

Document
mis en distribution
le 22 octobre 2001

N^o 3345

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 octobre 2001.

RAPPORT

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES(1) SUR LE
PROJET DE LOI de **financement de la sécurité sociale pour 2002** (n^o 3307),

TOME II

ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

PAR M. Claude Evin,

Député.

(1) La composition de cette commission figure au verso de la présente page.

Sécurité sociale

La *Commission des affaires culturelles, familiales et sociales* est composée de : M. Jean Le Garrec , *président* ; M. Jean-Michel Dubernard , M. Jean-Paul Durieux , M. Maxime Gremetz , M. Édouard Landrain , *vice-présidents* ; Mme Odette Grzegorzulka , M. Denis Jacquat , M. Patrice Martin-Lalande , *secrétaires* ; M. Bernard Accoyer , Mme Sylvie Andrieux-Bacquet , M. Léo Andy , M. Didier Arnal , M. André Aschieri , M. Gautier Audinot , Mme Roselyne Bachelot-Narquin , M. Jean-Paul Bacquet , M. Jean-Pierre Baeumler , M. Pierre-Christophe Baguet , M. Jean Bardet , M. Jean-Claude Bateux , M. Jean-Claude Beauchaud , Mme Huguette Bello , Mme Yvette Benayoun-Nakache , M. Serge Blisko , M. Patrick Bloche , Mme Marie-Thérèse Boisseau , M. Jean-Claude Boulard , M. Bruno Bourg-Broc , Mme Christine Boutin , M. Jean-Paul Bret , M. Victor Brial , M. Yves Bur , M. Alain Calmat , M. Pierre Carassus , M. Pierre Cardo , Mme Odette Casanova , M. Laurent Cathala , M. Jean-Charles Cavaillé , M. Bernard Charles , M. Michel Charzat , M. Jean-Marc Chavanne , M. Jean-François Chossy , Mme Marie-Françoise Clergeau , M. Georges Colombier , M. René Couanau , Mme Martine David , M. Bernard Davoine , M. Bernard Deflesselles , M. Lucien Degauchy , M. Marcel Dehoux , M. Jean Delobel , M. Jean-Jacques Denis , M. Dominique Dord , Mme Brigitte Douay , M. Guy Drut , M. Jean Dufour , M. Nicolas Dupont-Aignan , M. Yves Durand , M. René Dutin , M. Christian Estrosi , M. Michel Etiévant , M. Claude Evin , M. Jean Falala , M. Jean-Pierre Foucher , M. Michel Françaix , Mme Jacqueline Fraysse , M. Germain Gengenwin , Mme Catherine Génisson , M. Jean-Marie Geveaux , M. Jean-Pierre Giran , M. Michel Giraud , M. Gaétan Gorce , M. François Goulard , M. Gérard Grignon , M. Jean-Claude Guibal , M. Francis Hammel , M. Pierre Hellier , M. Michel Herbillon , Mme Françoise Imbert , Mme Muguette Jacquaint , M. Serge Janquin , M. Jacky Jaulneau , M. Patrick Jeanne , M. Armand Jung , M. Bertrand Kern , M. Christian Kert , M. Jacques Kossowski , Mme Conchita Lacuey , M. Jacques Lafleur , M. Robert Lamy , M. Pierre Lasbordes , M. André Lebrun , M. Michel Lefait , M. Maurice Leroy , M. Patrick Leroy , M. Michel Liebgott , M. Gérard Lindeperg , M. Lionnel Luca , M. Patrick Malavieille , M. Alfred

123.asp"> Mme Jacqueline Mathieu-Obadia , M. Didier Mathus , M. Jean-François Mattei , M. Pierre Menjucq , Mme Hélène Mignon , M. Pierre Morange , M. Hervé Morin , M. Renaud Muselier , M. Philippe Nauche , M. Henri Nayrou , M. Alain Néri , M. Yves Nicolin , M. Bernard Outin , M. Dominique Paillé , M. Michel Pajon , M. Vincent Peillon , M. Bernard Perrut , M. Pierre Petit , M. Jean-Luc Prével , M. Jacques Rebillard , M. Alfred Recours , Mme Chantal Robin-Rodrigo , M. Marcel Rogemont , M. Yves Rome , M. Jean Rouger , M. Rudy Salles , M. André Schneider , M. Bernard Schreiner , M. Patrick Sève , M. Michel Tamaya , M. Pascal Terrasse , M. Gérard Terrier , Mme Marisol Touraine , M. Anicet Turinay , M. Jean Ueberschlag , M. Jean Valleix , M. Alain Veyret , M. Philippe de Villiers , M. Philippe Vuilque , Mme Marie-Jo Zimmermann .

Sommaire

Pages

introduction

9

première partie : la branche assurance-maladie

11

i.- Les dépenses d'assurance maladie en 2000 et 2001

11

A. le calcul de la progression de l'ondam

12

B. les sous-enveloppes de l'ondam

14

1. Les soins de ville

14

2. Les hôpitaux publics

15

3. Les cliniques privées

16

4. Les établissements médico-sociaux

16

II.- SOINS de ville hors médicament : La nécessaire réforme du mode de régulation

19

a. Le système des soins de ville n'a toujours pas trouvé un mode de régulation adÉquat en 2000 et 2001

19

1. L'année 2000 : dépassement de l'objectif délégué de soins de ville

20

2. L'année 2001 : vers la fin de la régulation par les rapports d'équilibre ?

20

B. Le processus de concertation engagé par la ministre de l'emploi et de la solidarité devrait trouver un aboutissement rapide

21

1. La première réunion du « Grenelle de la santé » et la mission de concertation

21

2. La deuxième réunion du « Grenelle de la santé » a débouché sur de récentes propositions gouvernementales

21

III.- La politique du médicament : protéger l'utilisateur, maîtriser la dépense

23

a. La croissance de la dépense du médicament de 1998 à 2000 n'a pas été CORRECTEMENT maîtrisée

23

1. Depuis 1998, la dépense de médicament accélère fortement

23

2. Un important travail reste à réaliser pour promouvoir le bon usage des médicaments

23

B. LE DÉBUT de maîtrise de la dépense en 2001 : un effort à confirmer

24

1. La possibilité de prescription en dénomination commune internationale

24

2. Les baisses de prix du médicament intervenues en 2000 puis en 2001

25

3. La dépense de médicament en 2001 : vers la décélération

25

IV.- L'HÔPITAL : une priorité pour le gouvernement

27

A. UN EFFORT SANS PRÉCÉDENT POUR la revalorisation des carrières HOSPITALIÈRES en 2000 et 2001

27

1. Les protocoles pour le service public hospitalier

27

2. L'impact des mesures sur l'ONDAM en 2001

27

B. La réduction du temps de travail en 2002

29

1. Le protocole de cadrage national

29

2. Le recrutement de 45 000 agents d'ici à 2004

31

deuxième partie : LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL

33

i.- une branche toujours excédentaire

33

ii.- L'amélioration de la prévention et de la réparation des Accidents du Travail et des maladies professionnelles

35

A. le nombre d'accidents du travail
35

b. les actions de prévention
35

C. les mesures nouvelles et à venir
35

iii.- les victimes de l'amiante mieux indemnisées
37

A. les préretraites de l'amiante
37

B. la création du fonds d'indemnisation
37

examen du rapport par la commission
39

**ANALYSE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES à
l'assurance maladie et aux accidents du travail**
45

TITRE III : Dispositions relatives aux dépenses et à la trésorerie
45

Section 1 : Branche maladie
45

Article 10 (articles L. 5125-23 du code de la santé publique et L. 162-16 du code de la sécurité sociale) : Prescription en dénomination commune internationale
45

Article 11 (article L. 245-2 du code de la sécurité sociale) : Fixation du taux de la contribution applicable aux dépenses de promotion et d'information des laboratoires pharmaceutiques à l'intention des prescripteurs
48

Article 12 : Fixation du taux de la contribution versée au titre de la clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaire des entreprises pharmaceutiques
49

Article 13 : Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP)
50

Article 14 : Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES)
54

Article 15 (article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999) : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
56

Article 16 (articles L. 174-5 et L. 174-6 du code de la sécurité sociale, 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001) : Mesures de tarification liées à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
57

Article 17 (ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'article L. 792 du code de la santé publique) : Réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière
63

Article 18 : Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH)
67

Section 2 : Branche accidents du travail
69

Article 19 : Dotation du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
69

Article 20 (article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et article L. 434-1 du code de la sécurité sociale) : Levée de la prescription pour les maladies professionnelles liées à l'amiante et indexation des indemnités en capital
70

Article 21 (articles 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 et L. 176-1 du code de la sécurité sociale) : Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des sous-déclarations des accidents du travail
71

Section 6 : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
71

Article 32 : Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2002
71

introduction

L'année 2001 a été une année de réflexion pour l'assurance maladie et de réformes du système de santé de très grande ampleur.

En effet, un large processus de concertation a été engagé par Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, avec la mise en place d'une mission de concertation sur l'évolution de la médecine de ville et l'organisation de deux journées de rencontres avec les professionnels de santé, le 25 janvier 2001 et le 12 juillet 2001, appelées communément « Grenelle de la santé ».

Sur la base de cette concertation, le Gouvernement a fait un certain nombre de propositions qui ont été en partie reprises dans le présent projet de loi sous forme d'amendements du Gouvernement examinés par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

L'année 2001 a été marquée par l'examen à l'Assemblée nationale, au début du mois d'octobre, du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, un texte de 74 articles. Ce texte consacre la reconnaissance des droits des malades et prévoit l'indemnisation des accidents médicaux, une réforme attendue depuis de nombreuses années.

Ainsi, et ce n'est pas un hasard, un débat sur l'organisation de la santé a précédé cette année le débat sur son financement, comme le souhaitent de nombreux parlementaires. Cette pratique deviendra même institutionnelle puisque le projet de loi sur les droits des malades prévoit précisément le dépôt au printemps de chaque année d'un rapport du Gouvernement sur la politique de santé, rapport qui devrait donner lieu à un débat d'orientation. Compte tenu de ces éléments, on comprendra que les dispositions concernant la branche maladie sont peu nombreuses dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Enfin, l'année 2001 a vu la signature d'un accord de la ministre de l'emploi et de la solidarité avec les syndicats hospitaliers sur la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics pour le 1^{er} janvier 2002.

première partie : la branche assurance-maladie

i.- Les dépenses d'assurance maladie en 2000 et 2001

L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale précise que « *chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* ». Le contenu de l'ONDAM, dont la définition est conventionnelle et ne résulte d'aucun texte, comprend, pour la métropole et pour les DOM, les dépenses de soins remboursées par les régimes obligatoires de base (prestations en nature et en espèces) pour les risques maladie et accidents du travail et les prestations en nature pour le risque maternité. En sont donc exclues les indemnités journalières maternité et les rentes d'accidents du travail. Cette définition ne prend pas non plus en compte les indemnités journalières versées directement par l'employeur aux agents des services et entreprises publics, des collectivités locales et de l'Etat.

L'ONDAM voté par le Parlement est décomposé librement par le Gouvernement, dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, en quatre agrégats :

L'agrégat « soins de ville » comprend les honoraires des professionnels de santé libéraux (regroupés au sein de l'objectif de dépenses déléguées), les prescriptions et les prestations en espèces (y compris les indemnités journalières maternité).

L'agrégat « établissements sanitaires » regroupe les dépenses des établissements publics de santé fonctionnant sous dotation globale, y compris les établissements dont le financement relevait du prix de journée préfectoral et qui ont opté pour le régime de la dotation globale à compter du 1^{er} janvier 1998, ainsi que les dépenses des hôpitaux militaires.

L'agrégat « cliniques privées » comprend les dépenses des établissements à tarification conventionnelle, entrant ou non dans le champ de l'objectif relatif aux établissements privés d'hospitalisation.

L'agrégat « établissements médico-sociaux » comprend les dépenses des établissements prenant en charge les personnes âgées et/ou dépendantes, l'enfance inadaptée et les adultes handicapés.

Les départements d'outre-mer (DOM) et les ressortissants français à l'étranger sont traités à part compte tenu de l'imprécision des données statistiques les concernant.

ONDAM au sens de la loi de financement

(en encaissements-décaissements et en milliards de francs ; évolution n/n-1 en %)

	LFSS 2000	Exécution 2000	Écart	LFSS 2001	Exécution 2001 (prévision)	Écart
Soins de ville	291,6 (2,0 %)	308,6 (7,8 %)	+ 17,0	312,4 (3,0 %)	328,0 (6,3 %)	+ 15,5
Hôpitaux publics	260,8 (2,4 %)	261,6 (3,3 %)	+ 0,9	269,8 (3,4 %)	270,3 (3,3 %)	+ 0,5
Cliniques privées	42,1 (2,2 %)	42,3 (2,9 %)	+ 0,3	43,8 (3,3 %)	44,3 (4,7 %)	+ 0,5
Médico-social	47,2 (4,9 %)	46,6 (5,6 %)	- 0,5	50,5 (5,8 %)	49,3 (5,8 %)	- 1,2
Français à l'étranger	1,2	1,0	- 0,2	1,2	1,1	- 0,1
DOM	14,9	15,5	+ 0,7	15,6	16,2	+ 0,6
Marge résiduelle	0,6	-		0		
ONDAM total	658,3 (2,5 %)	675,7 (5,6 %)	+ 17,3	693,3 (3,5 %)	709,2 (5,0 %)	+ 15,8

NB : les taux d'évolution de chaque colonne LFSS ont été calculés sur la base des prévisions d'exécution connues au mois de septembre et non sur les réalisations effectives de l'année précédente. Cela peut expliquer certaines « aberrations » de chiffres (par exemple pour les hôpitaux publics en 2001).

A. le calcul de la progression de l'ondam

Entre 1997 et 1999, le taux d'évolution de l'ONDAM a été fixé par référence à l'objectif voté pour l'année précédente et non par rapport aux dépenses effectives pendant cette année. Ce mode de calcul était lié au dispositif de récupération des dépassements de dépenses prévu dans le cadre du plan Juppé. Ce dispositif ayant été abrogé, il est apparu plus rationnel statistiquement de calculer le taux de progression de l'ONDAM pour l'année suivante par rapport à la prévisions d'exécution de l'année en cours. Ce mode de calcul, appelé rebasage de l'ONDAM, est pratiqué depuis 2000.

Le taux de croissance de l'ONDAM dépend en effet de la base de calcul choisie (le dénominateur) : pour un même montant de l'objectif en francs, le taux sera plus faible si la base (de l'année précédente) est plus élevée. Le rebasage consiste à prendre en compte, pour calculer l'évolution de n-1 à n, la base égale non plus à l'objectif n-1 voté par le Parlement, mais le montant réalisé prévisionnel pour n-1 constaté pour la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre de cette année. Bien évidemment, cette opération de rebasage statistique n'a aucun sens si le montant de l'objectif n'a pas été atteint : ainsi en 2000 et en 2001 pour le secteur médico-social, la prévision d'exécution étant inférieure à l'objectif voté, c'est

ce dernier qui a été retenu comme base de calcul pour l'année suivante.

L'ONDAM est également défini depuis 1999 en retranchant aux dépenses les remises conventionnelles versées par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au titre du dépassement de l'objectif d'évolution de leur chiffre d'affaires, dans le cadre des accords signés avec le comité économique des produits de santé. Ces remises, ainsi que la clause de sauvegarde fiscale pour les entreprises non conventionnées (moins d'une trentaine en 1999 et moins d'une quinzaine en 2000 sur les 200 entreprises du secteur), correspondent à un remboursement de dépenses excédentaires par rapport à l'objectif fixé. Cette diminution de dépenses est enregistrée sur l'enveloppe des soins de ville, qui comprend le poste médicaments.

Le montant des remises de l'industrie pharmaceutique correspondant au chiffre d'affaires de 1999 et versées à l'ACOSS en 2000 s'élève à 838 millions de francs ; le rendement de la clause de sauvegarde a été de 75 millions de francs ; le total, soit 912 millions de francs a été imputé en déduction des dépenses de soins de ville pour 2000. Le montant versé par l'industrie pharmaceutique en 2001 sur son chiffre d'affaires pour 2000, soit 1,8 milliard de francs, viendra en déduction des dépenses de soins de ville de l'année en cours. Les remises qui seront versées en 2002 au titre du dépassement de l'objectif de dépenses 2001 pourraient se monter à 152 millions d'euros (1 milliard de francs), compte tenu de la très forte progression du poste médicaments cette année.

Pour calculer les taux de progression des différentes enveloppes composant l'ONDAM, il faut également tenir compte des transferts internes opérés par le Gouvernement en fin d'année. Ces modifications de champ sont intégrées pour la détermination de la base de l'objectif de l'année suivante.

<i>Transferts entre enveloppes de l'ONDAM</i> (en millions de francs)	2000	2001
	Soins de ville	- 600- 206
	dont objectif délégué	- 600+ 200
	Hôpitaux publics	+ 631- 741
	Dotation globale	+ 672+ 159
	Autres établissements	- 41- 500
	Honoraires du secteur public	- 400
	Cliniques privées	- 278+ 497
	Cliniques sous OQN	- 179+ 239
	Cliniques hors OQN	- 99+ 258
	Établissements médico-sociaux	+ 226+ 618
	pour enfants et handicapés	+ 151+ 80

pour personnes âgées+ 74+ 538 Marge résiduelle+ 22- 168NB : le solde des transferts est nul.

L'ONDAM en 2000 et en 2001 est encore analysé en encaissements-décaissements. L'ONDAM pour 2002 fixé par l'article 32 du présent projet sera lui exprimé en droits constatés, ce qui permettra d'éviter les aléas statistiques liés aux retards de remboursement des feuilles de soins, mais risque d'en introduire d'autres au début de l'application de cette nouvelle méthode comptable, notamment pour le calcul des provisions sur prestations (pour les dépenses correspondant aux soins effectués au cours de l'année considérée et liquidés l'année suivante).

Pour 2000, le montant de l'ONDAM avait été fixé à 658,3 milliards de francs, soit une progression de 4,5 % par rapport à l'ONDAM voté pour 1999 et de 2,9 % par rapport aux dépenses constatées in fine en 1999. Les réalisations 2000 s'élèvent à 675,7 milliards de francs, en hausse de 5,6 % par rapport aux dépenses constatées en 1999. Le dépassement de l'objectif atteint **17,3 milliards** de francs, soit 2,6 % de l'objectif voté.

Pour 2001, le montant de l'ONDAM a été fixé à 693,3 milliards de francs, soit une progression de 5,3 % par rapport à l'ONDAM voté pour 2000 et de 2,6 % par rapport aux dépenses constatées in fine en 2000. La prévision d'exécution retenue pour la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001 est de 709,2 milliards de francs, en hausse de 5 % par rapport aux dépenses constatées en 1999. Le dépassement de l'objectif atteindrait ainsi 15,8 milliards de francs, soit 2,3 % de l'objectif voté.

B. les sous-enveloppes de l'ondam

	1998	1999	2000
1. Les soins de ville			
En 2000, l'objectif des soins de ville, fixé à 291,6 milliards de francs, a été nettement dépassé : les réalisations sur ce poste se montent en effet à 308,6 milliards de francs, soit un dépassement de 17 milliards de francs constituant l'essentiel du dépassement constaté cette année-là pour l'ONDAM. Par rapport à 1999, la progression atteint 7,8 %.			
Cette forte augmentation est principalement imputable à la			

de liquidation.

La progression des honoraires (+ 5,4 %) est plus forte qu'en 1999, en partie en raison du rattrapage en 2000 des importants retards de liquidation survenus l'année précédente. En date de soins, la croissance des honoraires serait ainsi limitée à 3,9 %. Ce sont les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes qui ont le plus multiplié les actes. La progression globale des généralistes est supérieure à celle des spécialistes, et notamment des dentistes.

Les dépenses de remboursement de médicaments sont en forte progression (10,4 %), deux fois plus vite que pour les honoraires. Le nombre d'unités vendues a crû cette année de 4,3 %, soit un effet volume important avant même tout effet prix. Enfin, les indemnités journalières ont augmenté de 8,2 % par rapport à 1999, essentiellement en raison de la *croissance économique et des créations*

d'emploi engendrées.

**Taux de progression
des dépenses de soins
de ville en date de**

soins
Type de
prestation

Honoraires (ODD)	3,6 %	3,4 %	4,0 %
Médicaments	7,3 %	7,8 %	10,1 %
Indemnités journalières			

6,7 % 5,7 % 7,6 % Total soins de ville 5,5 % 5,8 % 6,8 % **En 2001, les dépenses de soins de ville de l'ensemble des régimes devraient atteindre 312,4 milliards de francs, soit un dépassement de l'objectif de 15,5 milliards de francs et un taux de croissance de 6,3 %.**

Les modifications de la nomenclature générale des actes professionnels réalisées en 2001 ont eu des incidences financières sur l'objectif de dépenses déléguées qui ne sera pas respecté de 2,6 milliards de francs (évolution de 4,9 %). On peut citer la revalorisation des actes accomplis par les masseurs-kinésithérapeutes pour 800 millions de francs, la meilleure prise en charge des soins dentaires (*scellements des puits, sillons et fissures, pose de l'inlay core*) pour 1,1 milliard de francs, l'amélioration du suivi à domicile par les sages-femmes des grossesses pathologiques et des sorties précoces pour 17 millions de francs et la majoration pour certains actes d'urgence effectués au cabinet du médecin généraliste (luxation, saignement de nez, détresse d'origine cardiaque) pour 87 millions de francs.

La politique du médicament a permis de réaliser des économies qui, si elles n'ont pas suffi à enrayer la croissance de ce poste (7,7 %), n'en sont pas pour autant négligeables. Ainsi les mesures conventionnelles de baisses de prix et les déremboursements décidés en 2000 auront eu un impact de 1,2 milliard de francs en 2001. Les mesures nouvelles prises en 2001 à la demande du Gouvernement (« plan médicament » du mois de juillet) devraient permettre d'obtenir 2,4 milliards de francs de baisses de prix supplémentaires.

2. Les hôpitaux publics

Cette enveloppe comprend deux postes :

- les versements sous forme de dotation globale aux établissements publics de santé et aux établissements privés participant au service public hospitalier (soit au total 98 % des dépenses des établissements à tarification administrative) ;

- les autres établissements sanitaires, notamment les établissements du service **de santé** des armées et l'institut national des invalides.

En 2000, les versements des régimes d'assurance maladie aux établissements de santé sous dotation globale se sont élevés à 261,6 milliards de francs. Par contraste avec les soins de ville, l'enveloppe des hôpitaux publics a augmenté modérément (+ 3,3 %) mais l'objectif fixé a quand même été dépassé d'un milliard de francs en raison de la mise en œuvre des protocoles hospitaliers des 13 et 14 mars 2000, sans prise en compte des mesures de remplacement des personnels financées directement par le budget de l'Etat.

En 2001, l'ensemble des établissements sanitaires publics, dont l'objectif a été fixé à 269,8 milliards de francs, connaîtraient un dépassement de 500 millions de francs. L'évolution des dépenses des établissements publics de santé sous dotation globale est encore principalement affectée par la mise en œuvre des protocoles hospitaliers. Compte non tenu des mesures financées par l'Etat ou par le fonds d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux (FASMO), l'incidence de ces protocoles sur les dépenses encadrées peut être évaluée à 1,7 milliard de francs. Il faut en plus tenir compte de la majoration de 0,5 % à compter du 1er mai 2001 des rémunérations des fonctionnaires.

3. Les cliniques privées

Cette enveloppe se compose de deux postes :

- les cliniques privées sous objectif quantifié national (OQN), compte non tenu de leurs consommations intermédiaires ;
- les établissements ou les prestations hors OQN.

En 2000, l'objectif de dépenses des cliniques a été fixé à 42,1 milliards de francs. Les dépenses effectives ont augmenté de 2,9 %, à 42,3 milliards de francs, une partie de ce dépassement pouvant être expliquée par le reversement effectué cette année suite à l'annulation par le Conseil d'Etat de l'arrêté fixant les tarifs des cliniques pour 1999.

En 2001, les cliniques privées devraient dépasser leur objectif, fixé à 43,8 milliards de francs, de 500 millions de francs, en raison à la fois des hausses de tarifs décidées en mai 2001 (3,48 % en moyenne) et de l'accroissement du volume de l'offre.

Il est à noter que 200 millions de francs ont été transférés de l'enveloppe soins de ville vers les cliniques suite à la suppression de la marge de gestion appliquée au prix d'achat des médicaments de chimiothérapie délivrés.

4. Les établissements médico-sociaux

Cette enveloppe se compose de deux postes :

- les établissements et services prenant en charge l'enfance inadaptée et les adultes handicapés ;

- les établissements hébergeant des personnes âgées et/ou dépendantes et les services leur accordant des soins à domicile.

En 2000, les dépenses d'assurance maladie du secteur médico-social se sont élevées à 46,6 milliards de francs, en léger retrait (500 millions de francs) par rapport à l'objectif fixé. Il faut toutefois noté la forte croissance (7,7 %) des dépenses des établissements de personnes âgées.

En 2001, les dépenses des établissements médico-sociaux ont été fixées à 50,5 milliards de francs. En prévision d'exécution, cette enveloppe atteindrait seulement 49,3 milliards de francs pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Les moindres dépenses par rapport à l'objectif s'élèveraient ainsi à 1,2 milliard de francs malgré une évolution soutenue des dépenses (5,8 %). Les dépenses de soins à domicile et en établissement pour les personnes âgées resteraient plus dynamiques que le poste enfance inadaptée et adultes handicapés. Cette progression importante confirme la poursuite des efforts entrepris depuis 1998 en faveur des personnes âgées (création de places de section de cure médicale et de services de soins infirmiers à domicile) et des personnes handicapées.

La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (ayant signé une convention tripartite) met à la charge de ces établissements certaines dépenses de soins remboursées auparavant à l'acte. Il en résulte un transfert financier de 500 millions de francs de l'enveloppe soins de ville vers l'enveloppe médico-sociale. Le plan pluriannuel de financement de places d'accueil des personnes handicapées, des autistes et des traumatisés crâniens a été budgété pour 725 millions de francs en 2001.

II.- SOINS de ville hors médicament : La nécessaire réforme du mode de régulation

Le rapport de la Cour des comptes de septembre 2000 sur la sécurité sociale établissait un bilan sévère de la régulation conventionnelle du système de soins de ville, critiques reprises par le rapporteur dans son rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Après une année 2000 marquée par un dépassement des objectifs de dépenses du secteur soins de ville, l'année 2001 n'a pas connu, jusqu'à la date de rédaction du présent rapport, de modifications majeures dans les évolutions financières, comptables ou conventionnelles relevées l'année précédente. Néanmoins, les différents processus de concertation engagés par la ministre de l'emploi et de la solidarité dès le début de l'année 2001 devraient aboutir et permettre de contribuer à un meilleur guidage du système en 2002.

A titre de rappel, des mesures concrètes et importantes inscrites dans le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé adopté par l'Assemblée nationale en première lecture répondent à l'objectif d'un meilleur guidage du système : promotion des réseaux de soins, émergence d'une véritable démocratie sanitaire et création de conseils régionaux de santé.

Sur une croissance prévue de l'ONDAM en 2002 de 3,8 % (par rapport aux dépenses de 2001), l'objectif de l'augmentation des dépenses de soins de ville –agrégat qui comprend les dépenses de médicament- est fixé à 3 %.

En ce qui concerne le financement des objectifs définis par la politique de santé publique, la ministre de l'emploi et de la solidarité a annoncé lors de son audition par la commission que l'année 2002 verrait un effort accru en matière de prévention dentaire. Dans le sens du rapport rendu au Gouvernement il y a quelques mois par M. Yahiel, inspecteur général des affaires sociales, sur la prise en charge des soins dentaires, un examen de prévention dentaire généralisé pour deux classes d'âge (6 et 12 ans), soit 1,4 millions d'enfants, est prévu. Parallèlement, l'effort sur la montée de la prise en charge des appareillages optiques pour les enfants et des prothèses auditives (dispositifs stéréophoniques) sera poursuivi. Il faut également citer l'effort pluriannuel du plan national de lutte contre le cancer, qui mobilisera en 2002 plus d'un milliard de francs supplémentaire.

a. Le système des soins de ville n'a toujours pas trouvé un mode de régulation adéquat en 2000 et 2001

Comme le note le rapport de la Cour des comptes, le nouveau mode de régulation instauré *par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000* « n'a pas fait ses preuves ».

1. L'année 2000 : dépassement de l'objectif délégué de soins de ville

En ce qui concerne la vie conventionnelle, les trois rapports d'équilibre établis par la CNAMTS en 2000, approuvés par le Gouvernement (sauf une mesure d'économie concernant les infirmiers), n'ont pas permis de faire respecter l'évolution prévue de la dépense déléguée des soins de ville.

Pour l'année 2000, selon les données fournies par la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2001 sur la sécurité sociale, la majeure partie du dépassement de l'ONDAM (+ 5,6 % contre + 2,5 % prévus) est à imputer à l'évolution des soins de ville, dépenses de médicament inclus. L'objectif délégué de soins de ville, qui comprend les dépenses d'honoraires des professionnels de santé libéraux et de transport sanitaire, a cru de 5,4 %, soit 5,1 milliards de francs (0,8 milliards d'euros).

Aucun accord de bon usage des soins ni de contrat de bonne pratique, outils juridiques créés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, n'ont été signés.

2. L'année 2001 : vers la fin de la régulation par les rapports d'équilibre ?

Le 20 avril 2001, le Gouvernement a fixé, conformément à l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale, les montants pour l'année 2001 des objectifs de dépenses des soins de ville (312,4 milliards de francs) et de dépenses déléguées (149,9 milliards de francs pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie). La fixation tardive de cet objectif *traduirait-elle, selon le rapport de la Cour des comptes, la « diminution de l'intérêt porté par l'Etat à cette tentative d'instituer un nouveau mode de régulation » ?*

La CNAMTS n'a donc pas pu procéder à l'élaboration du premier rapport d'équilibre et de ses annexes fixant, premièrement, pour chacune des professions, l'objectif, dans le respect de l'objectif de dépenses déléguées, des dépenses par profession et deuxièmement, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux.

Aucun dispositif de substitution n'étant prévu par les articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3 du code de la sécurité sociale, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux fixés au 31 décembre 2000 ont donc été prorogés en 2001, conformément au V de l'article L. 162-15-3 du même code.

Selon les données issues du rapport sur les comptes de la sécurité sociale, les dépenses de soins de ville continueront à croître en 2001 de manière dynamique (+ 6,3 %). Cette croissance est davantage due aux dépenses de médicament qu'à la médecine de ville. L'objectif de dépenses déléguées ne sera sans doute pas respecté (dépassement prévu de 0,4 milliards d'euros, soit + 4,9 %) mais ce dépassement serait inférieur à celui constaté pour 2000.

B. Le processus de concertation engagé par la ministre de l'emploi et de la

solidarité devrait trouver un aboutissement rapide

1. La première réunion du « Grenelle de la santé » et la mission de concertation

Une première réunion des acteurs du système de soins de ville, appelée aussi « Grenelle de la santé », s'est tenue le 25 janvier 2001. La ministre de l'emploi et de la solidarité a annoncé, en conclusion de la journée de rencontre avec les professionnels de santé, la création d'une mission de concertation sur l'évolution de la médecine de ville, composée de M. Bernard Brunhes (consultant), M. le professeur Bernard Glorion (président du conseil de l'ordre des médecins), M. Stéphane Paul (inspecteur général des affaires sociales) et Mme Lise Rochaix (professeur d'économie de la santé).

Le rapport de la mission, rendu le 5 juillet 2001, fait des propositions précises sur les modalités d'exercice des professionnels libéraux, leur mission et la rénovation du cadre conventionnel. Le document, entre autres, préconise de mieux associer les professionnels de santé aux actions de prévention individuelle ou collective et de développer un système mixte de rémunération, à l'acte et au forfait. Une structure conventionnelle à trois étages est préconisée.

2. La deuxième réunion du « Grenelle de la santé » a débouché sur de récentes propositions gouvernementales

Les propositions de la mission de concertation ont été examinées le 12 juillet 2001, lors du deuxième « Grenelle de la santé ».

Sur la base de cette concertation, les « propositions pour la réforme des soins de ville et l'avenir de l'assurance maladie » transmises par la ministre des affaires sociales et de la solidarité aux participants du dernier « Grenelle de la santé » devraient permettre de relancer la concertation. Certaines propositions concernant l'évaluation et la formation, ainsi que le développement des réseaux, ont été intégrées au projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Quelques-unes avaient été évoquées dans les conclusions de la conférence nationale de la santé de mars 2001 à Strasbourg.

Ce document de travail s'organise autour de deux axes : la place des professionnels de santé dans l'organisation des soins et la réforme des relations conventionnelles. Il propose notamment la création d'un observatoire de la démographie et des professions de santé, l'institution d'une aide à l'installation et la définition d'un plan d'action pour l'exercice dans les quartiers difficiles. Il est également proposé de développer *les recommandations de bonne pratique* (création d'un comité ad hoc) et de publier une charte de qualité du service médical de l'assurance maladie. Le Gouvernement préconise en outre d'associer les professionnels libéraux *aux politiques de prévention* collective par le moyen de « contrats de santé publique » (contrats individuels conclus avec les organismes d'assurance maladie) ouvrant le droit à une rémunération forfaitaire. Le gouvernement propose, de plus, de

fixer une évolution pluriannuelle de l'ONDAM (il s'agit d'une proposition de la mission de concertation) et d'associer de manière expérimentale les professionnels libéraux à l'organisation des urgences. Enfin, il soumet le projet d'une rénovation du cadre conventionnel, grâce à la mise en place d'un véritable socle interprofessionnel et la prise en compte des engagements individuels des professionnels de santé.

Sur ce dernier point – la politique conventionnelle - la loi a régulièrement étendu le champ couvert par la convention. La loi de financement pour la sécurité sociale pour 1999 a ainsi modifié l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale en élargissant la négociation à des sujets comme la dispense d'avance de frais, l'évaluation des pratiques ou la création de nouveaux modes de rémunération pour les médecins. Le rapporteur regrette que la négociation n'ait pas pu s'emparer et développer ces thèmes de négociation, particulièrement en ce qui concerne la réforme des modes de rémunération.

III.- La politique du médicament : protéger l'utilisateur, maîtriser la dépense

L'année 2000 a connu une très forte croissance des dépenses de médicament. Le dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de 2,6 % en 2000 est en grande partie causé par le dépassement des dépenses de soins de ville de 5,8 %, lui-même provoquée pour sa majeure partie par la dépense accrue de remboursement de médicament. Cette dernière atteint en 2000 la somme de 15,1 milliards d'euros, soit une forte croissance de 10,4 % par rapport à 1999.

La politique du médicament peut d'une part agir sur les producteurs et les distributeurs de médicaments (maîtrise de l'offre) et d'autre part sur les prescripteurs et les patients (bon usage). Après la croissance forte de l'année 2000, les différentes mesures prises par le Gouvernement au titre de la politique du médicament commencent à porter leurs fruits en 2001. L'effort devra être poursuivi en 2002.

a. La croissance de la dépense du médicament de 1998 à 2000 n'a pas été CORRECTEMENT maîtrisée

1. Depuis 1998, la dépense de médicament accélère fortement

Le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2001 juge insatisfaisant le bilan de la politique du médicament en ville depuis 1998.

Les Français ont un niveau de consommation élevé. En 1998 comme en 1990, la France est le pays qui y consacre la part de produit intérieur brut la plus importante, devant les Etats-Unis, note la Cour. A titre d'illustration, selon les données fournies par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la consommation française d'antibiotiques est deux fois plus élevée qu'en Angleterre.

De plus, les taux de progression de consommation augmentent depuis une dizaine d'années, posant à terme de graves problèmes de financement. Durant la dernière décennie, le taux de croissance annuel moyen des remboursements de médicaments a atteint 5,3 % (5,5 % pour la consommation totale).

La Cour, comme la CNAMTS, expliquent la croissance de la dépense par un effet de structure : la consommation se déplace des médicaments les moins chers vers les nouveaux, plus chers, qui sont aussi les mieux remboursés, ce qui explique la hausse tendancielle du taux moyen de remboursement. Il existe deux raisons principales à cet effet de structure : d'abord, la fixation d'un prix élevé et son maintien dans le temps, ensuite l'absence de réévaluation périodique du ratio coût – efficacité des produits.

2. Un important travail reste à réaliser pour promouvoir le bon usage des médicaments

Le bon usage des médicaments repose sur l'adéquation des informations délivrées au prescripteur comme à l'utilisateur. Des pas importants ont été accomplis dans cette direction.

Ainsi, l'examen en première lecture par l'Assemblée nationale du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé a permis de mettre en œuvre l'obligation de la formation médicale continue. Un amendement d'origine parlementaire a étendu cette obligation à la formation continue des pharmaciens. Le projet de loi prévoit également de renforcer les règles interdisant la perception d'avantages par les professions médicales (« dispositif anti-cadeaux »), et précise les modalités d'application de ces dispositions aux pharmaciens.

En outre, l'action du Fonds de promotion de l'information et de l'information médicale créé par la loi de financement social pour 2001 devrait -dès la publication de son décret d'application- permettre d'apporter une information indépendante des producteurs.

Cet enjeu critique a été rappelé par l'initiative récente de la presse médicale anglo-saxonne (J.A.M.A., Lancet, la base de données Medline notamment), qui a voulu rappeler solennellement en septembre 2001 l'indépendance nécessaire des revues scientifiques vis à vis des laboratoires pharmaceutiques.

Le rapport de la Cour des comptes préconise de renforcer l'information des patients et des prescripteurs. La Cour regrette l'absence d'application de certaines mesures du plan médicament annoncé en 1998, notamment en ce qui concerne la responsabilisation des prescripteurs et des usagers. Comme le note le rapport de la Cour, il faut entreprendre à cet effet un important travail d'amélioration de la qualité des statistiques disponibles, afin d'obtenir les outils de guidage les plus fiables possibles. A titre d'illustration, le codage de la délivrance des médicaments en secteur hospitalier pourrait être amélioré. En outre, la CNAMTS souligne qu'il est actuellement impossible de mesurer le taux de substitution générique lorsque la substitution est effectuée par le pharmacien.

Le rapport annexé au présent projet mentionne les priorités du Gouvernement en matière de médicament pour 2002 : promouvoir le bon usage, prévenir les accidents iatrogènes médicamenteux, rationaliser l'emploi des antibiotiques. En ce qui concerne l'effort en matière d'information, il précise notamment que les avis de la Commission de transparence seront désormais publiés dès leur approbation.

B. LE DÉbut de maîtrise de la dépense en 2001 : un effort à confirmer

1. La possibilité de prescription en dénomination commune internationale

L'article 10 du présent projet propose de permettre au médecin de prescrire en dénomination commune internationale (DCI). Selon le rapport annexé au présent projet, cette disposition s'accompagnera d'une campagne d'information associant l'Etat, l'assurance maladie et la mutualité. Les procédures d'inscription au répertoire des groupes génériques géré par l'AFSSAPS seront simplifiées et rendues plus rapides.

2. Les baisses de prix du médicament intervenues en 2000 puis en 2001

En 1998, la ministre de l'emploi et de la solidarité a demandé à la commission de transparence d'apprécier le service médical rendu (SMR) des médicaments remboursés. Les critères de remboursement ont été adaptés aux niveaux de SMR (conformément au décret du 27 octobre 1999). Les travaux réalisés, achevés en avril 2001, ont permis de classer les 4 490 médicaments étudiés en trois classes et en trois niveaux de remboursement : 65 %, 35 % et absence de remboursement. Suite aux instructions données par le Gouvernement au comité économique des produits de santé, des baisses de prix sont déjà intervenues en 2000. Elles concernaient les médicaments dont le service médical rendu était trop faible. Ces mesures ont notamment concerné l'alignement du taux de remboursement des vasodilatateurs à 35 %.

Le 11 juin 2001, de nouvelles baisses de prix, concernant principalement les spécialités dont le service médical rendu (SMR) a été jugé insuffisant ou des médicaments aux frais d'élaboration ou de recherche déjà amortis, ont été mises en œuvre, pour un montant total de 366 millions d'euros, après négociations avec les firmes pharmaceutiques.

Il ne s'agit ni de problèmes ni de solutions propres à la France. Un « plan médicament » a été adopté au mois de septembre 2001 en Allemagne, prévoyant des économies de 10 milliards de francs en année pleine. La forte croissance de la dépense de médicament sur les six premiers mois a justifié l'engagement de ce plan, qui privilégie la substitution par le pharmacien et la baisse de prix des médicaments récents pour lesquels il n'existe pas de génériques.

3. La dépense de médicament en 2001 : vers la décélération

Selon le dernier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, les dépenses de médicaments augmenteraient de 7,7 % en 2001. Ce chiffre intègre l'effet des baisses de prix déjà intervenues. Il est inférieur aux taux de croissance constatés les années précédentes.

Les dépenses liées aux médicaments remboursés à 35 % continueraient à augmenter fortement, celles liées aux médicaments remboursés à 65 % et 100 % décéléreraient.

IV.- l'HÔPITAL : une priorité pour le gouvernement

A. UN EFFORT SANS PRÉCÉDENT POUR la revalorisation des carrières HOSPITALIÈRES en 2000 et 2001

1. Les protocoles pour le service public hospitalier

Les années 2000-2001 ont connu une véritable relance de la politique hospitalière. Le Gouvernement a signé deux protocoles d'accord avec les fédérations syndicales, le 13 et 14 mars 2000 : un protocole sur la modernisation du service public hospitalier représentant, tous financements confondus, 10,1 milliards de francs sur trois ans et un protocole sur le statut professionnel des praticiens hospitaliers et sur les filières professionnelles qui représentent un effort de 0,34 Md € (2,2 milliards de francs) avec une montée en charge des mesures programmées sur trois ans.

Ces protocoles constituent une rupture majeure en matière de politique hospitalière. En effet, depuis une dizaine d'années, un logique de rigueur budgétaire avait prévalu et les praticiens hospitaliers n'avaient pas connu de réforme de leur statut ni de revalorisation de carrières depuis 1984.

Le protocole signé le 14 mars 2000 avec les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière comprend ainsi des mesures immédiates, visant à accroître les remplacements, à améliorer les conditions de travail, à prévenir la violence, à soutenir l'investissement hospitalier et à renforcer les urgences. Il prévoit également des moyens pour accompagner la modernisation et la transformation de l'hôpital, avec notamment l'élaboration systématique d'un volet social dans les projets d'établissement, la création d'un fonds de modernisation, le développement de la formation professionnelle.

<p>Le protocole du 13 mars 2000 signé avec les intersyndicales de praticiens hospitaliers contient également un ensemble de mesures destinées à renforcer l'attractivité des postes publics et leur fonctionnement en réseau. Ces protocoles ont par ailleurs été suivis d'autres négociations, qui ont également donné lieu à des accords portant sur les médecins universitaires (27 juillet 2000), internes et résidents (3 mai 2000) et chefs de clinique - assistants (9 mai 2000) et les étudiants en médecine (24 juillet 2000).</p>	<p>2000 01</p>	<p>20</p>	<p>2002</p>
<p>2. L'impact des mesures sur l'ONDAM en 2001 Pour 2001, l'impact des protocoles sur les dépenses hospitalières a été évalué à 1 870,99 millions de francs (285,23 millions d'euros) pour la France entière.</p>			
<p>Ce surcoût comprend les mesures nouvelles pour 2001 de tous les protocoles (y compris le protocole du 14 mars 2001, dont les mesures concernant les filières autres que soignantes commencent à s'appliquer au 1er octobre 2001), ainsi que l'extension en année pleine des mesures 2000. Ce chiffre correspond à un impact de 265,26 millions d'euros (1 739,99 millions de francs) sur l'ONDAM.</p>			
<p>En 2002, l'impact prévisionnel des</p>			

	Protocole du 13 mars 1999		
	Prime de service public exclusif	60,52 42,38	20,61
	Revalorisation grille des PH	14,18 70,36	0,00
	Prime postes difficiles	7,85 23,57	0,00
	Prime multi-établissements	7,04 14,12	0,00
	Postes PAC	10,79 5,40	0,00
	Revalorisation grille assistants, chefs de clinique et PAC	26,69 26,70	0,00
	Protocole du 14 mars 2000		
	Augmentation de 0,05% de la cotisation CFP	0,00 4,39	0,00
	Augmentation des quotas d'écoles d'infirmières	5,12 17,01	19,47

	Prévention de la violence	0,00 15,30	0,00
	Médecine du travail	0,00 4,41	2,38
	Suppression de l'échelle 1	2,442, 44	0,00
	Renforcement des urgences	53,32	4,44
5,20	Total	187,96	230,50
47,66	Autres accords		
	Grille MCU-PH *	2,55	5,09
0,00	Prime MCU-PH *	2,75	6,03
3,72	Internes, résidents, chefs de clinique	11,14	7,96
0,00	Revalorisation grille CCA	1,30	1,30
0,00	Rémunération étudiants 4ème année	2,67	8,00
0,00		Total	20,40
28,39	3,72	Suite protocoles 2000	
		Transformation de PAC en PH	0,00
12,57	27,43	Protocole "filiales"	0,00
13,77	2 41,34	Total	0,00

	26,33	268,77
--	-------	--------

Provision déjà intégrée dans l'ONDAM 2000-38,45TOTAL
GENERAL169,91285,23320,14 Maître de conférence des universitaires - praticien hospitalier*

B. La réduction du temps de travail en 2002

1. Le protocole de cadrage national

Un protocole d'accord sur la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière a été signé le 27 septembre 2001 par Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, et quatre organisations syndicales (CFDT, UNSA, SNCH, CFE-CGC). La CGT, FO-SUD et la CFTC ne l'ont pas paraphé. Le document constitue un « protocole de cadrage national », permettant l'ouverture des négociations dans chaque centre hospitalier. Le dispositif de réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, que le Gouvernement a accompagné par la création de 45 000 emplois sur trois ans, prendra effet à partir du 1er janvier 2002.

La durée du travail effectif est fixée à 35 heures par semaine. Le décompte du temps de travail s'effectue en principe sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 600 heures maximales, mais le décompte individuel du temps de travail permet de faire descendre ce plafond, grâce à la reconnaissance de sujétions particulières (pour les personnels à repos variable par exemple : 1 575 heures). Le personnel de nuit passera à 32 h 30 par semaine à partir de 2004. Les agents bénéficient d'heures ou de jours de repos supplémentaires au titre de la RTT (réduction du temps de travail), dans la limite de 20 jours par an, en proportion de leur durée hebdomadaire de travail effectif. Les régions (directions d'agence régionale de l'hospitalisation, directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales) recevront avant la fin du mois d'octobre leurs enveloppes d'emplois réparties en fonction de deux critères principaux qui sont par ordre de priorité les effectifs en équivalent temps plein et l'activité (production et points ISA). Ces emplois feront l'objet d'une répartition entre les établissements au regard d'un certain nombre de critères tels que les effectifs équivalent temps plein, l'activité, le temps moyen travaillé actuel et la qualité des négociations.

Les créations d'emplois liées à la RTT ne seront pas utilisées comme outils de restructuration mais elles devront s'inscrire dans la cohérence des opérations définies par les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Afin d'assurer aux personnels la reconnaissance de la référence aux 35 heures hebdomadaires dès le 1er janvier 2002 et avant que les nouvelles organisations se mettent en place, les établissements auront à leur disposition deux outils :

- les heures supplémentaires : le contingent d'heures supplémentaires mensuelles est de 20 heures jusqu'à 2004 compris, puis passera à 15 heures en 2005, et à 10 heures en 2006. Les cadres peuvent opter entre le régime du décompte horaire et le décompte en jours, avec 20 jours de RTT. Les personnels de direction bénéficient d'un décompte en jours (204 jours travaillés) et de 20 jours de RTT.

<p>- le compte épargne temps : un compte épargne-temps est mis en place, alimenté au choix de l'agent par des jours de congés annuels ou de RTT non pris et des heures supplémentaires non récupérées et</p>		<p>Base</p>	<p>Nombre annuel de jours</p>	<p>365</p>
--	--	-------------	-------------------------------	------------

hospitalier est
fixée par la loi
(ordonnance n°
82-272 du 26
mars 1982),
l'application du
protocole de
cadrage
nécessite une
intervention du
législateur : c'est
l'objet de
l'article 17 du
présent projet de
loi.

Cet accord
concerne les
personnels
paramédicaux et
non les médecins
(praticiens
hospitaliers) qui
n'appartiennent
pas à la fonction
publique
hospitalière. A
l'heure actuelle,
le ministère
négocie avec les
quatre syndicats
de praticiens
hospitaliers (PH)
: l'intersyndicat
national des
praticiens
hospitaliers
(INPH), la
confédération
des hôpitaux
généralistes
(CHG), la
coordination
médicale
hospitalière
(CMH) et le
syndicat national
des médecins
chirurgiens,
spécialistes et
biologistes des
hôpitaux publics

(SNAM-HP), la principale pierre d'achoppement étant le nombre de jours de RTT par an.

Cas pratique
Décompte individuel réalisé sur la base d'une durée annuelle de 1 600 heures

		Repos	Nombre de jours de congés	104
			Nombre de jours de congé	25
			Nombre de jours fériés	9
			Nombre de jours « hors saison »	2
FractiOonnement				
1				
Total de jours travaillés 224				
Temps de travail sur la base de 35 heures par semaine : 1 568 heures				

Aux jours de travail ci-dessus indiqués, il convient de déduire les jours de RTT, dont le nombre s'élève à :

- 6 jours pour les agents dont la durée de travail hebdomadaire moyenne est de 36 heures
- 12 jours pour les agents dont la durée de travail hebdomadaire moyenne est de 37 heures
- 18 jours pour les agents dont la durée de travail hebdomadaire moyenne est de 38 heures
- Forfait de 20 jours pour les agents dont la durée de travail hebdomadaire est supérieure

2. Le recrutement de 45 000 agents d'ici à 2004

Le Gouvernement a pris la décision de créer 45 000 emplois spécifiques pour la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière (757 000 agents). Cette enveloppe est sans précédent dans la fonction publique hospitalière et sans équivalent dans le reste de la fonction publique. En effet, dans la fonction publique d'Etat, la réduction du temps de travail devra se mettre en place à moyens humains constants.

Selon Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, cette enveloppe est « motivée par la spécificité des missions des établissements publics, sanitaires et sociaux et par les sujétions lourdes qui pèsent sur les personnels, en matière de travail de nuit et de week-end, liées aux millions de soins et de prise en charge assurées 24 heures sur 24 par ces établissements. »

La plupart des recrutements concerneront les personnels paramédicaux. Même si les 45 000 emplois ne concernent pas que le personnel paramédical et aide-soignant, il n'en reste pas moins que ces professions ont une place importante dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales (en tout dans la FPH, les personnels paramédicaux représentent près de 74 % dont 50 % d'infirmiers et d'aides-soignants). Le nombre de places dans les instituts de formation en soins infirmiers ont été augmentés à partir de 2000 (+ 43 %), les places dans les écoles d'aides-soignants ont été augmentées (+ 53 % en février 2002). C'est ainsi que 18 000 infirmières devraient sortir des écoles en 2001 et 26 000 en 2002. Les 45 000 emplois seront pourvus sur les trois années 2002 à 2004. En 2002, le Gouvernement s'est engagé à pourvoir 12 300 emplois, soit 27,5 % du total des créations. Plus précisément, les recrutements se feront tout au long de l'année et doivent atteindre 40 % des créations d'emplois en fin 2002, puis 80 % en fin d'année 2003. L'année 2004 concernera la réduction du travail de nuit et le solde des emplois soit 9 000.

En 2002, la part de l'ONDAM attribuée aux hôpitaux progressera de 4,8 % à 43,18 milliards d'euros (283,2 milliards de francs) dont 1,2 % soit 3,3 milliards d'euros (498 milliards de francs) sera consacré au financement des créations d'emplois.

La création de 45 000 emplois représente une augmentation de 6 % des personnels des hôpitaux publics, comme celle négociée dans le secteur privé à but lucratif. La Fédération hospitalière de France estime cependant les besoins à 7 % du total des agents, compte tenu de l'insuffisance actuelle des effectifs dans de nombreux services.

deuxième partie : LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL

Afin de disposer d'informations précises sur la branche accidents du travail et maladies professionnelles, le rapporteur a envoyé comme il est de coutume, le 3 juillet 2001, un questionnaire à la ministre de l'emploi et de la solidarité, comprenant 28 questions. A la date de dépôt du présent rapport, c'est-à-dire à la date de son examen en commission, le 18 octobre, il ne dispose que de 8 réponses. Le rapporteur regrette profondément que le ministère n'ait pas daigné répondre à 70 % de ses questions en temps utile. De ce fait, il ne peut pas rendre compte dans le présent rapport d'éléments chiffrés et actualisés sur la branche autres que ceux figurant dans le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

i.- une branche toujours excédentaire

L'objectif de dépenses pour la branche des accidents du travail et maladies professionnelles dans l'ensemble des régimes obligatoires de base, fixé à 56,2 milliards de francs par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, a été respecté puisque l'objectif révisé fixé par l'article 31 du présent projet à 57,9 milliards de francs inclut un versement complémentaire au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) de 1,4 milliard de francs.

Pour 2002, le Gouvernement propose de fixer cet objectif à 8,4 milliards d'euros (55,1 milliards de francs), soit une diminution de 4,8 % par rapport aux dépenses effectives de l'année 2001 compte tenu de moindres versements provisionnés pour le FIVA.

Les dépenses du régime général représentant 93 % de l'ensemble des dépenses de la branche, il est possible d'envisager l'équilibre global de la branche à travers l'équilibre correspondant au sein du seul régime général. Depuis la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, l'équilibre de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles doit y être réalisé distinctement de celui de la branche maladie, les deux trésoreries étant séparées. La branche a été excédentaire de 2,3 milliards de francs en 2000 (en droits constatés, sans prise en compte de l'annulation de la créance sur le FOREC). Cette situation devrait perdurer, avec un excédent prévisionnel de 1,3 milliards de francs en 2001 et de 550 millions d'euros (3,6 milliards de francs) en 2002, après les mesures du présent projet de loi.

Les prestations versées par le régime général devraient s'élever à 5,9 milliards d'euros en 2002, soit une progression de 2,9 % par rapport à 2001. Les indemnités journalières et autres dépenses dans le champ de l'ONDAM devraient augmenter de 4,2 %, alors que les rentes d'incapacité permanente ne progresseraient que de 1,9 %, à 3,4 milliards d'euros. Cette faible croissance des dépenses liées à l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles est due à une révision à la baisse de l'effet escompté des mesures inscrites en loi de financement depuis 1999 en ce qui concerne l'amélioration des conditions de réparation des maladies professionnelles. La Commission des comptes de la sécurité sociale constate également, dans son rapport de septembre 2001, que les prestations d'incapacité permanente diminuent pour les régimes spéciaux et les fonds spécifiques d'accidents du travail (agricole,...) en raison d'une baisse sensible du nombre de bénéficiaires.

Après avoir fortement augmenté en 2001 (+ 29,2 %) en raison de l'augmentation des dotations aux deux fonds amiante (FIVA et FCAATA), les charges techniques de la branche accidents du travail du régime général devraient diminuer en 2002 pour se limiter à 991 millions d'euros.

ii.- L'amélioration de la prévention et de la réparation des Accidents du Travail et des maladies professionnelles

A. le nombre d'accidents du travail

Selon les chiffres prévisionnels de la CNAM pour l'année 2000, le nombre des accidents du travail survenus serait de 1,36 million (+ 0,5 % par rapport à 1999) et celui des maladies professionnelles constatées et reconnues serait de 20 295. La fréquence des accidents du travail est stable compte tenu de l'accroissement des effectifs salariés et le nombre de maladies professionnelles reconnues augmente en raison des nouveaux droits ouverts aux victimes (révision des tableaux, nouvelles procédures).

Il faut toutefois relever que ces chiffres sont sans aucun doute substantiellement sous-évalués, ainsi que l'a démontré l'enquête « conditions de travail 1998 » menée par la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère de l'emploi et de la solidarité et publiée en octobre 2001 : selon cette étude, 1,7 million de personnes auraient été effectivement victimes d'un accident du travail, soit 22 % de plus que n'en recense la CNAM.

C'est pourquoi le versement forfaitaire annuel de la branche accidents du travail au profit de la branche maladie du régime général, institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 dans le but de compenser les dépenses supportées par cette dernière au titre des affections non prises en charge en application de la législation sur les maladies professionnelles, est légitimement complété par l'article 21 du présent projet de loi afin de tenir compte également des sous-déclarations des accidents du travail.

b. les actions de prévention

Le montant du budget du fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNAM, qui figure dans l'objectif de dépenses de la branche, s'établit à 255,96 milliards d'euros (1 679 milliards de francs) en 2002. Ce fonds finance notamment les actions propres et services de la CNAM en matière de prévention et de tarification, les services de prévention et de tarification des CRAM, le budget de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) et le budget d'Eurogip.

Les CRAM peuvent également procéder avec les entreprises à l'évaluation des effets des mesures de prévention qu'elles édictent dans le cadre de recommandations ou de contrats de prévention. Elles peuvent promouvoir les efforts accomplis par les entreprises au moyen d'une participation financière aux investissements affectés à la prévention, sous la forme de contrats de prévention dont 1465 ont été signés en 1999.

C. les mesures nouvelles et à venir

Le présent projet de loi de financement et les textes réglementaires annoncés par le Gouvernement prévoient des aménagements de la législation actuelle afin

d'améliorer la réparation allouée aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles :

- les indemnités en capital versées aux victimes qui n'ont pas droit à une rente seront désormais indexées sur les prix ;

- les conditions d'accès au dispositif de reconnaissance complémentaire des maladies professionnelles (qui permet de faire reconnaître comme maladies professionnelles des pathologies ne figurant pas dans un tableau) seront assouplies : le taux d'incapacité ouvrant droit sera abaissé de 66,66 % à 25 % ;

- la levée de la prescription des dossiers de maladies professionnelles liées à l'amiante sera pérennisée au-delà du 27 décembre 2001.

Le rapport de M. Roland Masse, président de la commission spécialisée en matière de maladies professionnelles du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, a été commandé en 1998 par Mme Martine Aubry, alors ministre de l'emploi et de la solidarité, et remis en juillet 2001 à son successeur, Mme Elisabeth Guigou. Il conclut à la nécessité de faire évoluer le mode actuel de fonctionnement de la branche, reposant toujours sur le compromis historique de 1898, qui repose sur le principe d'une réparation forfaitaire avec présomption d'imputabilité à l'employeur, dans le sens d'une meilleure prise en compte de l'ensemble des préjudices des victimes. Il souligne la nécessité d'une expertise plus précise des conséquences de toute réforme qui romprait avec le caractère forfaitaire de la réparation offerte aujourd'hui par la branche, pour introduire des éléments de réparation intégrale.

Le rapporteur est favorable à une remise à plat de l'ensemble du dispositif d'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles, afin que la réparation versée ne soit plus seulement forfaitaire, comme elle l'est depuis 1898. Les évolutions du droit de la responsabilité civile, les nouvelles avancées offertes en termes d'indemnisation aux victimes de l'amiante ou d'aléas thérapeutiques, de même que l'existence d'importants excédents financiers au sein de la branche, militent en faveur d'une extension des droits des victimes de tous les accidents du travail et maladies professionnelles, victimes en fait de la croissance économique pour laquelle ils ont sacrifié de leur intégrité physique, pour le bien-être de l'ensemble de la société qui leur doit légitimement réparation pleine et entière.

iii.- les victimes de l'amiante mieux indemnisées

A. les préretraites de l'amiante

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé un fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. (FCAATA). Ce fonds est destiné à financer une allocation de cessation anticipée d'activité versée, soit aux victimes des *maladies* professionnelles graves des tableaux n° 30 et n° 30 bis, soit aux travailleurs des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante ou ayant travaillé dans la construction et la réparation navale et âgés de plus de cinquante ans. Les listes des établissements et ports concernés, avec la précision des périodes en cause, ont été augmentées dernièrement par des arrêtés des 19 mars et 1er août 2001.

Les allocataires sont les suivants :

- salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante et des entreprises de flocage et de calorifugeage à l'amiante : 4061 allocataires au 31 mai 2001 ;

- dockers professionnels, salariés et anciens salariés de la construction et de la réparation navales : 2150 allocataires au 31 mai 2001 ;

- anciens salariés reconnus atteints d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante : 262 allocataires au 31 mai 2001.

On dénombrerait d'ici la fin de l'année 2001 9000 allocataires, contre 3894 allocataires au 31 décembre 2000 et 1970 au 31 décembre 1999. Fin 2002, il est attendu un effectif de 15 000 allocataires.

En 2002, la contribution de la branche accidents du travail au financement des dépenses du fonds devrait s'élever à 200 millions d'euros (1,3 milliard de francs), dont 43 millions d'euros de mesures nouvelles prévues par le Gouvernement (adjonctions aux listes d'établissements).

Le rapporteur souhaite que la liste des maladies professionnelles dues à l'amiante ouvrant droit à l'allocation soit modifiée pour intégrer les lésions pleurales bénignes figurant au tableau n° 30 B, qui constituent bien une maladie professionnelle grave résultant de l'exposition à l'amiante.

B. la création du fonds d'indemnisation

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, dont le décret d'application n'a toujours pas été publié, a créé un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) afin d'assurer aux personnes ayant été exposé à l'amiante et à leurs ayants droit la réparation intégrale des préjudices qu'ils ont subis. Pour cela, l'indemnisation par le fonds se substituera pour les préjudices lié à l'amiante à l'indemnisation de droit commun qui peut être allouée à la victime par une juridiction (tribunal des affaires sanitaires et sociales ou commissions d'indemnisation des victimes d'infractions).

L'intérêt de la création d'un tel fonds réside dans la rapidité et la simplification de la procédure d'indemnisation. De même, l'indemnisation sera intégrale, contrairement à l'indemnisation forfaitaire versée dans le cadre de la branche accidents du travail. Les sommes versées par le fonds se substitueront à l'indemnisation forfaitaire au titre des maladies professionnelles et à celle que les victimes pourraient obtenir en complément suite à une action en justice devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale au titre de la faute inexcusable de l'employeur ou devant les commissions d'indemnisation des victimes de dommages résultant d'infractions (CIVI). Enfin, ce fonds permettra d'indemniser des victimes de l'amiante qui ne disposent pas d'une couverture sociale contre le risque professionnel comme les artisans.

Le nombre total de bénéficiaires était évalué, lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, à 100 000 personnes. Pour financer les dépenses correspondantes, le fonds recevra une contribution de l'Etat-employeur et une contribution de la branche accidents du travail du régime général. L'article 19 du présent projet fixe à 2,875 milliards de francs le montant de la dotation affectée en 2001 au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, et à 76,22 millions d'euros (500 millions de francs) la dotation pour 2002. La dotation totale s'élève donc à 3,4 milliards de francs (510 millions d'euros). Les montants que devra verser l'Etat en plus ne sont en revanche toujours pas connus.

Ce mode de financement de l'indemnisation des victimes de l'amiante est plus approprié que le système actuel où, faute de réparation intégrale par la sécurité sociale, les victimes intentent des actions judiciaires devant les CIVI qui décident du versement d'indemnités réparatrices intégrales en cas de faute. Ces indemnités sont financées par le fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions, lui-même alimenté par un prélèvement additionnel sur les contrats d'assurance de biens. L'indemnisation des victimes de l'amiante doit incomber aux responsables, à savoir les employeurs qui ont exposé leurs salariés à l'amiante au travail.

Dans le cadre des orientations générales fixées par le conseil d'administration du fonds en matière d'indemnisation, le directeur arrêtera le montant de chaque offre individuelle. La procédure sera simple : lorsque la victime présente une maladie professionnelle reconnue liée à l'inhalation de poussières d'amiante, ou lorsqu'elle est atteinte d'une maladie figurant sur une liste fixée par arrêté (ce qui devrait être le cas de la très grande majorité des demandes), le lien entre le préjudice et l'exposition à l'amiante est présumé établi ; le fonds se limitera alors à évaluer intégralement les préjudices subis.

Le rapporteur souhaite bien évidemment que ce nouveau dispositif entre en application au plus vite, dans l'intérêt premier et immédiat des victimes de l'amiante.

examen du rapport par la commission

La commission a examiné le rapport de M. Claude Evin sur l'assurance maladie et les accidents du travail au cours de sa séance du mardi **16 octobre 2001**.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

M Jean-Luc Prél a déclaré douter de la volonté affichée du Gouvernement de placer le malade au cœur du système de soins, l'impression générale étant que le niveau de l'ONDAM pour 2002 avait plutôt été fixé de manière arbitraire par le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie. Après avoir déclaré partager l'appréciation du ministre délégué à la santé sur la bonne performance globale du système de santé français, il a précisé que ce système était néanmoins au bord de l'explosion. Il a fait ensuite les remarques suivantes :

- En ce qui concerne le secteur ambulatoire, les médecins, véritables boucs émissaires de la politique de santé, voient le système pénalisant des lettres-clefs flottantes maintenu, sans qu'aucune revalorisation des actes n'intervienne. Le projet de loi n'apporte aucune solution au problème lancinant de la démographie médicale.

- Dans le secteur hospitalier, les établissements dont l'activité augmente sont étranglés. Certains, comme les centres anticancéreux, sont mêmes parfois conduits à refuser des malades, ce qui est inadmissible. L'application de la loi portant réduction du temps de travail à 35 heures à l'hôpital au 1er janvier 2002 paraît impossible.

- Les cliniques privées, dont la rentabilité est très basse, vivent actuellement une situation très difficile ; elles ont récemment demandé une augmentation des crédits de 6 milliards afin de rémunérer correctement leur personnel. Le rapport annexé ne consacre pas une ligne à leur situation.

- L'industrie pharmaceutique traverse également de grandes difficultés. Il faudra former les médecins comme les pharmaciens aux effets de la prescription en dénomination commune internationale.

- Il est regrettable que le financement des actions de prévention ne soit pas mieux assuré. A cet égard, isoler une enveloppe dédiée au sein de l'ONDAM serait la meilleure solution. Le dépistage du cancer, particulièrement le cancer du sein, du colon et le cancer colo-rectal (15 000 décès **annuels**) devrait être l'objet d'une véritable promotion.

M. Yves Bur a fait les observations suivantes :

- On ne peut qu'être préoccupé par les perspectives d'application dans les hôpitaux de la réduction du temps de travail. Il est évident que les personnels ne parviendront pas à prendre à court terme les jours de réduction du temps de travail auxquels ils pourront prétendre. Des jours vont ainsi être capitalisés dans des comptes épargne-temps, ce qui ne fera que retarder dans le temps le problème posé.

- Les génériques devraient être mis en place pour un nombre limité de

médicaments, ce qui apparaît comme la seule façon efficace de dégager des économies importantes au bénéfice de l'assurance-maladie.

- On peut s'interroger sur la façon dont le plan de soins infirmiers (PSI) pour les infirmiers pourra être mis en place au début de 2002.

- Des conférences sont régulièrement réunies et permettent de larges concertations avec l'ensemble des professions de santé, mais on doit constater curieusement qu'aucune mesure concrète n'en résulte. Il est possible que le Gouvernement utilise sa faculté d'amender au cours des débats, ce qui est sans doute souhaitable, **même si une telle démarche** ne serait pas de bonne méthode.

M. Jean-Pierre Foucher a fait les remarques suivantes :

- Le fait qu'un rebasage dans le calcul de l'ONDAM s'avère nécessaire est tout à fait inquiétant, d'autant que ce rebasage équivaut à un doublement du taux de croissance de l'ONDAM précédemment voté.

- Certains se plaignent à juste titre de ce que les dépenses des soins de ville soient plombées par les médicaments ; cette situation est le résultat d'une absence de véritable politique en matière de médicament. L'examen du service médical rendu et l'élimination de certains médicaments, sur la base d'expertises menées par des médecins hospitaliers, conduit à demander aux médecins libéraux de prescrire des médicaments certes efficaces mais qui présentent le double inconvénient d'être d'une part onéreux et d'autre part susceptibles de provoquer des effets secondaires non désirables.

- On peut s'interroger sur les suites concrètes données à la création par la loi de financement pour 2001 du fonds de promotion de l'information médicale.

- A travers les versements imposés à la branche accidents du travail au nom de la sous-déclaration des maladies professionnelles et des **accidents du travail**, on asphyxie progressivement cette branche.

M. Pierre Hellier a fait les observations suivantes :

- Il est faux de dire que les personnels des hôpitaux vont prochainement passer aux trente-cinq heures. On sait d'ores et déjà que les postes qui seraient nécessaires à la mise en place de cette réduction du temps de travail ne seront pas pourvus.

- La réduction du temps de travail pèse lourdement sur le budget des maisons de retraite qui est en croissance puisque le prix d'une journée dans ces lieux d'accueil pour un pensionnaire a augmenté de trente francs.

- Il est urgent de mettre en place l'expérimentation de la tarification à la pathologie.

- Il est regrettable qu'en France, il soit plus intéressant d'un point de vue financier de déclarer un accident en accident de la route qu'en accident du travail. Ce constat doit appeler une réforme **des règles applicables** en matière d'accidents du travail.

M. Bernard Perrut a fait les observations suivantes :

- De très nombreux conseils d'administration des établissements de santé éprouvent actuellement de grandes difficultés à adopter leur budget du fait de déficits qui se creusent inexorablement. La situation semble d'autant plus préoccupante que le fait d'imposer les trente-cinq heures dans les hôpitaux ne sera pas de nature à en faciliter la gestion dans les mois à venir.

- Le système des comptes épargne-temps, qui est prévu pour permettre concrètement le passage à la nouvelle durée du travail, est un leurre : on sait bien qu'il sera impossible aux infirmiers de récupérer à terme les jours qu'ils vont ainsi accumuler sauf à dégrader de façon inacceptable la qualité du système de soins.

- Les écarts de salaires entre les cliniques privées et les établissements hospitaliers vont encore réduire l'attractivité des établissements privés. D'après les estimations des organisations professionnelles, une enveloppe de six milliards de francs serait nécessaire pour combler cet écart.

- Les infirmières libérales, installées notamment dans les zones rurales, atteignent souvent rapidement le quota des actes qu'elles sont autorisées à effectuer et se retrouvent en cours d'année dans l'impossibilité d'apporter les soins que leur réclament leurs patients.

- On peut s'interroger sur les moyens financiers qui sont **mobilisés en faveur de l'APA**, au détriment des départements.

M. Bernard Accoyer a tout d'abord souligné que l'hospitalisation devait être abordée dans son unicité. Il y a une inquiétude générale face à la mise en place des trente-cinq heures dont le retentissement est grand, tant sur l'hôpital public que dans le secteur privé. L'ensemble des établissements assure une même mission sanitaire qui ne peut donner lieu à des traitements distincts. Il existe à présent un véritable écart de droit entre secteur public et secteur privé. A travail égal, peut-il y avoir salaire inégal ? Le Gouvernement se doit donc de verser les 6,5 milliards de francs que demande l'hospitalisation privée. A cette situation s'ajoutent des transferts de soins croissants du public vers le privé, le premier n'arrivant plus à remplir ses missions. L'acharnement manifesté par le Gouvernement à l'encontre d'un secteur privé prétendument lucratif est pour le moins contestable.

On peut par ailleurs déplorer que rien ne soit prévu dans le présent projet de loi pour l'amélioration des soins dentaires, le développement de nouvelles molécules et le financement d'équipements lourds. Sur ce dernier point, l'effort de la France est aujourd'hui comparable à ceux fournis par des pays comme la Turquie ou la Grèce. Rien n'est fait non plus pour mettre fin aux lettres-clés flottantes.

Enfin, alors que l'industrie du médicament est tout à fait stratégique, le Gouvernement continue de la considérer comme une pompe à profits et se contente d'une croissance de ses moyens de 3 % quand dans l'ensemble des pays développés **la croissance de ce secteur est en moyenne de 8 % par an.**

M. Edouard Landrain a tout d'abord soulevé le problème des infirmières

libérales : peut-on les empêcher de travailler alors qu'elles sont déjà en nombre insuffisant ? Par ailleurs, l'hôpital constitue également un sujet de préoccupation majeure : on constate des fermetures de services, de lits ou d'étages alors que les urgences ne sont plus correctement assurées et qu'**elles sont fréquemment** renvoyées vers les grands hôpitaux.

M. René Couanau a relevé le caractère illusoire et décalé du débat. Ni les professionnels de santé ni les membres des conseils d'administration des établissements hospitaliers ne peuvent se reconnaître dans les propos du rapporteur, comme le montre l'exemple d'un hôpital de taille moyenne dont le budget est chaque année en déficit de 40 millions de francs, déficit couvert par les opérations de cavalerie. Ainsi, cet établissement a-t-il été contraint à un nouvel emprunt de trésorerie en octobre alors que l'Agence régionale de l'hospitalisation dispose d'une somme de dix millions de francs qu'elle se refuse à verser dans l'attente de la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens qu'elle retarde elle-même. Les hôpitaux ont à faire face à une réelle incurie de l'administration. Une véritable inquiétude se fait jour face à la tentation pour régler ces difficultés de réduire le nombre de lits et le volume des soins. Est-il admissible de devoir annoncer à un malade du cancer que le chimiothérapie qu'il a entamée ne pourra être menée à son terme ? Cette inquiétude est encore accrue par les incertitudes liées à la mise en place des trente-cinq heures dont on ne sait pas comment elles seront financées de même qu'on ne sait pas comment sera mis en place le compte-épargne temps. **L'inquiétude est donc forte** dans le public et dans le privé.

M. Jean-Michel Dubernard a souligné le caractère très théorique des orientations de la politique de santé publique. Il faudrait tout d'abord affirmer clairement la volonté de traiter les maladies chroniques. S'agissant par ailleurs des activités d'intérêt général, on ne peut parler de poursuite du développement des greffes alors qu'elles sont aujourd'hui à un niveau stagnant, bien en-deçà du seuil atteint en 1991. L'insuffisance des greffes fait aujourd'hui que des gens meurent et que d'autres vivent extrêmement mal. Les raisons de cette situation sont complexes mais elles tiennent en partie à la démotivation des personnels.

En ce qui concerne la distinction entre public et privé, force est de rappeler que le privé vit une période extrêmement difficile et que les 6,5 milliards de francs évoqués sont bien nécessaires. Toutefois, il ne faut pas s'y tromper, la tendance à l'œuvre dans le secteur privé est une tendance de fond : les regroupements et rachats d'établissements par des fonds souvent étrangers relèvent d'une logique de capital.

L'hôpital public peut, quant à lui, être comparé à un Titanic qui prend l'eau depuis l'instauration du budget global et va couler avec les trente-cinq heures. A Lyon, pour la première fois le conseil d'administration des hospices civils a refusé de voter le budget. Il devient aujourd'hui très difficile de traiter les malades, tandis que les dépenses de médicaments et d'équipements. Le droit premier du malade à un égal accès aux soins n'est plus assuré. On peut regretter que l'ordonnance de 1996, très consensuelle, n'ait été appliquée que de façon trop partielle : les centres de responsabilités auraient pu enrayer la **démotivation à laquelle on assiste**.

En réponse aux intervenants, M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a apporté les précisions suivantes :

- Le taux de progression de l'ONDAM sans rebasage serait de 6,5 %.

- La situation de l'hôpital n'est pas aussi sombre qu'il a été dit. L'ONDAM hospitalier progressera, hors réduction du temps de travail, de 3,6 % et les effectifs de 6 %. Les prévisions de la Fédération hospitalière de France aboutissaient à des taux respectifs de 3,7 % et de 7 %, ce qui n'est pas très éloigné. Certains hôpitaux n'ont effectivement pas adopté leur budget mais il faut préciser que la prise en compte de la réduction du temps de travail n'a pas à figurer dans le budget primitif. Il a d'ailleurs été demandé au Gouvernement des précisions concernant le montant de la dotation consacrée à la réduction du temps de travail.

- La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle avait prévu l'expérimentation d'une tarification à la pathologie qui permettra une meilleure harmonisation des moyens de l'hospitalisation privée et de l'hospitalisation publique. Il est souhaitable que cette expérimentation ait lieu le plus rapidement possible.

- L'ensemble du système conventionnel doit être repensé. La ministre s'y est attaché depuis un an et les discussions entreprises ont permis de formuler des propositions. Le Gouvernement présentera des amendements sur des mesures ponctuelles relatives à la médecine de ville mais aussi sur le système conventionnel lui-même.

- Concernant la politique du médicament, les décrets d'application du fonds de promotion de l'information médicale n'ont effectivement pas été pris. L'augmentation du coût des médicaments a été de 10 % en 2000 et devrait être de 7 % en 2001. Ces taux sont comparables à ceux des autres pays européens. Le taux K de 3 % ne concerne que les entreprises pharmaceutiques qui n'ont pas passé de convention avec le comité économique des produits de santé. Elles sont très minoritaires. En outre, les conventions autorisent effectivement des dépassements.

- La fixation du montant des enveloppes régionales détermine le taux de péréquation des disparités régionales et donc le rééquilibrage. Il a été demandé au ministre, comme chaque année, de fournir les montants par région.

ANALYSE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES à l'assurance maladie et
aux accidents du travail

TITRE III

Dispositions relatives aux dépenses et à la trésorerie

Section 1

Branche maladie

Article 10

(articles L. 5125-23 du code de la santé publique et L. 162-16 du code de la
sécurité sociale)

Prescription en dénomination commune internationale

Cet article vise à préciser les modalités de délivrance d'un médicament prescrit
sans dénomination de spécialité, mais sous une dénomination commune internationale,
dite DCI, de manière à faciliter ce type de prescription.

Actuellement, conformément à l'article R. 5000 du code de la santé publique,
les médicaments doivent être prescrits soit sous nom de fantaisie, soit sous
DCI. Dans ce dernier cas, la dénomination est assortie d'une marque ou
d'un nom de fabricant. La prescription en dénomination commune
internationale « pure », c'est à dire sans marque ou nom de fabricant, vise à
promouvoir la consommation de médicaments génériques et, in fine, à
mieux maîtriser la croissance des dépenses de médicaments.

1. La place du médicament générique progresse trop lentement en France

· Définition

Qu'est ce qu'un médicament générique ?

Aux termes du 5°) de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la «
spécialité générique d'une spécialité de référence » est une substance « *qui
a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même
forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de
référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées* ». Il
s'agit de « copies de molécules tombées dans le domaine public » selon le
rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2001.

Un groupe générique est constitué de deux ou trois médicaments de référence
et de génériques associés. Chaque médicament du groupe a le même principe actif, le
même dosage et la même forme pharmaceutique. L'agence française de sécurité
sanitaire des produits de santé tient le répertoire public des groupes génériques, qui
paraît au Journal officiel. Si le prix du générique est nettement inférieur au princeps

(son fabricant n'a pas à assurer les coûts de recherche et de développement), il comporte la même molécule et a les mêmes effets.

La CNAMTS a publié récemment la synthèse de son premier rapport GENERICAM, consacré aux données chiffrées sur les médicaments génériques remboursés par le régime général en 1999 et 2000.

- La part de marché des médicaments génériques reste encore trop faible

Les « taux de génériques » sont calculés à partir des montants présentés au remboursement ; ils représentent la part des médicaments génériques dans chaque groupe générique. Selon les données de l'étude GENERICAM, sur la période étudiée, et uniquement dans le champ du régime général, seul un quart des groupes génériques a un taux de génériques supérieur ou égal à 25 %. Il s'agit donc d'un marché très concentré.

La part de marché des médicaments génériques en valeur atteint 2,9 % en avril 2001, contre 1,8 % en 1998. Il s'agit d'une progression très lente. Malgré l'adoption d'une *série de mesures*, dont la réforme de la marge des officines (voir infra), l'objectif de doublement de la part de marché des génériques entre juin 1999 et juin 2000 n'a pas été atteint.

Selon l'étude GENERICAM, les médicaments génériques auraient pu permettre une économie de près de 0,76 milliards d'euros sur deux ans (rappel : selon les chiffres du dernier rapport sur les comptes de la sécurité sociale, les dépenses du champ de l'ONDAM sur l'année 2000 ont atteint 103 milliards d'euros).

- L'exemple du département de la Marne

La CNAMTS a rendu compte d'une expérience menée dans le département de la Marne, réalisée grâce à une coopération exemplaire entre les caisses et les syndicats de professionnels de la santé, dont les pharmaciens. Les données étaient régulièrement partagées entre tous les acteurs. Le taux de pénétration des génériques (rapport nombres d'unités de génériques remboursées sur le nombre d'unités du répertoire, c'est à dire princeps + génériques) est supérieur à 40 %. Comme le note le rapport de la Cour des comptes, la mobilisation des acteurs de la santé peut faire changer les mentalités des prescripteurs comme des patients.

A cet égard, la promotion de la prescription en dénomination commune internationale exigera une adaptation aux impératifs des méthodes modernes de commercialisation. Il est impératif que l'utilisateur apprenne à identifier facilement le médicament prescrit, alors qu'aujourd'hui le nom de fantaisie apparaît de manière plus lisible (police, taille des caractères) que la dénomination internationale. Un effort d'étiquetage, en concertation avec les **laboratoires et les pharmaciens**, devrait être entrepris.

2. Le dispositif proposé

Conformément à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique et au décret n° 99-486 du 11 juin 1999, le pharmacien peut déjà exercer un droit de substitution. Les

modalités de ce droit de substitution, auquel s'ajoute la possibilité de prescription en DCI créée par le présent article, sont fixées par le deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique. Il autorise le pharmacien à délivrer une spécialité autre que la spécialité prescrite, si le prescripteur ne l'a pas exclu formellement, et si les dispositions de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale relatives au mode de remboursement sont respectées. Un protocole additionnel signé le 28 avril 1999 entre l'Etat et les pharmaciens d'officine a prévu les modalités de la réforme de la marge des pharmaciens.

La politique de promotion de la prescription en DCI « sèche » a deux aspects : le volet sanitaire (respect des impératifs de santé publique et de protection des usagers) et le volet économique et social (impact final sur la dépense de médicament présentée au remboursement).

L'article vise à modifier le code **de la santé publique** (I) et le code de la sécurité sociale (II).

Le I modifie l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

Il précise que la délivrance par le pharmacien d'un médicament non conforme à la prescription nécessite l'« accord exprès et préalable » du prescripteur. On peut supposer que ce dernier devra donc mentionner son accord par écrit sur la feuille de prescription. Cette mention pourrait faire l'objet d'un code défini par les acteurs de santé concernés. Cette condition est toutefois levée en cas d'urgence, mais alors uniquement dans l'intérêt du malade.

Le pharmacien, lorsque le médecin prescrit un médicament sans dénomination de spécialité, c'est à dire en DCI, délivre une spécialité du groupe mentionné à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique (définition législative du groupe des génériques, voir supra). Le pharmacien doit alors se conformer aux dispositions de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale réglant les modalités de remboursement (voir infra).

Il ne s'agit pas d'une obligation : le prescripteur garde toujours la possibilité de prescrire sous un nom de marque. La possibilité de dénomination en DCI ôte au médecin la charge de choisir un fabricant (et donc, implicitement, de fixer un coût à sa prescription), et permet en outre d'éviter la confusion entre les noms de fantaisie (plus de 6500 contre 1700 dénominations communes internationales). Enfin, cela évite le traumatisme parfois vécu par les usagers, notamment par les personnes âgées, lorsque le pharmacien substitue un autre médicament à celui prescrit par le médecin.

Enfin, le pharmacien doit inscrire le nom de la spécialité délivrée lorsqu'il a délivré une spécialité au vu d'une prescription en DCI. C'était déjà le cas lorsqu'il exerçait son droit de substitution.

Le II modifie l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, qui fixe les modalités de remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments.

Il prévoit qu'en cas de délivrance d'une spécialité sur présentation d'une prescription sans dénomination de spécialité, l'écart entre le prix de la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère conforme à la prescription ne pourra excéder un montant déterminé par la convention mentionnée à l'article L. 162-16-1. Cette

convention nationale règle les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine pour une durée au plus égale à cinq ans. A défaut, ce montant est fixé par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget. Cette disposition vise à obliger le pharmacien à délivrer les produits génériques les moins coûteux ; elle est comparable à celle déjà adoptée pour le droit de substitution.

Le II prévoit également d'appliquer le mécanisme de sanction en cas de non-respect de la condition mentionnée plus haut et déjà applicable au droit de substitution accordé aux pharmaciens. Le pharmacien doit verser à l'organisme de prise en charge la somme correspondant à la dépense supplémentaire.

*

Article 11

(article L. 245-2 du code de la sécurité sociale)

Fixation du taux de la contribution applicable aux dépenses de promotion et d'information des laboratoires pharmaceutiques à l'intention des prescripteurs	Taux Droit existant	Taux Modification proposée
<p>Le présent article vise à modifier le taux de la contribution due par les laboratoires pharmaceutiques au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et mentionnée aux articles L. 245-1 et suivants du code de la sécurité sociale.</p> <p>L'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, modifié par le III de l'article 48 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, fixe le régime de cette contribution recouvrée par l'ACOSS au profit de la CNAMTS.</p> <p><i>L'assiette est</i> le montant des dépenses de « prospection et d'information ». Compte tenu de la croissance très dynamique du chiffre d'affaire de l'industrie pharmaceutique (donnée 2000 : + 8,9 % en 2000, 7,6 % prévu en 2001) et de son lien avec la dépense remboursée de médicaments, il a été créé une contribution sur les dépenses de publicité des laboratoires. Il s'agit des dépenses promotionnelles à l'intention des prescripteurs. Un abattement forfaitaire de 3 millions de francs s'applique sur l'assiette. Le cas échéant, d'autres abattements</p>		

tranches qui sont fonction du rapport entre d'une part l'assiette et d'autre part le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France. Plus le rapport est élevé, plus le taux est important.

Le présent article vise à augmenter les taux des tranches de l'assiette *de la contribution, comme le montre le tableau suivant* :

Part de l'assiette correspondant aux rapports « R » entre les charges de prospections et d'information et le chiffre d'affaires HT - suivants

R < 10 %
R = ou > à 10 % et < à 12 %
R = ou > à 12 % et < à 14 %
R = ou > à 14 %

9,5 %

15 %

18 %

21 % **10,5 %**

17 %

25 %

31 %

Il faut rappeler que, conformément à l'article L. 4002 du code de la santé publique (article 47 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), les ressources du fonds de promotion de l'information médicale et médico-sociale sont constituées par une fraction des ressources perçues au titre de cette contribution, dans la limite d'un plafond de 10 %.

*

Article 12

Fixation du taux de la contribution versée au titre de la clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaire des entreprises pharmaceutiques

Le taux « K » est le taux de progression annuelle du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique en officine de ville au-delà duquel une contribution est recouvrée par l'ACOSS. Le présent article fixe le taux à 3 %.

L'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale prévoit que les entreprises n'ayant pas conclu de convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) sont soumises à une contribution. Les entreprises conventionnées, elles, versent des remises de fin d'année à l'ACOSS, dont le montant total s'est élevée en 1999 à 838 millions de francs.

La contribution est due par les entreprises lorsque le chiffre d'affaires total hors taxes, réalisé au cours de l'année civile au titre des ventes de médicaments remboursables (inscrits sur la liste définie par l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale), s'est accru d'un pourcentage supérieur au taux de progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et celles de l'année précédente. Ce taux est appelé taux « K ». La répartition du montant de la contribution est fixé par l'article L. 138-11 du code de la sécurité sociale.

Le présent article fixe à 3 % le montant du taux « K », pour le calcul de la contribution due au titre de 2002. A titre de rappel, le taux de progression de l'ONDAM pour 2002, par rapport aux dépenses effectuées (estimations) en 2001, atteint 3,8 %. Calculé par rapport aux prévisions faites pour 2001 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, il serait bien plus élevé (de l'ordre de 6,2 %). Afin d'assurer le niveau de rendement attendu de la contribution, et compte tenu du dynamisme de la progression du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, il est donc apparu nécessaire de fixer un taux K spécifique, comme l'année dernière.

En effet, et pour les mêmes raisons, l'article 49 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 fixait également un taux spécifique et identique de 3 %.

L'institution de cette contribution est fondée par le dynamisme du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique (taux de croissance prévu en 2001 : 7,6 %), qui s'appuie en grande partie sur les mécanismes de remboursement de la dépense de médicament.

Pour l'exercice 1999 (recouvrement effectué en 2000), la contribution visée par l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale a concerné 27 entreprises, pour un montant total de 75 millions de francs.

Pour 2000 (recouvrement en 2001), le montant des remises conventionnelles devrait atteindre 274,4 millions d'euros (1,8 milliard de francs). Le rendement estimé de la contribution atteindrait 35 538 euros, soit 220 000 francs, en raison du petit nombre d'entreprises non-signataires.

*

Article 13

Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP)

Cet article fixe à 22,87 millions d'euros le montant de la dotation affectée en 2002 au **fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP)**.

? Textes applicables

Le VIII de l'article 33 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 (JO du 30 décembre) institue, pour une durée de cinq ans, à compter du 1er janvier 2000, un fonds géré *par la Caisse des dépôts et consignations (CDC)*, dénommé « fonds pour la modernisation des cliniques privées », destiné prioritairement à accompagner des opérations de modernisation et d'adaptation de l'offre de soins hospitaliers pour ce qui concerne les établissements de santé privés sous objectif quantifié national (OQN).

Les ressources du fonds, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le décret n° 2000-794 du 24 août 2000 précise les modalités de fonctionnement du fonds et notamment la nature des opérations éligibles (les opérations d'investissement concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers). Il précise également que le montant de la subvention allouée à chaque établissement ne peut excéder 50 % du montant total de l'opération considérée. A titre exceptionnel, ce fonds peut également financer des charges d'exploitation liées à la mise en œuvre d'opérations visant le développement des systèmes d'information de santé.

Il revient à l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) d'attribuer chaque année les subventions du fonds après avis du comité régional des contrats.

Ce décret précise également les modalités de répartition de la participation des différents régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds. Cette répartition est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget après avis de la commission prévue à l'article R. 174-1-4 du code de la sécurité sociale (commission nationale de répartition des charges des dotations globales hospitalières). Cette commission, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, comprend un représentant de chacun des régimes d'assurance maladie ayant une organisation financière propre. La répartition de la contribution est effectuée au prorata des dépenses d'assurance maladie supportées par chacun de ces régimes pour ces établissements au titre de l'exercice précédent.

Par ailleurs, ce décret pose l'obligation pour la CDC de produire un rapport annuel d'activité du fonds.

Enfin, les conditions de gestion du fonds par la CDC sont fixées par un arrêté du 26 mars 2001 pris pour l'**application de l'article 5 du décret du 24 août susmentionné**.

? Activité du FMCP en 2000 et 2001

- Activité du FMCP en 2000

Le montant du fonds a été fixé à 100 millions de francs par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. La répartition régionale du fonds a été notifiée aux ARH par circulaire du 11 septembre 2000. Cette répartition a été effectuée

comme suit :

- 90 millions de francs au prorata des dépenses réalisées au titre des établissements sous OQN pour chaque région en 1999 ;

- 10 millions de francs en fonction de la répartition géographique des établissements retenus dans le cadre de l'expérimentation PMSI en soins de suite et de réadaptation, cette expérimentation devant permettre notamment d'établir une échelle de coûts relatifs adaptée à cette activité.

Les agences régionales ont procédé au choix des opérations subventionnées et à l'engagement des crédits par le moyen d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens au cours du dernier trimestre 2000.

En ce qui concerne les crédits dédiés au financement de l'expérimentation PMSI, 80 % des crédits concernent des dépenses d'exploitation.

Les crédits d'investissement (correspondant aux 90 millions de francs) ont pour l'essentiel concerné les opérations suivantes :

- la mise aux normes et l'amélioration de la qualité et de la sécurité sanitaire (25 % au titre notamment des opérations d'investissement concernant la mise en œuvre d'activités d'accueil et de traitement des urgences ou de néonatalogie) ;

- la réorganisation de l'offre (43 % au titre notamment des opérations d'investissement concernant la réalisation d'opérations restructurantes de l'offre de soins et la mise en œuvre de coopérations inter-secteurs).

La participation de chacun des régimes au financement du fonds 2000 a été fixée par un arrêté du 20 décembre 2000.

Si l'ensemble des crédits alloués aux ARH au titre de l'année 2000 a été engagé et donné lieu à l'attribution de subventions aux établissements, aucun versement n'est intervenu en 2000. En effet, le décret du 24 août 2000 pris en application de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 prévoit que les subventions attribuées ne sont versées que sur présentation des factures acquittées par les établissements. S'agissant d'opérations d'investissement, le versement des crédits alloués peut donc s'échelonner sur plusieurs exercices. Au 31 décembre 2000, le solde comptable du fonds s'élevait ainsi à 87 627 040 francs correspondant aux sommes versées par les seuls régimes obligatoires d'assurance maladie ayant abondé le fonds en 2000 (régime général, régime des salariés agricoles, caisse nationale militaire de sécurité sociale, SNCF et caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes), les autres régimes ayant versé leur participation au fonds au cours du 1er trimestre 2001. Ce solde a été reporté sur l'année 2001.

En septembre 2001, selon les informations fournies par la CDC, 35 % des crédits alloués par les ARH au titre du fonds 2000 ont été *effectivement versés aux établissements bénéficiaires*.

<p>- Activité du FMCP en 2001 L'article 42 de la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 (JO du 24 décembre) fixe le</p>	<p><i>Répartition</i> du FMCP (en francs)</p>	<p>Répartition du FMCP (en euros)</p>
--	---	---

vieillesse, invalidité et maladie des cultes).

? Prévisions pour 2002

Le présent article propose de maintenir les ressources du Fonds au niveau atteint en 2001, soit 22 867 353 €, pour permettre aux établissements de faire face notamment aux investissements de renouvellement et de modernisation des équipements de stérilisation et de désinfection dans le cadre de la prévention de la contamination *par les agents transmissibles non conventionnels (ATNC)*.

*Répartition régionale du
FMCP 2001
Régions*

	Alsace	2 200 404335 449,48
	Aquitaine	9 775 2161 490 222,12
	Auvergne	3 147 114479 774,50
	Basse-Normandie	2 822 930430 352,95
	Bourgogne	3 665 865558 857,51
	Bretagne	5 807 577885 359,44
	Centre	5 869 270894 764,50
	Champagne-Ardenne	2 926 072446 076,84
	Corse	1 136 368173 238,22
	Franche-Comté	1 527 653232 889,26
	Haute-Normandie	3 266 166497 923,81
	Ile-de-France	29 088 0974 434 451,74
	Languedoc-Roussillon	9 683 2101 476 195,81

	Limousin	1 421 634 216 726,73
	Lorraine	4 011 026 611 477,03
	Midi-Pyrénées	9 090 765 1 385 878,17
	Nord-Pas-de-Calais	8 520 494 1 298 940,90
	PACA	18 849 194 2 873 541,10
	Pays-de-la-Loire	6 620 176 1 009 239,27
	Picardie	2 323 876 354 272,66
	Poitou-Charentes	3 019 671 460 345,89
	Rhône-Alpes	12 407 035 1 891 440,30
	Guadeloupe	871 209 132 814,88
	Martinique	521 549 79 509,65
	Guyane	119 890 18 277,18

Réunion 1 307 536 199 332,65 France entière 150 000 000 22 867 352,59

	*	Report à nouveau	Recettes	Dépenses (*)
	<p>Article 14</p> <p>Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES)</p> <p>Cet article fixe à 45,73 millions d'euros (300 millions de francs) le montant de la dotation affectée en 2002 au fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES).</p> <p>Le protocole d'accord du 14 mars 2000 avait prévu de remplacer le dispositif</p>			

de financement
de la sécurité
sociale pour
1998 pour une
durée de cinq
ans à compter
du 1^{er} janvier
1998, par un
fonds de
modernisation
sociale des
établissements
de santé
(FMES)
répondant
mieux aux
exigences de
l'adaptation du
dispositif
hospitalier, et
cette
substitution est
intervenue dans
le cadre de
l'article 40 de
la loi n°
2000-1257 du
23 décembre
2000 de
financement de
la sécurité
sociale pour
2001 (J.O. du
24 décembre
2000). Ce fonds
– dont la
gestion reste
confiée à la
Caisse des
dépôts et
consignations –
reprendra à son
compte
l'ensemble des
missions
dévolues au
FASMO dès
que le décret
d'application
prévu au V de
cet article,

actuellement en
cours
d'élaboration et
transposant au
second les
règles de
fonctionnement
élaborées pour
le premier, aura
été publié.

Légale
ment créé à la
date du 1er
janvier 1998, le
FASMO est
devenu effectif
lors du premier
versement de
fonds en
application du
décret n°
98-1223 du 29
décembre 1998
fixant le
montant de la
contribution au
fonds
d'accompagne
ment social
pour la
modernisation
des
établissements
de santé pour
1998 et sa
répartition entre
les régimes
obligatoires
d'assurance
maladie et son
fonctionnement
est assuré sans
rupture depuis
cette date.

En application
du protocole du
14 mars 2000,
la loi de
financement de
la sécurité

sociale pour
2001 a fixé à
300 millions de
francs (45,7 μ
illions d'euros)
la dotation du
fonds pour cette
année.

·Activité
du FMES en 1999,
2000 et 2001

Solde		1999		45 734 705,17 € (300 000 000 F)
1 816 424,55 € (11 914 964 F)	43 918 280,62 € (288 085 036 F)2000	43 918 280,62 € (288 085 036 F)	106 714 312,07 € (700 000 000 F)	19 194 227,37 € (125 905 878 F)
131 438 365,30 € (862 179 158 F)		2001 (à la date du 31/7/01)	131 438 365,30 € (862 179 158 F)	
57 294 116,23 € (375 824 766 F)	74 144 249,07 € (486 354 392 F)			

TOTAL 152 449 017,24 €

(1 000 000 000 F)78 304 768,15 €
(513 645 608 F)144 614 249,10 €

(486 354 392 F)		<p>(*) Les dépenses mentionnées dans cette colonne concernent uniquement les aides versées par le fonds au titre des diverses aides prévues réglementairement. Elles ne comprennent pas les dépenses liées à la gestion du fonds qui représentent, pour 1999 et 2000, un total de 321 250,63 euros (2 107 266 francs). Il est à noter que les 700 millions de francs versés en 2000 avaient pour but de porter, conformément</p>	Dépenses au 31/12/1999	Dépenses du 1/1 au 31/12/2000
-----------------	--	--	-------------------------------	--------------------------------------

établissements
de santé.
Ces crédits
n'ayant pas le
caractère de
recettes
budgétaires
annuelles, le
solde comptable
est de fait
chaque année
reporté sur
l'exercice
suivant. La loi a
prévu que, à sa
création, le
FMES
bénéficiera du
solde des crédits
disponibles du
FASMO. Le
passage du
FASMO au
FMES se fera
incessamment
dans le cadre du
décret
actuellement en
cours de
préparation.
Compte tenu de
la date
d'intervention du
dispositif
réglementaire en
décembre 1998
et de celle du
versement des
crédits au
FASMO au
début 1999, les
premières
demandes
d'aides ne sont
intervenues qu'à
partir du
deuxième
trimestre de
l'année 1999.
Après cette
phase de

démarrage, le
fonds a connu
un
développement
rapide avec un
taux de
croissance des
dépenses
cumulées de 25
% par mois en
moyenne en
2000 et de 9 %
par mois en
moyenne sur le
premier tiers de
l'année 2001.

En ce qui
concerne, enfin,
le financement
des contrats
d'amélioration
des conditions
de travail dans
les
établissements
de santé, les
fonds
immobilisés fin
2000 ont
commencé à être
consommés par
les
établissements
dès le début de
l'année 2001, et
la dépense
atteignait, au 31
juillet, 73,8 %
des 400 millions
de francs alloués
à ce poste.

A
l'exception des
montants
affectés au
financement des
contrats locaux
d'amélioration
des conditions
de travail (400
millions de

francs) des établissements de santé qui ont été répartis entre les régions au prorata des effectifs de personnel en équivalent-temps-plein, et de ceux (400 millions de francs) qui l'ont été pour le financement des projets sociaux des établissements de santé et qui, eux, ont été répartis au prorata des dotations cibles régionales, les autres crédits du fonds ne donnent pas lieu à une répartition a priori par région.

Le tableau ci-après retrace l'évolution année par année des dépenses du fonds par type de *prestation (dépenses de gestion du fonds non comprises)* :

		Type de prestation		
Dépenses du 1/1 au 31/07/2001	Total	Cellules d'accompagnement social	73 429,66 € (481 667 F)	707 794,41 € (4 642 827 F)
385 734,58 € (2 530 253 F)	1 166 958,66 € (7 654 747 F)	Remboursement du différentiel de rémunération	36 976,81 € (242 552 F)	135 132,03 € (886 408 F)

153 221,63 € (1 005 068 F)	325 330,47 € (2 134 028 F)	Indemnités de mobilité et de déménagement	580 788,98 € (3 809 726 F)	750 531,06 € (4 923 161 F)
127 371,31 € (835 501 F)	1 458 691,35 € (9 568 388 F)	Indemnité de départ volontaire	1 065 156,86 € (6 986 971 F)	15 582 671,73 € (102 215 626 F)
10 989 511,66 € (72 086 471 F)	27 637 340,25 € (181 289 068 F)	Actions de conversion	60 072,23 € (394 048 F)	2 018 098,14 € (13 237 856 F)
648 125,11 € (4 251 422 F)	2 726 295,47 € (17 883 326 F)	Total des aides individuelles	1 816 424,55 € (11 914 964 F)	19 194 227,37 € (125 905 878 F)
12 303 964,28 € (80 708 715 F)	33 314 616,20 € (218 529 557 F)		Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail	
	44 990 151,95 € (295 116 051 F) 44 990 151,95 € (295 116 051 F) Total FMES			

1 816 424,55 €

(11 914 964 F)19 194 227,37 €

(125 905 878 F)57 294 116,23 €

(375 824 766 F)78 304 768,15 €

(513 645 608 F)Article 15

(article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

Cet article détermine les ressources ainsi que le montant maximal des dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et en modifie le dispositif.

Ce fonds a été créé pour cinq ans, à partir du 1er janvier 1999, par l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999. Son régime juridique a été précisé par le décret n° 99-940 du 12 novembre 1999 et modifié par la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Le fonds doit apporter un soutien financier aux mutations de l'exercice de la médecine ambulatoire. A cette fin, il distribue des aides destinées à l'amélioration de la

qualité et de la coordination des soins de ville, aides attribuées à des professionnels de santé, médecins et auxiliaires médicaux, individuellement ou collectivement, au sein d'un réseau de soins ou de tout autre groupement de professionnels de santé exerçant en ville. Ces aides peuvent également concerner le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins. 80 % des dépenses du fonds doivent concerner des actions régionales.

Le fonds est créé au sein de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) par les contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie. Il est géré par un comité national de gestion placé au sein de la CNAMTS et par des comités régionaux au sein des unions régionales des caisses d'assurance-maladie (URCAM). La gestion de ce fonds est confiée à des instances paritaires.

Le premier alinéa du I de l'article fixe le montant maximal des dépenses du fonds pour 2002 à 106,72 millions d'euros, soit 700 millions de francs, montant identique au niveau fixé par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Le deuxième alinéa fixe le montant des ressources du fonds. Ces ressources étant constituées par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie, il incombe à la loi de financement de la sécurité sociale de fixer chaque année ce montant.

En raison de retards dans l'engagement de dépenses, ce qui avait réduit le besoin du financement du fonds pour 2001, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 n'avait pas fixé le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie ce que le rapporteur avait regretté, l'an dernier. Selon le rapport national du fonds pour l'année 2000, le taux de consommation des crédits pour 2000 s'est monté à 38,8 % (sur 500 millions de francs).

Le présent article fixe le montant de la dotation à 76,23 millions d'euros, soit 500 millions de francs.

Selon les informations communiquées par le Gouvernement, cette dotation, ajoutée aux reports de crédits, permettra de faire face aux dépenses.

Le II modifie l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Le 1° prévoit que les frais de gestion du fonds seront supportés par celui-ci, et non plus par le fonds national de gestion administrative de la CNAMTS. Ces frais concernent notamment l'indemnisation des participants aux instances et des frais de communication. Cette modification a deux justifications : d'une part, les avantages du FAQSV profitent à tous les régimes d'assurance maladie ; d'autre part, cette mesure permettra de tirer un vrai bilan coûts/avantages de l'expérimentation.

Le 2° et le 3° permettent de rallonger l'expérimentation du fonds de trois ans (de cinq à huit ans). Son bilan devra être établi avant le 30 juin 2005, permettant au Gouvernement et au Parlement d'en tirer les conséquences pour l'élaboration de loi de financement de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

*

Article 16

(articles L. 174-5 et L. 174-6 du code de la sécurité sociale, 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001)

Mesures de tarification liées à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Cet article rétablit la base légale permettant la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de soins dans les unités de soins de longue durée. En second lieu il assouplit le dispositif de tarification transitoire applicable aux établissements hébergeant des personnes âgées et il précise la compétence tarifaire du président du conseil général pour les dépenses d'hébergement des établissements habilités à l'aide sociale. Enfin, il corrige une petite malfaçon de la loi du 20 juillet 2001 qui a créé l'allocation personnalisée d'autonomie.

1. Rappel des modalités de l'encadrement des dépenses du secteur médico-social

De façon liminaire, quelques éléments relatifs à l'encadrement des dépenses du secteur médico-social peuvent être évoqués.

L'article 33 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 relative au financement de la sécurité sociale en 1999 a introduit la notion d'opposabilité de l'objectif des dépenses d'assurance maladie pour le financement des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés relevant de la loi du 30 juin 1975. En application de cette disposition, l'objectif des dépenses d'assurance maladie sert de base à la fixation du montant total des dépenses des établissements médico-sociaux pris en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits et prix de journée.

Ce montant total annuel est ensuite réparti en dotations régionales limitatives, en distinguant deux principaux secteurs d'activité : celui des personnes âgées et celui des personnes handicapées. L'allocation des ressources aux établissements et services est ensuite fixée par le préfet dans la limite de ces enveloppes limitatives.

Dans le secteur des personnes âgées, ces dispositions sont mises en œuvre dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Les décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999, modifiées par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001, relatifs à la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, ont fixé les critères de comparaison entre établissements pour parvenir à une convergence tarifaire. Ces indicateurs socio-économiques, ainsi que des critères de qualité définis par un cahier des charges, doivent permettre aux autorités de tarification de comparer le niveau des prestations délivrés par les établissements et d'assurer ainsi une répartition plus efficace des ressources. Un projet de décret relatif aux services de soins infirmiers à domicile, actuellement soumis à la concertation, prévoit également la définition de critères d'allocation de ressources.

La mise en œuvre pratique et opérationnelle de l'encadrement des dépenses nécessite en effet la définition d'indicateurs économiques permettant une comparaison entre établissements, par catégories homogènes, afin d'attribuer des ressources équivalentes aux établissements accueillant des publics similaires. Ces critères doivent être fixés par voie réglementaire, pour être opposables aux gestionnaires d'établissement, dans le cadre des enveloppes limitatives.

Il s'agit, comme le prévoit l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles, de tendre, à partir de critères opposables aux établissements à une plus grande homogénéité du rapport entre la qualité et le coût du service aux personnes dans les mêmes types de structures et par la même à une meilleure régulation des dépenses, dans le cadre des enveloppes limitatives.

Depuis plusieurs années, le secteur médico-social connaît une phase d'expansion et de mutation, liée à l'évolution quantitative et qualitative des besoins de la population et à la diversification des interventions sociales et médico-sociales. En 2001 le secteur médico-social dispose de 24 500 établissements correspondant à plus d'un million de lits ou places et employant plus de 400 000 salariés. Son financement représente 50 milliards de francs (7,63 milliards d'euros) pour l'assurance maladie, au sein de l'ONDAM, pour l'année 2001.

Cette expansion du secteur médico-social se traduit, pour la part financée par l'assurance maladie, par des taux d'évolution annuels de l'ONDAM médico-social supérieurs, ces dernières années, à ceux de l'ONDAM global, notamment en ce qui concerne le secteur des personnes âgées (+ 3,15 % en 1998, + 3,72 % en 1999, + 4,94 % en 2000 et + 5,8 % en 2001).

L'évolution de l'objectif de dépenses de l'assurance maladie tient compte notamment de la mise en œuvre de plusieurs plans pluriannuels de création de places et de structures. Dans le secteur des personnes âgées, pour concourir au maintien à leur domicile des personnes âgées, un plan pluriannuel de création de services de soins infirmiers à domicile est mis en œuvre depuis plusieurs années : en 2001, le rythme de création est passé de 2 000 à 4 000 places nouvelles par an. En ce qui concerne l'hébergement des personnes âgées, la réforme de la tarification des établissements engagée depuis l'année 2000 se traduit par un plan sur cinq ans (2001/2005) portant sur la médicalisation des établissements, valorisé à hauteur de 6 milliards de francs (914 millions d'euros).

L'objectif des dépenses d'assurance maladie conduit à la détermination corrélative d'un montant total annuel des dépenses encadrées des établissements du secteur médico-social. Le respect de l'objectif de dépenses d'assurance maladie du secteur médico-social est assuré par son opposabilité aux établissements et services relevant de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, notion introduite par l'article 33 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 relative au financement de la sécurité sociale pour 1999. Le montant total annuel des dépenses encadrées est réparti en dotations régionales limitatives, pour le secteur des établissements pour personnes âgées d'une part, et pour le secteur des établissements accueillant des personnes handicapées d'autre part.

Pour ce qui concerne les établissements et les structures pour personnes âgées, la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001) fixe des indicateurs économiques permettant la mise en œuvre de la convergence tarifaire entre établissements de même nature et des critères opposables aux demandes des établissements jugées abusives par les autorités de tarification, dans le cadre de la procédure budgétaire. L'objectif de cette réforme est d'améliorer les conditions d'accueil des personnes âgées dans les établissements par une meilleure prise en compte de leur état de dépendance et un effort de médicalisation des établissements dans un cadre réglementaire. Ainsi, il a été retenu :

- une clarification de la répartition des charges entre les financeurs : résidents, départements (par l'aide sociale à l'hébergement et à compter de 2002, par l'allocation personnalisée à l'autonomie) et assurance maladie ;
- une tarification modulée en fonction de l'état de dépendance des personnes ;
- un meilleur encadrement des dépenses de l'assurance maladie qui se traduit, d'une part par l'intégration d'une partie des actes et prescriptions effectués jusqu'à présent en « libéral », dans les tarifs soins des établissements et d'autre part, par la mise en place d'un financement par dotations globales et l'instauration de caisses-pivot.

Un élément supplémentaire de clarification a été, par ailleurs, apporté par l'article 10 de la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie et à l'allocation personnalisée d'autonomie des personnes âgées, qui a instauré dans le secteur médico-social, le principe de « l'autorité de tarification unique », plaçant sous la responsabilité du représentant de l'Etat la compétence tarifaire pour l'assurance maladie sur l'ensemble des établissements.

En outre, la coopération entre les autorités compétentes sera formalisée par la signature d'une convention pluriannuelle entre le préfet et le président du conseil général définissant les objectifs de satisfaction des besoins et les moyens pour les atteindre et par la mise en place d'un système d'information commun entre l'Etat, les départements et les organismes d'assurance maladie.

2. La prise en charge des dépenses afférentes aux soins dans les unités de soins de longue durée

Le I de cet article réécrit, dans le chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, la section 2 intitulée «Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour» qui comprend deux articles L. 174-5 et L. 174-6.

Le VI de l'article 10 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 qui entrera en vigueur le 1er janvier 2002 a abrogé les articles L. 6116-1 à L. 6116-3 du code de la santé publique. Ceci a eu pour effet de supprimer la base légale de la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins dans les unités ou centres de soins de longue durée (USLD). Ces soins représentent en 2001 plus de 1,2 milliards d'euros (8 milliards de francs).

De fait, dans leur rédaction actuelle, les articles L. 174-5 et L. 174-6 précités, qui portent sur les dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés au sein des USLD, renvoient aux articles L. 6116-1 à L. 6116-3 du code de la santé publique.

Le présent article propose donc de rétablir la base légale en réécrivant les articles L. 174-5 et L. 174-6 du code de la sécurité sociale de telle sorte qu'ils reprennent l'essentiel des dispositions malencontreusement abrogées du **code de la santé publique**.

A cet effet, le premier alinéa de l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale désigne l'autorité compétente pour fixer le montant des dépenses de soins prises en charge par l'assurance maladie dans les USLD mentionnées au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. Les établissements visés par l'article L. 6111-2 suscités sont les établissements de santé, publics ou privés, qui ont pour objet de dispenser des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. C'est donc, aux termes de cet alinéa, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation qui fixe le montant des dépenses concernées après avis du président du conseil général.

Le deuxième alinéa de cet article prévoit la prise en charge, par les régimes d'assurance maladie ou par l'aide médicale de l'Etat, des dépenses de soins délivrés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les USLD mentionnées au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. Il est précisé que les modalités de ces prises en charges sont fixées par voie réglementaire.

L'aide médicale d'Etat prend en charge les soins médicaux dispensés aux personnes qui ne sont pas assurées sociales, en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. Il s'agit, à titre principal, des personnes ne résidant pas en France de façon stable et régulière et dont les ressources ne dépassent pas un plafond déterminé en fonction de la composition du foyer et du nombre de personnes à charge ainsi que des personnes à leur charge au sens du code de la sécurité sociale

La dernière phrase du présent alinéa précise que le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans l'ONDAM défini à l'article L. 174-1-1. Cela ne saurait surprendre puisque, comme il a été rappelé supra, ces **dépenses font l'objet** d'un encadrement.

Le premier alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale prévoit la prise en charge des dépenses d'assurance maladie par une « caisse-pivot ». Les sommes dues au titre des dépenses prises en charges par l'assurance maladie sont versées à l'établissement ou au service, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implantée l'USLD concernée. Il est indiqué que, le cas échéant, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans l'USLD concernée, le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.

Le deuxième alinéa prévoit le dispositif de répartition des charges entre les

différents régimes d'assurance maladie. Les sommes versées aux USLD pour le compte des différents régimes sont réparties, après accord entre tous les régimes ayant une organisation propre. A défaut de cet accord, c'est un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale qui fixe cette répartition.

Le troisième alinéa de cet article renvoie à un décret en Conseil d'Etat le soin de déterminer les modalités d'application de ces dispositions.

3. La tarification des établissements hébergeant les personnes âgées

Le II de cet article modifie 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 (APA).

Dans son état actuel, cet article prévoit des dispositions transitoires. Les établissements soumis au conventionnement mais non signataires d'une convention tripartite pluriannuelle perçoivent, jusqu'à la date de prise d'effet de la convention et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2003 :

1° Un forfait global de soins correspondant au montant global des forfaits de soins attribués par l'autorité compétente de l'Etat au titre de l'exercice 2001 ;

2° Des tarifs journaliers afférents à la dépendance dont les montants sont fixés par le président du conseil général en application du 2° de l'article L. 315-1 du même code de l'action sociale et des familles ;

3° Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement calculés en prenant en compte les produits mentionnés au 1° et au 2°.

En application de l'article L. 232-8 du même code, l'allocation personnalisée d'autonomie accordée à une personne hébergée dans un établissement dont les tarifs et le forfait global sont fixés conformément aux dispositions du présent article est égale au montant des tarifs mentionnés au 2° diminués de la participation du bénéficiaire de cette allocation.

Le 1° du II du présent article assouplit en le complétant, pour la part afférente aux soins, le dispositif de tarification transitoire applicable aux établissements relevant de l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001.

A cet effet, il modifie le 1° dudit article 5 qui prévoit que le financement de l'assurance maladie est limité à la somme des forfaits de soins attribués en 2001.

Cependant, en 2002, ces établissements devront supporter les augmentations générales de traitement, les mesures catégorielles et l'incidence de la réduction du temps de travail. La modification proposée permet de faire évoluer la contribution de l'assurance maladie d'un taux d'évolution fixé par arrêté ministériel tenant également compte de ces dépenses nouvelles de personnel. Le texte spécifie bien qu'il s'agit de financer la seule augmentation des dépenses résultant exclusivement de la mise en place des mesures générales portant sur les salaires, le statut ou le temps de travail des personnels pris en charge par l'assurance maladie. Le taux d'évolution peut être

différencié en fonction de l'incidence de ces mesures sur les différentes catégories d'établissements.

Par ailleurs, il est précisé dans le même 1° de l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 que le forfait global de soins correspondant au montant global des forfaits de soins attribués par l'autorité compétente de l'Etat au titre de l'exercice 2001 se voit revalorisé chaque année dans la limite d'un taux d'évolution fixé dans les conditions mentionnées au paragraphe précédent, en fonction de l'ONDAM voté par le Parlement. Il s'agit de réparer une erreur commise lors de la discussion du projet de loi portant création de l'APA, le taux d'évolution des dépenses **concernées** dans le cadre de l'ONDAM ayant été oublié.

Le 2° du II de cet article complète le 3° de l'article 5 de la loi précitée du 20 juillet 2001.

Il s'agit de réparer une omission commise à l'occasion de la discussion de ce projet de loi en précisant que les tarifs journaliers afférents à l'hébergement sont fixés par le président du conseil général, dans les établissements habilités à l'aide sociale.

4. Les **ressources** prises en compte pour l'attribution de l'APA

Le III de cet article tend à harmoniser les ressources prise en compte pour la détermination de la participation des bénéficiaires de l'APA selon qu'ils vivent à domicile ou qu'ils sont hébergés en établissement.

A cette fin il modifie l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles.

*Cet article dispose notamment que « La participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est calculée en fonction de ses ressources, déterminées dans les conditions fixées aux articles L. 132-1 et L. 132-2 ainsi qu'au deuxième alinéa de l'**article L. 232-4, selon un barème national revalorisé au 1er janvier de chaque année comme les pensions aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale.***

L'article L. 132-1 dispose qu'il est tenu compte, pour l'appréciation des ressources des postulants à l'aide sociale, des revenus professionnels et autres et de la valeur en capital des biens non productifs de revenu, qui est évaluée dans des conditions fixées par voie réglementaire.

L'article L. 132-2 dispose que la retraite du combattant et les pensions attachées aux distinctions honorifiques n'entrent pas en ligne de compte dans le calcul des ressources des postulants à l'aide sociale.

La modification proposée consiste à remplacer, dans cet article la référence au deuxième alinéa de l'article L. 232-4 par la référence au troisième alinéa de ce même article qui concerne les revenus pris en compte pour le calcul de la participation à l'APA des personnes vivant à domicile.

Ce troisième alinéa prévoit que : « ne sont pas pris en compte, pour le calcul des ressources de l'intéressé, les concours financiers apportés par les enfants pour les prises en charge nécessitées par la perte d'autonomie de leurs parents, ainsi que certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire ».

Ainsi, il s'agit d'intégrer la non-prise en compte de ces derniers revenus au calcul des revenus des personnes hébergées en établissement.

*

Article 17

(ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'article L. 792 du code de la santé publique)

Réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière

Le présent article modifie l'ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans la fonction publique hospitalière afin de tenir compte de la réduction du temps de travail de l'ensemble de la fonction publique au 1er janvier 2002.

L'intervention du législateur est nécessaire pour la fonction publique hospitalière dans la mesure où c'est la seule fonction publique dont la durée de travail est fixée par la loi (ordonnance de 1982). Pour la fonction publique territoriale, la durée du travail n'est précisée par aucun texte. Pour la fonction publique d'Etat, la durée régissant la durée du travail est le décret n° 94-725 du 24 août 1994. Le décret n° 2000-815 du 25 août 2000 a fixé le passage aux trente-cinq heures au 1er janvier 2002 pour la fonction publique d'Etat.

L'article 1er nouvellement rédigé ne fixe pas cependant – comme le décret du 25 août 2000 – la durée hebdomadaire à trente-cinq heures. *L'article 1er dans la nouvelle rédaction dispose que « le temps de travail des agents (...) est réduit dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».*

Le décret reprendra les dispositions du protocole de cadrage national signé le 27 septembre 2001 signé par Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité et quatre **organisations syndicales** (CFDT, UNSA, SNCH, CFE-CGC)

? Le 1° de cet article réécrit l'article 1er de l'ordonnance susmentionnée qui fixe la durée hebdomadaire du *travail à trente-neuf heures*.

*L'article 1er précise que « le décret fixe également les règles relatives à l'organisation du travail en tenant compte de **la spécificité des missions exercées par ces établissements.** »*

Il s'agit donc de tenir compte des caractéristiques du travail dans les établissements hospitaliers, c'est à dire un service continu de 24 h sur 24 h dans des conditions d'efficacité et	Texte actuel de l'ordonnance	Protocole de cadrage national

quotidienne de travail. La durée quotidienne maximale de travail est différente pour les équipes de jour et les équipes de nuit (9 heures ou 10 heures).

L'amplitude de la journée de travail ne peut excéder 10 h 30, ni réduire à moins de 12 heures la durée de repos ininterrompue entre deux journées travaillées.

- les articles 3 et 5 prévoient un service de permanence lorsque la continuité du service l'exige. Le décret fixant les conditions d'application de cet article a précisé qu'après avis du comité technique paritaire et sauf nécessité de service, la fréquence de ces permanences ne peut excéder une nuit par semaine et un dimanche ou un jour férié par

mois.

- l'article 4 fixe le contingent d'heures supplémentaires à vingt heures par mois, donnant droit soit à compensation horaire d'égale durée, soit à rémunération qui varie en fonction de l'indice de l'agent et de la période pendant laquelle ces heures supplémentaires sont effectuées. L'arrêté du 14 juin 1973 limite le paiement des heures supplémentaires aux seuls agents dont l'indice de rémunération n'est pas supérieur à l'indice brut 390. Toutefois, des dérogations sont prévues par circulaires pour certaines personnels soignants et de la filière ouvrière.
- l'article 6 prévoit les jours de congés : le travail s'effectue sur une période de 14 jours comprenant 4

jours de repos
dont 1
hebdomadaire,
2 d'entre eux
devront être
consécutifs
(système de la
quatorzaine).
- l'article 7
dispose que
l'aménagement
et la répartition
des horaires de
travail sont
fixés après avis
des instances
paritaires, par le
règlement
intérieur de
chaque
établissement
compte tenu de
la nécessité
d'assurer la
continuité des
soins des
dimanches et
jours fériés ou
pendant la nuit.
Dans ce dernier
cas, il peut être
dérogé selon la
même
procédure aux
horaires de
travail.
L'ordonnance
de 1982 ne
comprenant que
sept articles,
l'abrogation des
articles 2 à 7
aboutit à ce que
celle-ci est
réduite à
l'article 1er qui
renvoie les
modalités
précises de
durée et d'organisation de

travail à un décret en Conseil d'Etat (cf. 1°). Le temps de travail de la fonction publique hospitalière ainsi que les règles relatives à l'organisation du travail seront donc fixés par voie réglementaire (décret en Conseil d'Etat et décrets simples d'application).

Articles

	<p>Art. 1erDurée légale 39 heures par semaine (champ précisé par l'art. 1er du décret de 1962)</p> <p>La durée de travail effectif est fixée à trente-cinq heures par semaine dans les 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.</p> <p>Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 600 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées.</p> <p>Cette durée est réduite par décret pour les agents soumis à des sujétions spécifiques à ces établissements.</p> <p>Art. 2Durée quotidienne maximale 9 heures en jour et 10 heures en nuit ;</p> <p>En cas de journée discontinue amplitude maximale 10 h 30</p> <p>Durée de repos ininterrompu entre deux journées de travail minimum 12 heures (complété par l'art.3 du décret de 1982)</p>	<p>Dispositions inchangées et conservées</p> <p>Dispositions inchangées et conservées</p> <p>Dispositions inchangées et conservées</p>
	<p>Art. 3</p>	<p>Permanences et astreintes (décret FPH jamais pris depuis 1982)</p>

<p>Réexamen des permanences dans l'établissement pour intégration dans le temps de travail effectif. Décret sur les astreintes intégré dans le cadrage national et fixation d'un plafond de 72 h par quinzaine.</p>		<p>Art. 4</p>
<p>Heures supplémentaires dans la limite de 20 heures par mois et par agent, donnant droit soit à compensation soit à rémunération supplémentaire 15 h supplémentaires/mois/agent au 1/1/2005 et 10 h supplémentaires/mois au 1/1/2006.</p>		<p>Art. 5</p>
<p>Permanence dans l'hôpital : modalités de compensation du temps de travail non effectif (décret non pris) Dispositions caduques (cf. art. 3) ; toute la permanence sur place devient du temps de travail effectif. Art. 6 Repos hebdomadaires : 4 pour 2 semaines, deux d'entre eux au moins devant être consécutifs Dispositions améliorées ; les 2 jours consécutifs comprendront 1 dimanche de repos/quinzaine.</p>		

Art. 7 Dérogation aux horaires quotidiens de travail après avis CTP

Horaires variables (décret non pris)	<p>Disposition inchangée et conservée</p> <p>Définition et modalités des horaires variables inscrites dans le cadrage national.</p>
	<p>Ont été introduites dans le protocole de cadrage national des dispositions n'existant pas dans l'ordonnance de 1982 et renforçant les garanties données aux agents de la fonction publique hospitalière, par cohérence avec le code du travail et l'ensemble de la fonction publique.</p> <p>Thèmes absents de l'ordonnance de 1982</p>
Protocole de cadrage national	
Définition du temps de travail effectif (TTE)	<p>Définition reprise du code du travail</p> <p>Incidence sur le temps de repas et de pause : maintien du repas thérapeutique en psychiatrie dans le TTE (temps de travail effectif)</p> <p>Maintien du temps d'habillage et de déshabillage dans le temps de travail dans le TTE</p>
Durée hebdomadaire maximale	48 heures par période de 7 jours (heures supplémentaires comprises)
Repos hebdomadaire	36 heures consécutives minimum
Travail de nuit (seule la majoration pour travail de nuit est actuellement définie, et versée entre 21 heures et 6 heures)	<p>21 h – 6 h ou toute autre période de 9 h consécutives entre 21 h et 7 h (loi du 9 mai 2001)</p> <p>Majoration strictement inchangée et maintenue</p>
Pause	<p>20 minutes lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives</p> <p>Tableau de service (art. 2 du décret de 1982) par quinzaine ou éventuellement par mois affiché 8 jours avant</p>
par mois 15 jours avant	Cycles de travail

Définition et modalités d'utilisation données dans le cadrage national	Jours de réduction de temps de travail (JRTT)
--	---

Barème de jours RTT

36 h = 6 JRTT

37 h = 12 JRTT

38 h = 18 JRTT,

Plafond de 20 JRTT au dessus de 38 h Dispositions spécifiques aux cadres Forfait de 20 jours ou décompte horaire.

Les modalités seront précisées par décret Compte épargne temps Modalités différenciées selon le statut (cadre ou non cadre), et dispositions spécifiques pour les personnels de direction*

Article 18

Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH)

Le présent article majore la cotisation que les établissements de santé versent au fonds pour l'emploi hospitalier (FEH).

Le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) a été créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, au recrutement et aux mutations dans la fonction publique. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

Le FEH prend en charge :

- les deux tiers des surcoûts des rémunérations des agents à temps partiel à 80 % (rémunérés à 86 %) et à 90 % (rémunérés à 91 %) ; - les deux tiers de l'indemnité exceptionnelle de 30 % des agents en cessation		1997	1998	1999	2000	2001 prévision
---	--	------	------	------	------	-------------------

nt de
traitement
(0,15 %)
des agents
de
catégorie
C en
congé de
formation
profession
nelle dans
le cadre du
protocole
du 14 mars
2000.

Ces
prestations
représente
nt plus de
70 % des
dépenses
du FEH.

Depuis la
loi n°
98-1194
du 23
décembre
1998 de
financeme
nt de la
sécurité
sociale
pour 1999,
le FEH
finance le
rembourse
ment aux
établisse
ments de
santé du
revenu de
remplacem
ent que
ceux-ci
versent
aux
bénéficiair
es du
congé de
fin

d'activité
(le congé a
été
prorogé en
2000 et
2001).

Le fonds
est financé
par une
contribution
des
établissements
publics de
santé dont
le taux
plafond a
été fixé
par la loi à
0,8 % des
rémunérations
soumises à
retenues p
our la
pension.
Le taux a
été fixé à
0,67 % à
compter
du 1^{er}
janvier
1999 par
le décret
n° 98-1226
du 29
décembre
1998, et
relevé à
0,8 % à
compter
du 1^{er}
janvier
2000 par le
décret n°
2000-23
du 12
janvier
2000.

D

epuis sa création, le fonds est structurellement déficitaire. Mais les décalages des remboursements et le portefeuille mobilier (300 millions de francs) permettent au FEH d'avoir une trésorerie positive en fin *d'exercice même si celle-ci se dégrade d'année en année.* Situation financière du FEH

Ressources	409,1 MF	629,5 MF	776,9 MF	804,4 MF		Dépenses
- contribution des établissements de santé	12,7 MF	15,1 MF	7,2 MF	0		
-produits financiers ³	99,2 MF					
1						
4,3 MF						
-indemnité exceptionnelle CPA	686,1 MF			Solde de l'exercice	- 53,2 MF	- 248,4 MF
-prise en charge de rémunération dans le cadre du	280,2 MF					

11,4
MF37,8
MF

5
99,7 MF

16,3 MF

227,3 MF

11,6 MF

165 MF	- 108,7 MF- 161,9 MF
--------	----------------------

Dette cumulée- 79,9 MF- 328,3 MF

	- 163,3 MF	- 272,0 MF	- 433,8 MF
			Source : Caisse des Dépôts et Consignati ons Compte tenu du déficit lié au succès des divers dispositifs que le fonds finance, le présent article majore la cotisation des établisse ments, en le portant à 1,8 %. En 2002, le Gouverne ment prévoit une augmentati on du taux à 1 %, ce qui sta <i>biliserait le déficit du fonds à 200 millions de francs.</i>
			<i>Nombre d'agents</i>

1998	1999	2000	N ombre d'agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL
713 168	714 208	720 164	C. P.A.
2 474	2 424	2 193	Te mps partiel 80 %

57 84572 45579 580 *Temps partiel 90 %* 8 2379 3509 635

*

Section 2

Branche accidents du travail

Article 19

Dotation du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Le I de cet article fixe à 2,875 milliards de francs le montant de la dotation affectée en 2001 au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, et à 76,22 millions d'euros (500 millions de francs) la dotation pour 2002. La dotation totale s'élève donc à 3,4 milliards de francs (510 millions d'euros).

Ce fonds a été créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, afin d'assurer aux personnes ayant été exposé à l'amiante et à leurs ayants droit la réparation intégrale des préjudices qu'ils ont subis. Pour cela, l'indemnisation par le fonds se substituera pour les préjudices lié à l'amiante à l'indemnisation de droit commun qui peut être alloué à la victime par une juridiction (tribunal des affaires sanitaires et sociales ou commissions d'indemnisation des victimes d'infractions).

Les ressources du fonds étant constituées par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général, il incombe à la loi de financement de la sécurité sociale de fixer chaque année ce montant. Cette somme figure dans les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail fixés par les articles 30 et 31 du présent projet de loi, mais elle n'est pas intégrée dans le calcul de l'ONDAM. Le fonds doit recevoir également une subvention du budget de l'Etat, qui sera fixée par le projet de loi de finances rectificative pour 2001.

Le rapporteur regrette toutefois que ce fonds, créé l'année dernière, n'ait toujours pas pu commencer à fonctionner en raison de la non-publication à ce jour du décret en Conseil d'Etat devant préciser ses modalités de fonctionnement et de gestion. Les 1 500 millions de francs qui lui avaient été attribués à titre provisionnel pour cette année sont toujours dans les comptes de la CNAM. Ils n'ont de ce fait pas encore pu être utilisés.

Le II de cet article permet au FIVA de recruter, en plus des fonctionnaires et des contractuels de droit public qu'autorise déjà son statut d'établissement public à caractère administratif, des personnels sous contrat de droit privé lorsqu'une qualification particulière dans le domaine de l'indemnisation des préjudices ou des maladies professionnelles est requise. Il est précisé, afin de garantir la confidentialité des procédures engagées par les victimes devant le fonds, que ces agents contractuels sont soumis aux mêmes obligations de secret et de discrétion professionnels que celles figurant au statut général de la fonction publique.

Cette procédure dérogatoire de recrutement vise seulement, dans l'intérêt des victimes, à faciliter le traitement des dossiers par le fonds, par l'accélération des procédures que permettra sa mise à disposition d'agents disposant de compétences et d'expériences déjà reconnues en matière de réparation des préjudices corporels.

*

Article 20

(article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et article L. 434-1 du code de la sécurité sociale)

Levée de la prescription pour les maladies professionnelles liées à l'amiante et indexation des indemnités en capital

Le I de cet article pérennise la levée de la prescription des dossiers de maladies professionnelles provoquées par l'amiante, instituée pour une durée de deux ans par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et prolongée d'un an par la loi de financement pour 2000.

Pour bénéficier de cette mesure concernant les maladies qui se sont déclarées avant le 28 décembre 1998 (la date de la première constatation médicale faisant foi), la demande devait être présentée entre le 28 décembre 1998 et le 27 décembre 2001 inclus. Pour tenir compte des difficultés d'information des personnes concernées, il est proposé que la demande de reconnaissance de la levée de la prescription ne soit plus assujettie à aucun délai.

Pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées après le 28 décembre 1998, les règles de prescription sont plus favorables à la victime car elles courent désormais à compter de la date à laquelle elle est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle. Il n'est donc pas nécessaire de rouvrir la levée de la prescription au-delà du 28 décembre 1998.

On rappellera que le décret d'application du 27 avril 1999 a contraint les caisses d'assurance maladie à instruire les demandes de levée de prescription dans un

délai limité à six mois au plus, sous réserve de contentieux. En outre, les dossiers prescrits des victimes de l'amiante peuvent être réouverts, quelle que soit la raison pour laquelle le droit à réparation n'avait pas été accordé. 2 000 victimes de l'amiante ont déjà fait usage de cette procédure. Celle-ci n'est pas épuisée par la création du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante car elle permet d'obtenir immédiatement une indemnisation par la branche accidents du travail, qui pourra être ensuite complétée.

Le II de cet article prévoit, à compter de 2002, l'indexation des indemnités en capital, versées aux victimes d'accidents du travail dont le taux d'incapacité permanente partielle est inférieur à 10 %, selon les mêmes modalités que pour les rentes d'accidents du travail (lesquelles, versées aux victimes ayant un taux d'incapacité supérieur à 10 %, sont revalorisées comme les pensions de vieillesse, soit de + 2,2 % en 2002 comme le prévoit l'article 26 du présent projet).

A la différence des rentes et pensions, cette revalorisation du barème de calcul des indemnités en capital ne s'applique qu'aux indemnités à verser et non aux indemnités déjà versées, qui le sont en une seule fois sous la forme d'un capital et ne peuvent donc pas ensuite être revalorisées.

*

Article 21

(articles 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 et L. 176-1 du code de la sécurité sociale)

Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des
sous-déclarations des accidents du travail

L'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 a créé un versement forfaitaire annuel de la branche accidents du travail au profit de la branche maladie du régime général, dans le but de compenser les dépenses supportées par cette dernière au titre des affections non prises en charge en application de la législation sur les maladies professionnelles. Le présent article propose de compléter ce versement afin de tenir compte également des sous-déclarations des accidents du travail.

Tous les trois ans, une commission (actuellement présidée par Mme Marianne Levy Rosenwald, conseiller-maître à la Cour des comptes) doit évaluer le phénomène des sous-déclarations des maladies professionnelles afin de donner une base de calcul pour la détermination du montant du versement dû à ce titre. Pour 2002, il doit être égal à 147,17 millions d'euros (965 millions de francs), conformément aux conclusions du dernier rapport de la commission qui date du 29 septembre 1999 et aux coefficients de revalorisation des rentes et pensions.

Le versement forfaitaire complémentaire institué par le présent article est fixé à titre provisionnel à 152,45 millions d'euros (1 milliard de francs) en 2002. Il fera l'objet

t d'une évaluation plus précise par la même commission.

Le I du présent article modifie l'intitulé du chapitre correspondant du code de la sécurité sociale, le II modifie l'article unique de ce chapitre, le III assure la coordination avec une disposition non codifiée de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (la création de la commission d'évaluation) et le IV détermine le montant financier du versement.

*

Section 6

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Article 32

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2002

En application du 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 112,62 milliards d'euros (738,7 milliards de francs) l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour 2002. Comme pour l'objectif de dépenses de la branche maladie qui l'inclut, l'ONDAM est pour la première fois à partir de 2002 voté en droits constatés.

Le montant de l'ONDAM en droits constatés est supérieur au montant calculé en encaissements décaissements. En effet, une partie des dépenses de santé de l'année sont liquidées dans les premières semaines de l'année suivante. Par exemple, si le décalage était systématiquement d'un mois, les dépenses liquidées au cours de l'année n correspondraient à la consommation de soins intervenue entre le mois de décembre de l'année n-1 et le mois de novembre de l'année n. Les montants en droits constatés correspondraient quant à eux aux consommations de soins de janvier à décembre de l'année n. Les deux comptabilités sont donc, dans cet exemple, décalées d'un mois. Compte tenu de l'augmentation tendancielle de la consommation des soins, ce décalage d'un mois se traduit par un montant total de dépenses supérieur en droit constaté. Dans la réalité, l'écart constaté correspond à 350 millions d'euros (2,3 milliards de francs).

L'ONDAM, dont la définition est conventionnelle, correspond à l'ensemble des dépenses de soins liées aux risques maladie, maternité et accidents du travail, ainsi qu'aux prestations en espèces de la branche maladie et aux dépenses liées à l'incapacité temporaire pour la branche accidents du travail. Il est obtenu à partir des objectifs de dépenses des branches maladie et accidents du travail fixés par l'article 30 du présent projet de loi de financement, en en déduisant les frais de gestion administrative, les frais financiers, les dépenses d'action sanitaire et sociale et celles retracées dans les fonds de prévention des régimes obligatoires de base, ainsi que les transferts internes entre celles-ci. En sont également soustraites les rentes d'accidents du travail et les indemnités journalières de maternité.

L'ONDAM ne revêt pas par lui-même un caractère impératif, mais les décisions qui succèdent à son adoption fixent des financements limitatifs ou comportent des mécanismes de régulation a posteriori qui leur donnent une portée impérative. Il convient toutefois de rappeler que l'ONDAM ne constitue pas un plafond de dépenses pour les assurés, dont les droits à remboursement restent ouverts et dont les prestations seront servies sans restriction quantitative.

L'ONDAM pour 2002 augmente de 3,8 % par rapport aux dépenses prévisionnelles correspondantes pour 2001, estimées en septembre par la Commission des comptes de la sécurité sociale. Le rebasage de l'ONDAM consiste à calculer son taux de croissance par rapport à cette prévision d'exécution et non par rapport au montant de l'objectif voté pour 2001. Il faut toutefois rappeler que le rebasage ne concerne pas - par définition - les postes de dépenses qui ont respecté leur objectif, à savoir les établissements médico-sociaux.

L'ONDAM voté par le Parlement est décomposé librement par le Gouvernement, dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, en quatre enveloppes de dépenses, correspondant chacune à une catégorie de producteurs de soins. Ainsi que l'a annoncée Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la

solidarité, devant la commission des affaires culturelles le 25 septembre 2001, la répartition de l'ONDAM envisagée par le Gouvernement pour 2002 est la suivante :

CARSPECIAUX 183 L'enveloppe afférente aux soins de ville progresserait en 2002 de 3 %, à 51,67 milliards d'euros (338,9 milliards de francs).

Elle comprend les dépenses d'honoraires privés, de prescriptions et de prestations en espèces exécutées en ville, y compris les indemnités journalières maladie. C'est à partir de cette enveloppe que le Gouvernement fixe le taux d'évolution de l'objectif de dépenses déléguées (ODD).

CARSPECIAUX 183 L'enveloppe des hôpitaux publics regroupe les dépenses des établissements publics de santé et assimilés fonctionnant sous dotation globale, y compris les établissements dont le financement relevait du prix de journée préfectoral et qui ont opté pour le régime de la dotation globale à compter du 1er janvier 1998, ainsi que les dépenses du service de santé des armées. **La part de l'ONDAM attribuée aux hôpitaux progresserait de 4,8 % à 43,18 milliards d'euros (283,2 milliards de francs), dont 1,2 %, soit 498 millions d'euros (3,3 milliards de francs), pour la mise en œuvre de la réduction du temps de travail (création de 12 300 emplois en 2002 et de 45 000 emplois d'ici 2004). L'incidence en 2002 des protocoles pour le service public hospitalier signés en mars 2000 (notamment pour la revalorisation de certaines filières) est de 297,73 millions d'euros (2 milliards de francs).**

CARSPECIAUX 183 L'enveloppe des cliniques privées verrait sa dotation augmenter de 3,5 % à 7 milliards d'euros (45,9 milliards de francs). Cette enveloppe comprend les dépenses des établissements à tarification conventionnelle, entrant ou non dans le champ de l'objectif quantifié national (OQN) relatif aux établissements privés d'hospitalisation.

CARSPECIAUX 183 L'enveloppe des établissements médico-sociaux comprend les dépenses des établissements prenant en charge les personnes âgées, l'enfance inadaptée et les adultes handicapés. **Le taux de progression de cette enveloppe s'établirait à 4,8 %, soit un objectif de 8,11 milliards d'euros (53,2 milliards de francs).** Ce taux d'évolution permet la montée en charge de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et le financement, pour 50 millions d'euros (328 millions de francs), de la réduction du temps de travail dans ces établissements.

Le solde, soit 2,66 milliards d'euros (17,4 milliards de francs), sera réparti entre les dépenses dans les départements d'outre-mer (DOM), celles des ressortissants français à l'étranger et une marge résiduelle conservée par le Gouvernement pour procéder à des ajustements en cours d'année.

4 commission de la transparence : Elle a pour mission de fournir un avis sur l'intérêt d'un médicament en le comparant aux médicaments existants. Elle évalue les produits pour lesquels une inscription sur la liste des spécialités remboursables ou un agrément aux collectivités publiques est demandée (articles L. 618 et L. 619 du code de la santé publique). L'analyse des données médicales, pharmaceutiques, épidémiologiques et économiques des molécules constitue la base des avis scientifiques rendus. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé assure le secrétariat de cette commission.

4La biodisponibilité est la vitesse et l'intensité de l'absorption dans l'organisme du principe actif. La bioéquivalence est l'absence de différence significative de biodisponibilité : deux médicaments bioéquivalents ont la même équivalence thérapeutique.