des moyens au plan local, pilotage du réseau, sans négliger aucun des aménagements susceptibles de favoriser des gains de productivité.

En outre, s'agissant d'une branche dont les moyens sont partagés avec la branche maladie, maternité, invalidité, décès puisque ces moyens sont déployés au sein des caisses primaires et régionales d'assurance maladie et de la caisse nationale, il conviendra de prévoir les modalités d'harmonisation des objectifs et de partage des moyens ; cette particularité amène à synchroniser les discussions relatives à l'élaboration de la convention pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles avec celles relatives au renouvellement de la convention pour la branche maladie.

Le processus devrait se conclure à l'automne 2003.

1.2.5 Dispositions relatives à la famille

Article 58 : Allocation « grands enfants ».

Cet article prévoit une mesure « grands enfants » destinée à atténuer la perte de revenus que subissent les familles bénéficiaires des allocations familiales lorsque l'aîné atteint son vingtième anniversaire, âge limite de versement des allocations familiales.

Le décret d'application, fixant le montant de cette allocation à 70 € après décompte de la CRDS, est paru le 28 juin 2003. La mesure est entrée en vigueur le 1er juillet 2003.

Article 59 : Contribution de la CNAF au financement de la majoration de pension pour enfants.

La part du financement des dépenses prises en charge par le fonds solidarité vieillesse au titre de la majoration de pension pour enfants revenant à la CNAF est fixée à 60% pour 2003, contre 30% pour 2002.

1.2.6 Dispositions relatives à la vieillesse

Article 62 : Echantillon inter – régimes de cotisants.

Cet article prévoit la participation de l'UNEDIC à l'échantillon inter-régimes de cotisants géré par les ministères sociaux . Cet échantillon est distinct du répertoire national des retraites et des pensions également prévu par l'article 27 de la LFSS pour 2001 : le RNR figurait au I et l'EIC au II.

Il porte modification du II de l'art.27 LFSS pour 2001 afin de permettre la participation de l'UNEDIC à la constitution de l'EIC .

Le décret d'application permettant de fixer les modalités de constitution de l'échantillon, a été pris en 2003 après avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Le décret N° 2003-686 du 22 juillet 2003 crée en matière de retraite un traitement permanent d'informations nominatives à des fins statistiques qui se compose notamment de l'échantillon inter - régimes de cotisants. La participation de l'UNEDIC est prévue à l'article 1^{er} du décret susvisé. Cette disposition sera codifiée à l'article R. 161-61 du code de la sécurité sociale.

Cette extension du champ est apparue nécessaire dans la mesure où l'utilisation des données de l'UNDECIC rendra possible l'identification des périodes de chômage indemnisé, non indemnisé ou de préretraite. Cette opération devrait permettre une reconstitution plus précise des carrières et, donc, améliorera la précision des projections réalisées à partir de l'échantillon.

1.2.7 Mesures diverses et dispositions relatives à la trésorerie

Article 65 : Dispositions communes aux contributions recouvrées directement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)

Cette disposition constitue une démarche de codification et de simplification des textes applicables, afin de renforcer la sécurité juridique des redevables des secteurs de la pharmacie et des assurances. Les textes réglementaires particuliers qui s'appliquent à chacune de ces taxes vont donc être intégralement refondus pour remplir cet objectif.

Dans ce cadre, un projet de décret a été rédigé, à la suite de différentes études et à un bilan exhaustif des procédures en vigueur par l'Etat et l'ACOSS. Ce projet est actuellement soumis à l'examen du Conseil d'Etat et devrait faire l'objet d'une publication avant la fin de l'année 2003. Il permettra aux redevables, par l'affirmation de règles communes de recouvrement et de contrôle, de bénéficier d'un cadre juridique stable et clair, applicable à l'ensemble des contributions recouvrées directement par l'ACOSS.

Article 66 : Financement des contentieux techniques de sécurité sociale.

Cet article vise à clarifier les modalités de financement du contentieux technique de la sécurité sociale, lequel traite des contestations relatives au degré d'incapacité ou d'invalidité reconnu aux assurés. Le financement des dépenses de ce contentieux qui, depuis 1968, était à la charge de l'Etat, est transféré aux régimes de sécurité sociale, tout en tenant compte de la réforme de l'organisation et du fonctionnement des instances qui traitent ce contentieux.

Cet article ne nécessite pas de texte d'application.

Article 68 : Plafonds de recours à des avances de trésorerie pour 2003.

Au vu des prévisions de trésorerie pour la fin de l'année, il s'avère que l'autorisation d'emprunt du régime général ne pourra être respectée.

Le Gouvernement a donc décidé de recourir à un décret d'urgence pour relever le plafond de trésorerie. Le Parlement en sera informé conformément à l'article L.111.10 du code de la sécurité sociale.

S'agissant des autres régimes autorisés à recourir à des ressources non permanentes (régime des exploitants agricoles, CNRACL, CANSSM, FSPOEIE), les prévisions pour la fin de l'année indiquent que, sauf événement imprévu, leurs besoins de trésorerie resteront conformes à l'autorisation votée par le Parlement.