Document
mis en distribution
le 23 octobre 2000

N° 2633

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2000.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES(1) SUR LE PROJET DE LOI de **financement de la sécurité sociale pour 2001** (n° 2606),

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 ; M. André Aschieri, Mme Odette Grzegrzulka, M. Denis Jacquat, M. Patrice Martin-Lalande, secrétaires ; M. Bernard Accoyer, Mme Sylvie Andrieux-Bacquet, 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 Danielle Bousquet, 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. 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, Mme Paulette Guinchard-Kunstler, M. Francis Hammel, M. Pierre Hellier, M. Michel Herbillon, M. Guy Hermier, Mme Françoise Imbert, Mme Muguette Jacquaint, M. Serge Janquin, M. Jacky Jaulneau, 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, Mme Martine Lignières-Cassou, M. Gérard Lindeperg, M. Lionnel Luca, M. Patrick Malavieille, M. Alfred Marie-Jeanne, 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. Jean-Pierre Pernot, M. Bernard Perrut, M. Pierre Petit, Mme Catherine Picard, M. Jean Pontier, M. Jean-Luc Préel, M. Alfred Recours, M. Gilles de Robien, Mme Chantal Robin-Rodrigo, M. Marcel Rogemont, M. Yves Rome, M. Joseph Rossignol, M. Jean Rouger, M. Rudy Salles, M. André Schneider, M. Bernard Schreiner, 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 7

PREMIERE PARTIE : LA BRANCHE ASSURANCE-MALADIE 9

I. LES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE EN 1999 ET 2000 9

A. LE CALCUL DE LA PROGRESSION DE L'ONDAM 10

B. LES SOUS-ENVELOPPES DE L'ONDAM 12

1. Les soins de ville 12

2. Les hôpitaux publics 14

3. Les cliniques privées 15

4. Les établissements médico-sociaux 15

II. LES RELATIONS CONVENTIONNELLES ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET L'ASSURANCE MALADIE 17

A. LE SUIVI DE L'OBJECTIF DE DÉPENSES DÉLÉGUÉES 17

B. LA NÉCESSAIRE RÉFORME DU SYSTÈME CONVENTIONNEL 21

1. Le constat alarmant de la Cour des Comptes 21

2. La nécessité d'un nouvel élan 23

III.- UNE POLITIQUE HOSPITALIÈRE AMBITIEUSE 25

A. LA RECOMPOSITION HOSPITALIERE : LE NOUVEL ELAN DONNE PAR LES SROS DE DEUXIEME GENERATION. 25

1. La poursuite des restructurations 25

2. SROS de deuxième génération : la prise en compte des besoins de santé 27

B. LES HOPITAUX PUBLICS EN MOUVEMENT : LES PROTOCOLES HOSPITALIERS 28

1. Le protocole sur la modernisation du service public hospitalier 29

2. Le protocole sur le statut professionnel des praticiens hospitaliers 31

3. Le financement de ces mesures 35

C.- LA RÉGULATION RÉUSSIE DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE 38

IV.- LE MÉDICAMENT : LA POURSUITE DE REFORMES STRUCTURELLES 43

A. LA RÉÉVALUATION DES MÉDICAMENTS 44

1. Une réévaluation achevée 44

2. Les premières décisions 44

3. La réforme du remboursement 45

B. LE DEVELOPPEMENT DES GENERIQUES 45

1. Un axe prioritaire de la politique du médicament 45

2. Des résultats encore modestes 46

C. DES MESURES INNOVANTES POUR 2001 47

1. Le bon usage du médicament 47

2. Le développement des médicaments orphelins 48

3. L'aide à la recherche pharmaceutique 49

DEUXIÈME PARTIE : LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL 53

I.- UN EQUILIBRE FINANCIER CONSOLIDE 53

II.- LES ORIENTATIONS PRIORITAIRES DE LA BRANCHE 55

A. LA RÉVISION DES TABLEAUX DES MALADIES PROFESSIONNELLES 55

B. L'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL SUCCESSIFS 56

C. LES ACTIONS DE PRÉVENTION 57

III.- UN EFFORT PARTICULIER POUR LES VICTIMES DE L'AMIANTE 59

A. DES PROCÉDURES PLUS RAPIDES 59

B. LES PRERETRAITES DE L'AMIANTE 59

C. LA CREATION D'UN FONDS D'INDEMNISATION 62

EXAMEN DU RAPPORT PAR LA COMMISSION 65

ANALYSE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE ET AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL 73

Section 3 - Branche maladie *73*

Article 28 (articles L. 615-12 et L. 615-14 du code de la sécurité sociale) *:* Alignement des prestations en nature de la CANAM sur celles du régime général 73

Article 29 (article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale) : Réseaux et filières expérimentaux de soins 75

Article 30 : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville 79

Article 31 (articles L. 133-5, L. 142-3, L. 145-1, L. 145-1-1 nouveau, L. 145-1-2, L. 145-6 et L. 145-7, L. 145-7-1 nouveau, L. 145-10 nouveau, L. 145-11 nouveau, L. 162-5-2, L. 162-5-7, L. 162-12-16, L. 162-34-7 nouveau, L. 315-3 du code de la sécurité sociale) : Règlement des litiges avec les professionnels de santé 80

Article 32 : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation 95

Article 33 : Création du Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé 99

Article 34 (L. 162-22-3, L. 162-22-4, L. 162-22-5, L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale, L. 6114-3 du code de la santé publique) : Tarification des cliniques pour l'activité d'urgence 104

Article 35 : Fonds pour la modernisation des cliniques privées 107

Article 36 (articles L. 174-1-1, L. 174-15, L. 713-20 du code de la sécurité sociale) : Financement du service de santé des armées 111

Article 37 : Appartements de coordination thérapeutique et consultations en alcoologie 116

Article 38 (article L. 5122-6 du code de la santé publique) : Publicité pour les médicaments 119

Article 39 (articles L. 4001-1 et L. 4002-2 du code de la santé publique) : Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique 120

Article 40 (articles L. 138-1, L. 138-10, L. 245-2, L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale et article L. 5121-17 du code de la santé publique) : Incitation au développement des médicaments orphelins 121

Article 41 : Clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaire des entreprises pharmaceutiques 122

Section 4 - Branche accidents du travail *125*

Article 42 (article 706-3 du code de procédure pénale) : Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 125

Section 6 - Objectif national de dépenses d'assurance maladie *128*

Article 44 : Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie 128

INTRODUCTION

L'année 2000 aura été une année de réformes importantes pour notre système de santé qu'il s'agisse de l'assurance maladie, de l'hôpital et du médicament.

L'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a créé un objectif de dépenses déléguées (honoraires de dix professions) dont la responsabilité est confiée à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Celle-ci a donc, d'une part, négocié avec les professions de santé conventionnées les objectifs de dépenses, les tarifs et toutes les mesures permettant d'assurer le respect de ces objectifs, d'autre part elle a effectué en juillet un suivi des dépenses et pris les mesures d'ajustement nécessaires.

La politique hospitalière a été relancée de manière ambitieuse. Le Gouvernement a signé deux protocoles d'accord avec les fédérations syndicales sur la modernisation du service public hospitalier et sur le statut professionnel des praticiens hospitaliers. L'heure était venue d'un nouveau départ pour l'hôpital public, fondé sur l'amélioration des conditions de travail, le renouveau du dialogue social et la revalorisation de la carrière des praticiens hospitaliers.

La réévaluation des médicaments en fonction du service médical rendu s'est achevée. La réforme du remboursement pourra donc débuter en 2001.

Le présent projet de loi de financement poursuit des réformes structurelles : création du Fonds de modernisation des établissements de santé, tarification de l'activité d'urgence pour les cliniques privées, exonération fiscale pour les médicaments orphelins, amélioration de la clause de sauvegarde du médicament...

Si la CNAMTS a su remplir sa mission de gestionnaire de soins de ville, les discussions entre les professionnels de santé et les caisses ne peuvent se limiter à l'objectif de dépenses déléguées qui ne concerne que les honoraires. Le dispositif conventionnel créé par la loi de 1971 doit être entièrement revu et les relations entre les différents acteurs du système de soins doivent être clarifiées.

PREMIERE PARTIE : LA BRANCHE ASSURANCE-MALADIE

I. LES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE EN 1999 ET 2000

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 dépenses d'honoraires privés, de prescriptions et de prestations en espèces exécutées en ville, y compris les indemnités journalières maladie.

• L'agrégat « établissements sanitaires » 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 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, 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 milliards de francs ; évolution n/n-1 en %)

	LFSS 1999	Exécution 1999	Ecart	LFSS 2000	Exécution 2000 (prévision)	Ecart
Soins de ville	274,7 (2,4 %)	287,4 (3,8 %)	12,7	291,6 (2,0 %)	305,1 (6,5 %)	13,5
Hôpitaux publics	254,0 (2,5 %)	253,3 (2,3 %)	- 0,7	260,8 (2,4 %)	261,7 (3,3 %)	0,9
Cliniques privées	41,3 (1,9 %)	41,1 (1,7 %)	- 0,2	42,1 (2,2 %)	42,0 (2,4 %)	- 0,1
Médico-social	43,9 (3,7 %)	44,1 (2,1 %)	0,2	47,2 (4,9 %)	46,8 (5,4 %)	- 0,4
Français à l'étranger	0,9	1,1	0,2	1,2	1,1	- 0,1
DOM	13,9	14,2	0,3	14,9	14,9	0
Marge résiduelle	1,2	0	- 1,2	0,6	0	- 0,6
ONDAM total	629,9 (2,6 %)	641,2 (2,9 %)	11,3	658,3 (2,5 %)	671,5 (4,9 %)	13,2

A. LE CALCUL DE LA PROGRESSION DE L'ONDAM

Depuis 1997, 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 éventuels dépassements des années précédentes dans le cadre du plan Juppé. Cependant, l'objectif ayant été dépassé chaque année et compte tenu de l'effet mécanique de l'accumulation des dépassements, le Gouvernement a décidé de procéder à un rebasage de l'ONDAM à partir de l'année 2000.

Le taux de progression 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. Au-delà de la rupture statistique opérée, ce changement permet de réintroduire la possibilité de faire une prévision réaliste de l'ONDAM et de réintroduire une véritable marge de manœuvre politique dans la fixation des taux d'évolution de l'ONDAM et de ses différentes sous-enveloppes.

Ainsi en 2000, les taux de progression par sous-enveloppes ont été calculés sur la base de l'objectif initial 1999 pour les hôpitaux publics et les cliniques privées et sur la base de la prévision d'exécution 1999 connue en septembre 1999 pour les soins de ville et les établissements médico-sociaux, secteurs où l'effet report des dépassements successifs était le plus important.

Par ailleurs, l'ONDAM est également défini depuis 1999 en retranchant aux dépenses les remises (conventionnelles et fiscales) versées par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au titre du dépassement de l'objectif conventionnel d'évolution de leur chiffre d'affaires, dans le cadre des accords signés avec le comité économique des produits de santé. Ces remises correspondent à un remboursement de dépenses excédentaires par rapport à l'objectif fixé : de ce fait, l'ONDAM rend mieux compte économiquement des dépenses effectives. 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 1998 et versées à l'ACOSS en 1999 s'élève à 1,2 milliard de francs : il est imputé en déduction des dépenses de soins de ville pour 1999. Le montant versé par l'industrie pharmaceutique en 2000 sur son chiffre d'affaires pour 1999, soit 913 millions de francs, viendra en déduction des dépenses de soins de ville de l'année en cours. Les remises qui seront versées en 2001 au titre du dépassement de l'objectif de dépenses 2000 pourraient se monter à 2,8 milliards de francs, compte tenu de la très forte progression du poste médicaments cette année.

Pour 1999, le montant de l'ONDAM avait été fixé à 629,9 milliards de francs, soit une progression de 2,6 % par rapport à l'ONDAM voté pour 1998 et de 1,0 % par rapport aux dépenses constatées en 1998. Les réalisations 1999 s'élèvent à 641,2 milliards de francs, en hausse de 2,9 % par rapport aux dépenses constatées en 1998. Le dépassement de l'objectif atteint 11,3 milliards de francs, soit 1,8 % de l'objectif voté. Si on avait procédé au rebasage de l'ONDAM dès 1999, le dépassement effectif se limiterait à 1,5 milliard de francs

après déduction des 9,8 milliards de francs correspondant au dépassement reporté de 1998.

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 2,5 % par rapport aux dépenses constatées en 1999. La prévision d'exécution retenue pour la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2000 est de 671,5 milliards de francs, en hausse de 4,9 % par rapport aux dépenses constatées en 1999. Le dépassement de l'objectif atteindrait ainsi 13,2 milliards de francs, soit 2,0 % de l'objectif voté.

Pour apprécier la différence entre les taux de progression de l'ONDAM en 1999 et 2000, il faut toutefois tenir compte des retards de traitement pour la liquidation des feuilles de soins dans les caisses primaires constatés à partir de l'été 1999 et amplifiés par l'arrêt technique qui a eu lieu le 31 décembre pour éviter des risques informatiques lors du passage à l'an 2000. Il en est résulté un allongement des délais de liquidation et ces retards n'ont été qu'en partie résorbés par la suite Du fait de ces événements, l'évolution de la consommation réelle de soins en 1999 a été sous-évaluée et, par contrecoup, surévaluée de 2,4 milliards de francs en 2000[1].

Au-delà de ces aléas conjoncturels, la croissance des dépenses d'assurance maladie est sensiblement égale à celle du PIB depuis 1997, ce qui traduit un lien certain entre consommation médicale et consommation des ménages en général. Surtout, cela démontre l'absence de « dérapage » de l'ONDAM et l'efficacité des politiques structurelles de maîtrise des dépenses de santé qui ont été engagées. Pour s'en convaincre, il suffit de rappeler que les dépenses d'assurance maladie ont augmenté une fois et demie plus vite que le PIB entre 1990 et 1996.

B. LES SOUS-ENVELOPPES DE L'ONDAM

1. Les soins de ville

En 1999, l'objectif des soins de ville, fixé à 274,7 milliards de francs, a été nettement dépassé : les réalisations sur ce poste se montent en effet à 287,4 milliards de francs, soit un dépassement de 12,7 milliards de francs constituant l'essentiel du dépassement constaté cette année-là pour l'ONDAM. Par rapport à 1998, la progression atteint 3,8 % hors transferts (notamment médicaments antirétroviraux sortis de la réserve hospitalière).

---

[1] *Cf. rapport n° 2587 (XI^{ème} législature).*

Cette forte augmentation est principalement imputable à la progression des dépenses de pharmacie et d'indemnités journalières alors que la croissance des dépenses d'honoraires a été relativement modérée. L'écart entre la croissance des honoraires et des prescriptions a été renforcé par l'allongement des délais de liquidation : les prescriptions, en parties télétransmises, sont en effet moins sensibles que les honoraires aux aléas de liquidation.

La progression des honoraires (+ 0,5 %) est particulièrement modérée comparée à l'année précédente (+ 3,3 % en 1998). Le ralentissement est sensible notamment pour les consultations. On observe même une diminution des dépenses de visites et d'honoraires dentaires. Les dépenses des professionnels paramédicaux progressent plus modérément (+ 3,2 % contre + 4,3 % en 1998). Les dépenses d'analyses biologiques ont, quant à elles, connu un ralentissement sensible (+ 2,6 % contre + 6,6 % en 1998) dû à la fois à la baisse du tarif de la lettre-clé B intervenue en juillet 1999 et au ralentissement de la croissance des volumes. Les dépenses de pharmacie et du TIPS se sont élevées à 105,8 milliards de francs en 1999 contre 98,7 milliards en 1998, soit une forte progression de l'ordre de 7,2 % (6 % hors transferts). Le ralentissement est cependant sensible par rapport à 1998 où l'on enregistrait une augmentation de 8,1 % par rapport à 1997.

En 2000, les dépenses de soins de ville de l'ensemble des régimes devraient atteindre 305,1 milliards de francs, soit un dépassement de l'objectif de 13,5 milliards de francs. Pour apprécier la tendance de l'évolution de ce poste indépendamment des délais de liquidation des feuilles de soins, il convient de se référer à la consommation médicale en volume et en date de soins. Comparée à 1999 (+ 5,7 %), la croissance des dépenses de ville reste alors soutenue mais à un niveau similaire, à 5 % pour l'ensemble des régimes.

Les remboursements d'honoraires privés, fortement affectés par le report exceptionnel de dépenses, augmenteraient de 3,7 % en 2000. De même, la progression des dépenses des professions paramédicales serait forte (+ 7,2 %) et celles des analyses biologiques atteindrait 3,5 % malgré une diminution tarifaire de la lettre-clé B. La croissance des remboursements de transports de malades serait très vive (+ 9,5 %), en raison d'un important report de dépenses. Les dépenses de médicaments resteraient très soutenues aussi bien en remboursement (+ 8,7 %) qu'en consommation médicale (+ 7,2 %). La croissance des remboursements d'indemnités journalières resterait également vive (+ 6,3 %) en liaison avec le dynamisme de la masse salariale (+ 5,6 %). La progression des remboursements de biens médicaux inscrits au TIPS s'élèverait à 13 %, dans le prolongement de la tendance observée depuis 1997.

Taux de progression des dépenses de soins de ville

Type de prestation	*Evolution 1999*	*Evolution 2000*	*Evolution moyenne 1998-2000*
Honoraires privés	0,5 %	3,3 %	2,4 %
Auxiliaires médicaux	3,2 %	6,9 %	4,8 %
Analyses biologiques	2,5 %	3,1 %	4,1 %
Médicaments et TIPS	7,4 %	9,7 %	8,5 %
Indemnités journalières	6,1 %	6,0 %	6,2 %
Total soins de ville	**4,1 %**	**6,5 %**	**5,4 %**

2. Les hôpitaux publics

En 1999, les versements des régimes d'assurance maladie aux établissements de santé sous dotation globale se sont élevés à 253,3 milliards de francs. Par contraste avec les soins de ville, l'enveloppe des hôpitaux publics a augmenté modérément (+ 2,3 %) et s'est situé, comme en 1998, en deçà de l'objectif (- 840 millions de francs), essentiellement en raison d'une croissance plus rapide que prévu des dépenses restant à la charge des assurés sociaux (forfait hospitalier) qui constituent l'autre source de financement des dépenses encadrées (recettes du groupe 2).

En 2000, l'ensemble des établissements sanitaires publics, dont l'objectif a été fixé à 260,8 milliards de francs, connaîtraient un dépassement de 900 millions de francs. Ce dépassement se décompose en plus de 1,1 milliard de francs pour les établissements sous dotation globale et moins de 200 millions de francs pour les autres établissements sanitaires.

L'évolution des dépenses des établissements de santé sous dotation globale est principalement affectée par la mise en œuvre des protocoles hospitaliers des 13 et 14 mars 2000. Compte tenu des mesures financées par l'Etat (recettes du groupe 3 pour deux millions de francs) 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 1,1 million de francs. Les principales mesures ayant donné lieu à majoration des budgets hospitaliers en 2000 sont ainsi la prime de service public exclusif des praticiens hospitaliers (pour 400 millions de francs), le renforcement des services d'urgence (pour 350 millions de francs) et la revalorisation des assistants, chefs de clinique et praticiens adjoints contractuels (pour 170 millions de francs).

3. Les cliniques privées

Cette enveloppe se compose de trois postes :

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

- les anciens établissements à prix de journée préfectoral qui sont passés dans le champ contractuel mais restent encadrés par un objectif propre ;

- les établissements ou les prestations hors OQN.

En 1999, l'objectif de dépenses des cliniques a été fixé à 41,3 milliards de francs. Les dépenses effectives ont en fait diminué de 0,6 % (- 350 millions de francs), suite à la baisse du prix de journée qui est intervenue à cause du dépassement de l'objectif 1998.

En 2000, les cliniques privées devraient respecter leur objectif à 42 milliards de francs, en hausse de 2,4 % par rapport aux dépenses constatées en 1999. En ce qui concerne l'évolution des volumes, la diminution des prix de journée et des forfaits de médicaments est plus que compensée par la hausse des dépenses de forfaits de salle d'opération et des dépenses forfaitaires. Par ailleurs, les tarifs ont augmenté au 1er mai 2000 de 1,33 %. De plus, 100 millions de francs ont été consacrés à des mesures en faveur de l'obstétrique et de la chirurgie cardiaque, ce qui porte le taux d'évolution des tarifs à 1,72 %.

4. Les établissements médico-sociaux

En 1999, les dépenses d'assurance maladie du secteur médico-social s'élevaient à 44,1 milliards de francs, en croissance de 2,1 %. Les réalisations de l'année font apparaître un léger dépassement de 200 millions de francs par rapport à l'objectif fixé. Ce dépassement ne concerne que les dépenses de médicalisation et de soins à domicile des personnes âgées.

En 2000, les dépenses des établissements médico-sociaux ont été fixées à 47,2 milliards de francs. En prévision d'exécution, cette enveloppe atteindrait 46,8 milliards de francs pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Les moindres dépenses par rapport à l'objectif s'élèveraient ainsi à 400 millions de francs. Les dépenses de soins à domicile pour les personnes âgées resteraient plus dynamiques que le poste enfance inadaptée et adultes handicapés.

II. LES RELATIONS CONVENTIONNELLES ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET L'ASSURANCE MALADIE

A. LE SUIVI DE L'OBJECTIF DE DEPENSES DELEGUEES

L'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a procédé à un réaménagement substantiel du dispositif de régulation des dépenses de santé applicable aux soins de ville et aux professionnels de santé exerçant à titre libéral et conventionnés avec l'assurance maladie.

La gestion d'un objectif de dépenses déléguées (ODD) a été confiée à la CNAM, celle-ci étant chargée d'une part de négocier avec les professions de santé conventionnées les objectifs de dépenses, les tarifs et toutes mesures permettant d'assurer le respect de ces objectifs, d'autre part d'effectuer au moins deux fois par an, conjointement avec ces professions, un suivi des dépenses et de prendre les mesures d'ajustement nécessaires au respect des objectifs de dépenses. La fixation des objectifs en début d'année et le suivi des dépenses font l'objet de rapports d'équilibre transmis au Parlement et au Gouvernement. Ces rapports sont accompagnés des annexes annuelles ou des annexes modificatives conclues avec les professions conventionnées ou, à défaut de conclusion de ces accords, de propositions des caisses nationales. Le ministre chargé de sécurité sociale doit approuver les mesures prises, mais il peut demander de nouvelles propositions et se substituer à la CNAM si le désaccord persiste.

L'objectif de dépenses déléguées ne concerne que les honoraires des professionnels de santé, les prescriptions (médicaments et indemnités journalières) en sont exclues. Le montant de cet objectif, qui représente environ la moitié des dépenses de soins de ville, peut être exprimé en dépenses remboursées (c'est-à-dire en prestations prises en charge par l'assurance maladie) ou en dépenses remboursables (c'est-à-dire en honoraires perçus par les professionnels de santé). Le passage d'un mode de comptabilisation à l'autre s'effectue à l'aide du taux moyen de remboursement, égal à 81,3 %.

Pour 2000, l'objectif de dépenses déléguées, fixé à 140,3 milliards de francs soit une progression de **2 %**, a été réparti entre chaque profession sur la base d'une hypothèse volontariste de stabilisation en volume de l'activité de chaque profession.

Les caisses ont donc une délégation de résultat. Elles sont tenues de proposer une révision des rémunérations des professionnels par modification des tarifs d'honoraires ou des cotations à la nomenclature au cas où les évolutions de

dépenses constatées ne seraient pas compatibles avec le respect de l'objectif de dépenses fixé pour chacune des dix professions relevant de l'objectif de dépenses déléguées et c'est ce qu'elles ont fait.

Dans le cadre de la fixation de cet objectif annuel, les caisses nationales ont transmis aux ministres concernés un premier rapport d'équilibre accompagné des annexes conventionnelles conclues le 7 mars 2000 avec les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes ainsi que les mesures unilatérales proposées pour les autres professions (médecins spécialistes, biologistes et transporteurs sanitaires. L'ensemble de ces dispositions a été approuvé le 20 avril 2000.

Annexes conventionnelles de mars 2000

- **Médecins généralistes :**

- Majoration de 60 F, applicable au 1er mai 2000 pour « maintien à domicile », c'est-à-dire pour les visites à domicile auprès des personnes âgées de 75 ans et plus, atteintes d'une A.L.D. et donc prises en charge à 100 %.

- Provision de 50 millions de francs pour revaloriser, au 1er juillet prochain, le forfait du médecin référent actuellement fixé à 150 F par patient.

- **Sages-femmes :** Revalorisation de la valeur de la consultation de 90 à 95 F.
- **Infirmiers :** revalorisation de 0,20 F de la lettre clé AMY.
- **Orthophonistes :** revalorisation de 0,40 F de la lettre clé AMO conditionnée par le constat que l'évolution du nombre des actes au 1er juillet 2000 est compatible avec l'objectif.
- **Orthoptistes :**
- **Transporteurs sanitaires :** augmentation de 7% des tarifs à l'ambulance au 1er mai 2000.
- **Médecins spécialistes :** constitution d'une provision de 250 millions de francs pour l'année 2000.

Dans le cadre du suivi de l'évolution des dépenses, les caisses nationales ont transmis au Gouvernement le 13 juillet 2000 le deuxième rapport d'équilibre ainsi que les annexes conventionnelles conclues avec les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les transporteurs sanitaires et les mesures proposées pour les médecins spécialistes, les biologistes, les infirmiers, les orthoptistes et masseurs-kinésithérapeutes.

Ces mesures ont fait l'objet d'une approbation en date du 1er août 2000, à l'exception de la baisse de la majoration du dimanche et de nuit

des infirmières, notamment auprès des personnes âgées ou des personnes gravement malades ou dépendantes qui aurait été de nature à compromettre la délivrance des soins infirmiers à domicile et aurait ainsi posé un problème de santé publique. Le rapporteur s'interroge toutefois sur la valeur juridique de cette approbation, publiée au Journal officiel sans signature des ministres concernés et sans que la procédure prévue par l'article L. 162-15-3 du code de la sécurité sociale en cas d'opposition ait été suivie.

Annexes conventionnelles de juillet 2000

Baisses de lettre-clé

- **Médecins spécialistes :** baisse de la lettre KE (écho, doppler) de 12,60 F à 12,40 F pour les radiologues, cardiologues et gynécologues. La consultation en cabinet du cardiologue (CSC) passe de 320 F à 300 F. La lettre-clé ZN (médecine nucléaire) est ramenée de 10,95 F à 10,05 F. La lettre-clé P passe de 1,87 F à 1,83 F.
- **Kinésithérapeutes :** baisse de 40 centimes de la lettre-clé AMK de 13,40 F à 13 F.
- **Biologistes :** baisse de 2 centimes de la lettre-clé B qui passe à 1,74 F, réduction de 15 % de la cotation de six actes d'allergologie, de 15 à 20 % de sept actes d'exploration de la thyroïde.
- **Orthoptistes :** baisse de la lettre-clé AMY qui passe de 15,40 F à 15,20 F.
- **Sages-femmes :** baisse du tarif des séances collectives de la préparation à l'accouchement.

Suspensions et revalorisations

- **Généralistes :** la revalorisation de la rémunération forfaitaire du médecin référent était subordonnée à l'entrée en vigueur d'un avenant à la convention médicale devant intervenir avant le 1er juillet. Celui-ci n'étant pas paru, la revalorisation n'a pas lieu.
- **Orthophonistes :** la revalorisation de la lettre-clé AMO à 14,80 F, prévue au 1er juillet, est suspendue compte tenu du dépassement de l'objectif délégué.
- **Ambulanciers :** revalorisation de 9 % du tarif du transport en ambulance au 1er septembre.
- **Dentistes :** inscription de trois nouveaux actes à la nomenclature. L'évolution prévisionnelle des dépenses d'honoraires autorise les caisses à prévoir l'amélioration de la prise en charge des soins dentaires.

Objectif de dépenses remboursables par profession de santé dans le champ de l'ODD

(en milliards de francs ; taux de croissance en %)

	Rapport d'équilibre du 7 mars 2000		Rapport d'équilibre du 13 juillet 2000
	Objectif fixé pour 2000	**Taux d'évolution fixé (base 1999/objectif 2000)**	**Prévision d'évolution des dépenses**
Médecins généralistes	38,52	1,3 %	2,3 %
Médecins spécialistes	52,20	0,9 %	2,8 %
Chirurgiens-dentistes	19,72	0,0 %	- 3,0 %
Sages-femmes	0,38	4,3 %	8,9 %
Infirmiers	15,36	2,1 %	7,2 %
Masseurs-kinésithérapeutes	13,60	0,6 %	5,5 %
Orthophonistes	2,55	4,0 %	5,7 %
Orthoptistes	0,27	4,1 %	7,2 %
Biologistes	17,69	0,0 %	4,3 %
Entreprises de transport sanitaire	10,93	4,1 %	4,3 %
Provisions	*1,35*		
Total en dépenses remboursables	**172,57**	**2,0 %**	**3,1 %**
Objectif de dépenses déléguées	**140,30**	**2,0 %**	**3,1 %**

Les mesures tarifaires prises pour chaque profession de santé compte tenu de l'évolution des dépenses sont présentées en encadré. Leur impact a été pris en compte dans la prévision effectuée pour la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2000 s'agissant du taux de progression de l'ODD, qui s'élèverait à **4,7 %**. Le dépassement de l'ODD représenterait ainsi 4 milliards de francs en 2000.

Le rapporteur estime qu'un problème d'articulation entre la gestion de l'ODD pour 2000 et la fixation de l'ONDAM pour 2001 risque de se poser. En effet, le taux de progression de l'ONDAM est désormais calculé à partir d'une base tenant compte des dépenses attendues et non par rapport à l'objectif voté pour l'année en cours, dont on sait qu'il sera dépassé. Le rebasage consiste en fait à raisonner pour la fixation de l'ONDAM par rapport à une base réelle.

Pour 2001, le rebasage de l'ONDAM tient compte des économies décidées par la CNAM en juillet 2000 : ces mesures visent à reprendre le dépassement en dates de soins (net des reports de 1999 sur 2000) sur douze

mois, soit 1,6 milliard de francs. Si la CNAM propose de nouvelles mesures d'économie dans le cadre du rapport d'équilibre du mois de novembre, celles-ci ne prendraient effet que courant décembre. Elles auraient un impact quasi nul sur 2000 et porteraient sur 2001. Le dernier rapport d'équilibre ne peut donc servir au mieux qu'à préparer le respect de l'objectif de l'année suivante, qui n'a cependant pas encore été approuvé par le Parlement. Le rapporteur estime ainsi nécessaire de prévoir une articulation entre ce troisième rapport d'équilibre et le début de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante.

La réforme permettant ainsi à la CNAM de négocier un objectif de dépenses déléguées avec les professions de santé ainsi que les mesures d'ajustement nécessaires au respect de cet objectif constituent une avancée vers une meilleure clarification des rôles entre l'Etat et les caisses. Cette délégation de gestion ne permet toutefois que de sortir partiellement de la redoutable confusion qui a longtemps prévalu. Des relations entre les professionnels et les caisses de sécurité sociale ne sauraient en effet se réduire à la seule question des honoraires. Or, le mécanisme conventionnel qui devrait régir ces relations n'est plus réellement opérationnel.

B. LA NÉCESSAIRE RÉFORME DU SYSTEME CONVENTIONNEL

1. Le constat alarmant de la Cour des Comptes

Dans le dernier rapport sur la sécurité sociale, la Cour des Comptes a analysé les limites manifestes du système conventionnel. Le rapporteur avait indiqué dans son dernier rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 [2] que le système conventionnel était *« à bout de souffle »*.

Depuis la loi du 3 juillet 1971, des conventions entre les syndicats représentatifs des professionnels de santé et deux au moins des caisses nationales d'assurance maladie règlent leurs rapports. Les actes et prescriptions des professionnels conventionnés sont partiellement remboursés par l'assurance maladie. Il existe une convention par profession. Elle entre en vigueur après son approbation par un arrêté interministériel, et ses dispositions sont alors obligatoires pour les professionnels conventionnés. Dans le cas des médecins, à défaut d'accord, le Gouvernement peut, depuis 1996, prendre un «règlement conventionnel minimum ».

Le dispositif conventionnel vise donc à concilier les deux caractéristiques dont la coexistence fait l'une des spécificités de notre système de

[2] *Rapport 1876*

soins, l'exercice libéral de la médecine et des professions paramédicales, assorti du libre accès à leurs soins et prescriptions d'une part, une assurance maladie obligatoire d'autre part.

Initialement limitées à la fixation d'un tarif unique à l'échelle nationale pour l'ensemble des professionnels, les conventions ont vu leur champ et leur objet s'élargir pour englober une part croissante des composantes de la relation entre le patient et les professionnels de santé. Elles comprennent principalement deux types de dispositions : celles visant à la régulation collective des systèmes de soins et celles qui, dans une optique plus qualitative, visent à modifier les pratiques individuelles.

Cette ambition croissante a rencontré des limites de plus en plus évidentes. Le bilan établi par la Cour montre que les conventions n'ont réussi ni à assurer la régulation des dépenses, ni à modifier les pratiques individuelles. Les négociations ont de plus en plus porté sur des dispositions annexes qui, tout en apportant des avantages aux professionnels, ne sont pas assorties de véritables contreparties, ou ont tenté de définir des systèmes qui se sont avérés inefficaces. La formule du généraliste référent, mise en place par les partenaires conventionnels pour tenter de trouver une voie nouvelle, n'a guère conduit pour l'instant à des résultats tangibles.

A ces limites du dispositif conventionnel, s'ajoutent la fragilité juridique et l'instabilité du système actuel.

Dans la pratique, presque toutes les conventions ont été annulées totalement et, depuis peu, partiellement. En effet, la jurisprudence du Conseil d'Etat, en admettant, depuis 1999, que les clauses d'une convention sont divisibles et que l'annulation d'une clause n'entraîne pas nécessairement celle de la convention dans son ensemble, circonscrit le risque. Il demeure cependant important comme le montrent les jurisprudences relatives à la convention médicale de 1998 dans lesquelles les annulations ont porté sur des points essentiels. Ce risque est d'autant plus réel que les annulations suppriment les contraintes et interdisent la poursuite du contentieux, sans porter atteinte aux avantages.

Cette fragilité tient à la nature juridique du dispositif conventionnel.

La jurisprudence considère que le dispositif conventionnel doit respecter à la fois les contraintes qui s'imposent aux contrats administratifs et celles qui prévalent pour les textes réglementaires. Les contraintes se cumulent. S'y ajoute le fait que le Conseil d'Etat, consulté en 1985, a estimé que les conventions ont *« un caractère subsidiaire »* ; c'est-à-dire que leurs dispositions ne peuvent empiéter ni sur le domaine de la loi, ni sur celui du règlement, sauf si la loi

transfère explicitement une partie du pouvoir réglementaire aux partenaires conventionnels.

La Cour indique donc qu'un ensemble de contraintes juridiques *« exceptionnel »* s'impose aux gestionnaires de l'assurance maladie et des syndicats. Ceux-ci *« doivent prendre en compte à la fois les obligations résultant du droit communautaire, les normes constitutionnelles et les principes généraux de droit, le champ de leur habilitation légale, l'existence d'autres lois, le champ de compétence réglementaire qui leur est délégué et enfin les contraintes spécifiques liées à l'élaboration contractuelle de l'acte (...) dans un contexte de négociations marquées par un rapport de force et des intérêts souvent antagonistes. »*

2. La nécessité d'un nouvel élan

Face à ce constat, le rapporteur souhaite que la politique conventionnelle soit refondée et relancée. Il faut remettre à plat le fonctionnement actuel et définir de nouvelles relations entre l'Etat, les caisses de sécurité sociale et les professionnels de santé. Les rôles de chacun des acteurs doivent être clairement définis. Cette clarification des rôles permettra de mettre fin à la dilution des responsabilités qui est un des facteurs essentiels d'inefficacité de notre système de soins.

Premièrement, le cadre juridique des conventions doit être entièrement revu afin que le dispositif conventionnel gagne en stabilité dans le temps et en efficacité.

Il est indispensable de réfléchir à la possibilité de redéfinir les domaines respectifs de compétence de la loi, du règlement et de la convention. L'objectif devrait être d'éviter qu'un même texte ne cumule les contraintes du contrat et celles du règlement et de restaurer un champ spécifique pour le domaine contractuel. De la même façon, une plus grande place doit être laissée aux relations individuelles entre caisses et professionnels de santé, afin de donner un contenu à l'adhésion individuelle de ces derniers. L'adhésion est aujourd'hui inscrite dans les textes mais sans contenu ni conséquences réelles.

Deuxièmement, la CNAMTS doit également développer une politique avec les professionnels qui ne soit pas uniquement fondée sur les ajustements de tarifs. La vie conventionnelle ne saurait se limiter à la discussion sur l'objectif de dépenses déléguées qui ne concerne que les honoraires.

Le plan de soins infirmiers (PSI) constitue un bon exemple d'une politique conventionnelle entendue au sens large (nomenclature, qualité des soins, pratiques ….)

Le plan de soins infirmiers

L'avenant conventionnel comprenant le PSI définit les soins délivrés aux personnes dépendantes et donne à l'infirmer un rôle de coordinateur. Il a été introduit dans la nomenclature des actes infirmiers par un arrêté publié au JO du 13 octobre. Jusqu'à présent, le médecin prescrivait seul les soins infirmiers effectués à domicile, mais désormais à partir du diagnostic du médecin, l'infirmier établit un bilan des besoins en soins ou en aide courante du patient. Ensuite, l'infirmier définit un programme de soins individualisé pour la personne quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente. Ce bilan et ce programme constituent le PSI, dont le résumé est transmis par l'infirmier au médecin qui le valide et qui est accessible au patient à sa demande. L'infirmier assure les soins classiques (hygiène, prévention) ou, pour une personne dont l'état ne se dégrade pas ou plus, une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention. Parallèlement, un programme d'aide personnalisé est mis en œuvre, qui vise à insérer ou maintenir le patient dans son cadre de vie, pendant lequel l'infirmier l'aide à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relais avec des travailleurs sociaux. Le rôle des infirmiers dans la politique de maintien à domicile est ainsi renforcé. C'est la reconnaissance du fait qu'au-delà de leur mission de soins, ils ont une contribution majeure à la prise en charge globale des patients.

III.- UNE POLITIQUE HOSPITALIÈRE AMBITIEUSE

La politique hospitalière conduite depuis 1997 s'articule autour de trois priorités : la réduction des inégalités dans l'accès aux soins, l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population, la promotion de la qualité et de la sécurité sanitaire.

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) adoptés à la fin 1999, après une large concertation, reprennent, au plan régional, l'ensemble de ces priorités. Les hôpitaux se sont engagés dans un important mouvement de réorganisation afin de répondre aux objectifs de santé publique et aux attentes de la population ainsi définis. En effet, ils doivent s'adapter pour répondre à la croissance de certaines activités :

- le nombre de venues à l'hôpital augmente : l'hospitalisation à temps partiel, c'est-à-dire les venues à l'hôpital autres que les urgences et les consultations, a augmenté de 2,7 % en 1997 et 2,9 % en 1998.

- le nombre d'entrées en médecine progresse de manière significative en 1999 de 3,1 % dans les centres hospitaliers et de 2,7 % en obstétrique.

- la croissance de l'activité dans les services d'urgence est particulièrement manifeste. De 1990 à 1998, le nombre de passages aux urgences dans les établissements est passé de 7 203 000 à 10 331 000 soit + 43 % en huit ans soit 4,3 % par an pour les seuls établissements publics.

- les secteurs de psychiatrie générale connaissent également une croissance d'activité avec une évolution de + 89 % du nombre de patients suivis en hospitalisation à temps partiel entre 1989 et 1997.

A. LA RECOMPOSITION HOSPITALIERE : LE NOUVEL ELAN DONNE PAR LES SROS DE DEUXIEME GENERATION.

1. La poursuite des restructurations

Le total des capacités autorisées au 30 juin 2000 se décompose en :

- 129 873 lits ou places de médecine,

- 116 057 lits ou places de chirurgie,

- 25 710 lits ou places d'obstétrique.

Entre 1999 et 2000, les capacités totales ont été réduites de 1,2 % (- 3 379 lits), poursuivant le mouvement régulier et continu de décroissance observé depuis 1994.

Sur cette période, les capacités de médecine ont diminué de 0,7 %, celles de chirurgie de 1,5 % et celles d'obstétrique de 2,5 %. Ces données traduisent les grandes tendances que l'on peut observer depuis plusieurs années :

- une décélération de la réduction de capacités en médecine pour prendre en compte les besoins émergents liés au vieillissement des personnes,

- une poursuite soutenue de la réduction des capacités de chirurgie et d'obstétrique traduisant les réorganisations auxquelles ces activités sont soumises.

Au total, 9425 lits ont été supprimés de juin 1997 à juin 2000, soit 3,35 %.

En 2001, la réorganisation de l'offre de soins continuera. Les sites d'urgence seront réduits de 600 à 800 et la réorganisation de la périnatalité conduira à la transformation d'environ 50 maternités en centre périnatal de proximité.

Enfin, la coopération sanitaire s'intensifie. Le bilan de la coopération sanitaire qui se fait sous la forme d'une mise à jour de l'Atlas de la recomposition hospitalière qui sera publié d'ici la fin de l'année recense 370 opérations contre 330 au dernier recensement de 1998 dont 224 nouvelles opérations (60 %). Le nombre de fusions juridiques progresse de 94 en cours contre 52 dans le recensement de 1998.

L'analyse en longue période (1994-2000) montre que les inégalités d'équipements autorisés entre les régions tendent à se réduire. Le taux moyen de lits diminue, passant de 5,10 lits/1 000 en 1994 à 4,64 lits/1 000 en 2000. Cette variation s'explique par l'évolution des capacités autorisées mais tient aussi aux évolutions démographiques intervenues et à la prise en compte des données du dernier recensement. Cependant, les régions situées à l'est et au sud d'une ligne Nancy-Bordeaux restent mieux dotées. Les régions les moins équipées en 1994 le restent en 2000. Il s'agit de Poitou-Charentes, Haute-Normandie, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Centre.

La Cour des Comptes, dans le rapport sur la sécurité sociale de septembre 1999, a donné un premier bilan nuancé de la réduction des inégalités entre régions.

Depuis trois ans, il y a eu un effort de péréquation. Ainsi, les trois régions considérées comme prioritaires connaissent une croissance de leur dotation supérieure de 9% pour le Poitou-Charentes et la Picardie, de près de 8,5 % pour le Nord-Pas de Calais. L'écart de croissance entre la région Ile-de-France, qui connaît l'effort de péréquation le plus important et celle qui présente le taux de croissance le plus élevé (Poitou-Charentes) représente près de 10 points. Cet écart est porté avec la répartition initiale pour 2000 à 12,5 points. Toutefois, comparée aux écarts de dépenses par personne hospitalisable dans le secteur public entre les deux mêmes régions qui est de près de 75 %, la réduction des inégalités, bien que significative demeure modeste.

2. SROS de deuxième génération : la prise en compte des besoins de santé

La seconde génération de SROS a un contenu plus qualitatif intégrant les priorités de santé publique. La circulaire du 26 mars 1998 assigne aux SROS trois objectifs : l'amélioration de la prise en compte par l'offre hospitalière des besoins de santé, le développement de la complémentarité entre les différents segments de l'offre (hôpital, médecine de ville, médico-social) et l'accélération de la recomposition du tissu hospitalier.

Les SROS 1 avaient eu un contenu plutôt quantitatif se traduisant pas la répartition géographique des installations et équipements matériels lourds.

Cette évolution est logique car les SROS 2 s'inscrivent, à la différence des premiers, dans un contexte caractérisé par l'émergence d'une politique de santé publique, prenant appui sur les travaux du Haut comité de la santé publique, et des conférences régionales et nationale de santé. Désormais des priorités nationales de santé sont fixées par le rapport annexé à l'article 1er de la loi de financement de la sécurité sociale tandis que l'expression régionale de certains des besoins de santé identifiés par les conférences régionales trouve sa place dans les programmes régionaux de santé.

De plus, les SROS 2 ont d'autres moyens de régulation que les seuls instruments traditionnels de planification, c'est-à-dire les autorisations accordées sur la base de la carte sanitaire. En effet, depuis 1996, l'allocation de ressources aux établissements, l'approbation des projets d'établissement et la négociation entre les établissements hospitaliers et les ARH des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens constituent autant d'instruments importants pour conduire le redéploiement hospitalier.

Les priorités des SROS 1999-2004

Disciplines	MCO : 13 Psychiatrie :4 Soins de suite : 16	Chirurgie ambulatoire : 6 Alternatives à l'hospitalisation complète : 5
Thèmes	Urgences : 25 Périnatalité : 21 Réanimation : 4 Insuffisance rénale chronique : 11 Cardiologie : 17 Cancérologie : 24	Médecine interne 1 Diabétologie : 2 Prévention/éducation santé : 4 Suicide : 3 Douleur : 9 Soins palliatifs : 9 Alcool/tabac : 5
Organisation	Accessibilité géographique : 9 Personnes âgées : 13 Jeunes : 1	Coordination des soins : 19 Gestion des risques : 4 Technologies/communication : 4

Source : « La révision des SROS » direction des hôpitaux, novembre 1999.
Les nombres indiquent le nombre de SROS ayant retenu la priorité.

Dans les SROS, la recomposition du tissu hospitalier n'est plus la priorité absolue. L'examen des priorités montre l'accent mis sur les besoins de la population et les pathologies.

Le rapporteur regrette, avec la Cour des Comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale de 1999, que les complémentarités et les coopérations entre l'hôpital et la médecine ambulatoire prévues de manière significative dans les SROS 2 ne sont pas en réalité applicables dans la mesure où «*les ARH ne disposent d'aucun pouvoir ni moyen d'action à l'égard de la médecine de ville* ».

B. LES HOPITAUX PUBLICS EN MOUVEMENT : LES PROTOCOLES HOSPITALIERS

L'année 2000 a connu une relance de la politique hospitalière. Le Gouvernement a signé deux protocoles d'accord avec les fédérations syndicales, le 13 et le 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 représentant 1,4 milliard de francs par an.

Après les années de contrainte budgétaire aveugle imposées par le gouvernement précédent à partir de 1995, après une remise à plat, par le gouvernement de M. Lionel Jospin, des priorités d'évolution du système

hospitalier, l'heure était venue d'un nouveau départ pour l'hôpital public, fondé sur l'amélioration des conditions de travail et le renouveau du dialogue social d'établissement.

1. Le protocole sur la modernisation du service public hospitalier

Les mesures se répartissent en cinq catégories.

a) L'accroissement des remplacements des agents absents mobilisera, chaque année, 2 milliards de francs sur le budget de l'Etat. Ceux-ci doivent être répartis, à hauteur de 90 %, en enveloppes régionales au prorata des effectifs en équivalent temps plein des établissements financés par dotation globale ; le solde de 10 % doit être réparti ultérieurement. L'attribution des dotations correspondantes se fera aux établissements sur la base de l'examen de leur situation effective. Selon le protocole d'accord, 30 % de ces crédits seront spécifiquement affectés aux remplacements des agents en formation au titre de la promotion professionnelle. Si les crédits dégagés par le Gouvernement sont « pérennes au niveau national » - la dotation devant être reconduite en 2001 et 2002, soit un engagement total de 6 milliards de francs, selon les annexes au protocole d'accord – ils ont vocation à évoluer, pour chaque établissement, en fonction de sa situation et des actions qui y sont menées.

Dans la loi de finances rectificative, 2 milliards de francs ont été ouverts sur un nouveau chapitre « Aide exceptionnelle au service public hospitalier ».

Le protocole prévoit également un relèvement des quotas nationaux des instituts de formation d'infirmières. En 2000, les quotas d'entrée dans des instituts de formation ont été portés à 26 436, soit 8 000 places supplémentaires (arrêté du 6 avril 2000). En 1997, le quota avait baissé de 2 000, il a été relevé de 1 000 en 1998, de 1 200 en 1999. Cet important relèvement des quotas d'entrée se justifie par le vieillissement général de la population qui entraînera une augmentation des besoins de soins, les nouvelles normes en matière de personnels dans un souci d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la mise en place des 35 heures.

b) L'amélioration des conditions de travail s'appuiera sur des « contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ». Ceux-ci devront reposer sur un diagnostic de la situation, réalisé par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, en associant les personnels médicaux et non-médicaux. Des financements spécifiques seront accordés par les ARH, sur la base d'une enveloppe de 400 millions de francs en 2000. Par ailleurs, les actions

de modernisation figurant dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens pourront bénéficier de concours spécifiques à hauteur de 400 millions de francs. Des crédits seront également consacrés à un programme de renforcement des équipes de médecine du travail, notamment à travers la création de 30 postes de médecins du travail sur cinq ans.

Le présent projet de loi propose de créer un fonds de modernisation des établissements de santé, qui financera les actions évoquées ci-avant ainsi que les aides individuelles concernant la formation, la mobilité et la reconversion, liées à des opérations de recomposition de l'offre hospitalière, dans une enveloppe de 200 millions de francs pour 2000.

Le financement par le fonds, dont les ressources viendront de la sécurité sociale, des actions d'amélioration des conditions de travail se traduira donc par un volume total de crédits de 1 milliard de francs, dont l'éventuel reliquat sera reporté sur 2001. Selon les termes du protocole, «*ce fonds sera abondé, dans les années ultérieures, à partir de l'analyse des besoins et à la suite d'un bilan qui sera présenté aux organisations syndicales signataires. D'ores et déjà, le Gouvernement s'engage à doter ce fonds de 300 millions de francs en 2001 et 300 millions de francs en 2002.* »

c) La prévention de la violence fera l'objet d'actions spécifiques intégrées aux contrats d'amélioration des conditions de travail. Les ARH disposeront de 100 millions de francs de crédits supplémentaires pour financer des projets locaux de prévention, en priorité sur les sites d'accueil du public. Les problèmes particuliers de sécurité des hôpitaux seront, par ailleurs, pris en compte dans les contrats locaux de sécurité et les contrats de ville.

d) Le soutien à l'investissement est le deuxième point du protocole qui nécessite des crédits budgétaires de l'Etat. L'objectif est d'amplifier les projets de réorganisation des activités et des locaux, financés par le FIMHO. A cette fin, les autorisations de programme ouvertes en 2000 sont passé de 200 millions de francs en loi de finances initiale à 800 millions de francs en loi de finances rectificative.

e) Le renforcement des urgences s'inscrit dans la ligne des mesures décidées le 9 juin 1999 par le Gouvernement en faveur des médecins urgentistes, notamment la création, étalée sur trois ans, de 230 postes de praticiens hospitaliers et diverses mesures de revalorisation salariale et de transformations de postes.

Dès 2000, des moyens complémentaires issus de la sécurité sociale seront affectés, pour un montant global de 300 millions de francs, au renforcement des activités concourant directement à l'organisation de l'urgence

hospitalière. Ils devraient permettre de financer le recrutement de personnels médicaux et non médicaux ainsi que les dépenses liées à l'aménagement et à l'équipement des locaux.

2. Le protocole sur le statut professionnel des praticiens hospitaliers

Cet accord, qui se réfère explicitement au protocole sur la modernisation du service public hospitalier, constate qu'il convient de « *conforter le rôle des médecins et l'attractivité des carrières des praticiens hospitaliers* ».

Le protocole prévoit « *une valorisation particulière de l'exercice exclusif au sein du service public, une revalorisation de la carrière, des mesures d'incitation à pourvoir des postes structurellement vacants* ».

Les principales mesures portent sur :

1. la création d'une indemnité de service public exclusif au bénéfice des praticiens hospitaliers (PH) qui s'engagent, pour une période de trois ans renouvelable, à ne pas exercer d'activités libérales ; son montant a été fixé à 2 084 F par mois pour la période du 1er mai 2002. Les textes correspondant à ces mesures, entrées immédiatement en application, ont été publiés au Journal officiel du 9 juin 2000 (décret n° 2000-503 et arrêté du 8 juin 2000) ; à cette fin les moyens financiers ont été délégués aux établissements par la circulaire budgétaire de mi-campagne, le 8 août 2000. Des instructions similaires seront données pour étendre aux personnels hospitalo-universitaires le bénéfice de cette mesure ;

2. le versement d'une prime pour exercice sur plusieurs établissements : fixée à 2500 F par mois, pouvant être servie aux praticiens hospitaliers et aux praticiens exerçant à temps partiel, elle a donné lieu à la délégation des moyens financiers nécessaires et à une circulaire d'instruction, prochainement adressée aux agences régionales de l'hospitalisation ; des dispositions similaires seront prises pour les hospitalo-universitaires et les assistants ;

3. l'amélioration de la carrière des praticiens hospitaliers, des maîtres de conférences (MCU-PH), des assistants et des praticiens adjoints contractuels. Les textes correspondants ont été publiés ou sont en préparation : les moyens financiers ont été délégués pour prise d'effet aux dates prévues par les protocoles et les décrets statutaires. Ainsi, s'agissant des PH et des praticiens à temps partiel, les nouvelles grilles indiciaires établies par les décrets du 8 juin

2000, qui prennent effet au 1er novembre 2000, raccourcissent les carrières et accélèrent leur déroulement (par exemple : suppression des quotas statutaires pour accéder à certains échelons) ; les conditions de reclassement dans ces nouvelles grilles aboutissent à une augmentation générale des rémunérations qui peut atteindre 16% en début de carrière. Ainsi, encore, un nouveau statut et une nouvelle grille de rémunération, plus avantageux, ont été établis au bénéfice des PAC et publiés au Journal officiel dès le 1er août 2000 ;

4. la mise en place d'un repos de sécurité : le principe du repos de sécurité sera introduit dans les textes statutaires qui le nécessitent à l'instar du statut des PH modifié en ce sens en 1999. Les modalités de mise en place du repos de sécurité après une garde lourde ont fait l'objet d'une concertation intensive avec les intersyndicales des praticiens, et seront rediscutées en cohérence avec le processus de réduction du temps de travail engagé dans la fonction publique ;

5. un dispositif d'incitation pour les postes difficiles à pourvoir : les travaux, menés en étroite concertation avec les organisations syndicales, se poursuivent actuellement.

Des protocoles complémentaires ont été signés avec les représentants des internes, des étudiants en médecine et des hospitalo-universitaires. En particulier, s'agissant du travail des week-ends et jours fériés des internes, résidents et chefs de clinique, des instructions on été données aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation et aux directeurs d'établissements pour que ces services soient mieux pris en compte.

Application des accords avec le personnel hospitalier

1. Protocole 14 mars 2000 avec les praticiens hospitaliers

• Engagement de service public exclusif :

- Décret n° 200-503 du 8 juin 2000 modifiant le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers

- Arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif

• Prime multi-établissements :

- Décret n° 99-563 du 6 juillet 1999 modifiant le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers

- Décret n° 99-564 du 6 juillet 1999 modifiant le décret n° 85-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics

- Arrêté du 6 janvier 2000 fixant le taux et les modalités de versement de l'indemnité pour activité sur plusieurs établissements exercée par certains praticiens hospitaliers et certains praticiens exerçant à temps partiel.

• Revalorisation de la carrière – grille de rémunération **:**

? Praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel

Amélioration de la carrière – avancement d'échelon :

- Décret n° 2000-503 pour les praticiens à temps plein et décret n° 2000-504 pour les praticiens hospitaliers exerçant leurs fonctions à temps partiel

- Arrêtés portant revalorisation des émoluments hospitaliers : arrêtés du 14 septembre 2000 en cours de publication.

? Assistants des hôpitaux: arrêté du 22 juin 2000 relatif aux émoluments des assistants des hôpitaux.

? Praticiens adjoints contractuels

- Décret n° 2000-774 du 1er août 2000 modifiant le décret n° 95-569 du 6 mai 1995 relatif aux médecins et pharmaciens recrutés par les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitaliers en application des articles 3 et 4 de la loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre sociale

- Arrêté du 1er août 2000 relatif aux émoluments des praticiens adjoints contractuels recrutés dans les établissements publics de santé

2. Accord avec les internes du 3 mai 2000

• Astreinte de médecine et de chirurgie : arrêté du 6 juin 12000 relatif aux astreintes des internes

• Revalorisation de la rémunération : arrêté du 6 juin 2000 relatif aux émoluments hospitaliers des internes, des résidents en médecine et des faisant fonction d'interne.

• Travail des week-ends et jours fériés : repos de sécurité, réforme des études médicales (dispositions réglementaires en cours)

3. Accord avec les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et assistants hospitaliers universitaires 9 mai 2000

• Rémunération de base: arrêté du 22 juin 2000 relatif à la rémunération des chefs de clinique-assistants des hôpitaux et assistants hospitaliers universitaires en médecine et en odontologie

• Travail des week-ends et jours fériés : repos de sécurité (dispositions réglementaires en cours)

4. Accord avec les étudiants en médecine et en odontologie du 24 juillet 2000

Dispositions réglementaires en cours

5. Accord avec les personnels hospitalo-universitaires du 27 juillet 2000

• Revalorisation des émoluments hospitaliers des maîtres de conférence : disposition réglementaire en cours

• Indemnité de service public exclusif (dispositions réglementaires en cours)

• Repos de sécurité (dispositions réglementaires en cours)

• Prime multi-établissements (dispositions réglementaires en cours)

3. Le financement de ces mesures

Ces deux protocoles représentent à n'en pas douter une rupture en matière de politique hospitalière. En effet, depuis une dizaine d'années, une logique de rigueur budgétaire a prévalu de manière continue et les praticiens hospitaliers n'avaient pas connu de réforme de leur statut et de revalorisation de carrières depuis 1984.

L'ensemble de ces mesures a un impact financier en 2000 sur l'ONDAM évalué à 400 millions de francs (toutes mesures confondues).

Les dépenses nouvelles de la branche maladie, non financées par le budget de l'Etat mais à la charge de la sécurité sociale, s'élèvent à 1,6 milliard de francs :

- 400 millions de francs pour la prévention de la violence et les urgences financés sur la base de l'ONDAM,

- 400 millions de francs pour les médecins hospitaliers (indemnité de service exclusif) financés sur la base de l'ONDAM

- 800 millions de francs pour le FMES nouveau hors ONDAM.

En réalité, cette charge nouvelle est à relativiser. Le solde du régime général ne sera pas réellement affecté à hauteur de 1,6 milliard de francs.

D'une part, les 800 millions de francs prévus pour la prévention de la violence, les urgences et la revalorisation des médecins hospitaliers seront puisés dans la « marge résiduelle » de l'ONDAM. Cette marge résiduelle résulte du fait que la somme des quatre sous-enveloppes de l'ONDAM (soins de ville, hôpitaux, cliniques, médico-social) n'est pas égale au montant total de l'ONDAM voté par le Parlement. Il s'agit donc d'une marge de manœuvre que le Gouvernement s'était réservé. En 2000, elle s'élève justement à 800 millions de francs pour un ONDAM de 658,3 milliards de francs.

D'autre part, le Fonds de modernisation des établissements de santé (FMES) à créer va être en grande partie provisionné par le fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO). Ce fonds créé par la loi de financement pour 1998 pour une durée de cinq ans n'est entré en application qu'au 1er janvier 1999 et sa dotation n'a pas été consommée. Le FMES sera donc doté de 800 millions de francs et sera provisionné à hauteur de 400 millions par le FASMO (reliquat 1999 et dotation prévue en 2000).

En conclusion, la véritable charge financière pour la sécurité sociale n'est donc que de 400 millions de francs (dotation du FMES nouveau).

Mais, à ces 400 millions de francs s'ajoute une enveloppe de 2 milliards de francs hors ONDAM destinée à assurer le financement des remplacements.

Financement des deux protocoles hospitaliers en 2000

Mesures nouvelles en 2000 en millions de francs	***État***	***Sécurité sociale***
Remplacements	2 000	
Revalorisation des carrières		400
Violences		100
Urgences		300
Fonds de modernisation		800
Investissement (FIHMO)	600	
Montant total	**2 600**	**1 600**

Le financement de cette enveloppe est assuré par le budget de l'Etat (loi de finances rectificative). Cette mesure est pérenne et devrait être reconduite dans les années à venir mais il faut noter que les 2 milliards pour 2001 n'ont pas été inscrits dans la loi de finances initiale.

Par cette « aide exceptionnelle » de 2 milliards de francs, la progression des dépenses hospitalières des établissements sous dotation globale passe ainsi de 2,5 % à 3,23 %. Elle porte l'augmentation en masse d'une année sur l'autre à près de 8,3 milliards de francs, soit une majoration de 30 % par rapport à la progression initiale. Ce supplément de crédits représente donc un effort très substantiel.

La Cour des Comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2000, regrette que ces crédits alloués aux établissements aient été pris en charge par l'Etat.

Le financement des établissements de santé s'articule autour de trois types de recettes :

- la dotation globale de financement versée par l'assurance maladie (le groupe 1) ;

- les produits de l'activité hospitalière : forfait journalier, ticket modérateur... (le groupe 2) ;

- les recettes subsidiaires : activité des hôpitaux au profit de tiers (le groupe 3).

Les crédits destinés aux remplacements des agents en congé sont considérés comme une recette du groupe 3 (recette subsidiaire prenant la forme d'une subvention d'État). Concernant les crédits pérennes affectés à des dépenses de fonctionnement, la Cour considère que cette solution tend à minimiser l'évolution des dépenses encadrées par l'ONDAM et fausse la sincérité de l'objectif fixé par le législateur. Elle demande par conséquent que ces crédits soient réintégrés dans les recettes du groupe 1 et les dépenses encadrées incluses dans l'ONDAM.

En affectant ce supplément de crédits au financement des remplacements des agents absents, les pouvoirs publics reconnaissent implicitement la limite de la procédure de régulation budgétaire mise en place dans le secteur hospitalier. Les tensions apparues dans un certain nombre de régions et d'établissements, du fait d'une dotation insuffisante pour assurer la reconduction des moyens à effectifs constants, résultent en effet très largement d'économies obtenues sur les crédits affectés habituellement aux remplacement, les plus faciles à comprimer à court terme.

La répartition de ce supplément a fait l'objet d'une première répartition entre les régions à hauteur de 1,8 milliards de francs. Elle a été notifiée par une lettre de la ministre de l'emploi et de la solidarité aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation en date du 8 mars 2000. Le solde de 200 millions de francs sera réparti ultérieurement.

Cette répartition a été effectuée sur la base des effectifs exprimés en équivalent temps plein des établissements concernés. Les régions les mieux dotées sont l'Ile-de-France (64,7 millions de francs, c'est-à-dire 550 emplois titulaires et 3338 mensualisés. A titre d'exemple, La Pitié-Salpétrière (le site le plus important de l'AP-HP) est dotée de 42 emplois et Saint-Louis de 16 emplois. Le taux de croissance des dotations hospitalières régionales est ainsi majoré pour toutes les régions de 0,68 point en moyenne. Cette répartition donc atténue la portée de l'effort de péréquation.

Le rapporteur se félicite du caractère ambitieux de la politique hospitalière menée par le Gouvernement. Les besoins en matière hospitalière doivent être pris en compte car l'hôpital public reste le garant de soins de qualité et accessibles à tous. L'exemple du cancer est à ce titre significatif. Des traitements médicamenteux efficaces existent mais les médicaments du cancer ont

un coût très élevé, qui a augmenté, selon la Fédération hospitalière de France, de 150 % en cinq ans. On peut estimer la dépense liée aux médicaments de traitement du cancer à 2,8 milliards de francs. Une valorisation en points ISA des spécialités pharmaceutiques onéreuses a été adoptée, tant en ambulatoire qu'en hospitalisation complète. Dès la campagne budgétaire 2001, il sera possible de prendre en compte dans l'appréciation de l'activité des établissements mesurée par le PMSI la part des points ISA liés à la consommation de ces spécialités pharmaceutiques onéreuses. Le surcoût lié à ces médicaments doit être pris en compte dans le calcul de la marge de manœuvre de la dotation globale.

C.- LA RÉGULATION RÉUSSIE DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

L'article 33 de la loi du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 instaure de nouvelles procédures d'allocation des ressources aux cliniques privées en faisant varier progressivement les tarifs tant au niveau des régions que des établissements, pour tenir compte de l'activité médicale et de l'implication de la structure dans les réponses aux besoins de santé.

Il revient ainsi désormais, chaque année, à un accord conclu au niveau national entre l'Etat et les fédérations de cliniques, de fixer d'une part, l'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne, dans chaque région, des tarifs des prestations, d'autre part, les variations maximale et minimale des taux d'évolution qui peuvent être alloués aux établissements par les agences régionales de l'hospitalisation.

Pour l'année 2000, un accord national conclu le 1er mars prévoit une augmentation moyenne des tarifs de 1,25 % à compter du 1er mai 2000 pour la métropole (1,33 % France entière), cette augmentation étant modulée entre les régions sur la base de critères analogues à ceux utilisés pour les établissements sous dotation globale. Les taux moyens applicables dans chaque région ont été modulés de façon à réduire progressivement les inégalités de coûts entre régions. *(cf tableau)*.

Accord national tarifaire 2000

Régions	Taux régional modulé
Alsace	1,21 %
Aquitaine	1,38 %
Auvergne	1,17 %
Basse-Normandie	1,44 %
Bourgogne	1,30 %
Bretagne	1,37 %
Centre	1,37 %
Champagne-Ardennes	1,32 %
Corse	1,29 %
Franche-Comté	1,44 %
Guadeloupe	9,73 %
Guyane	8,76 %
Haute-Normandie	1,44 %
Ile-de-France	0,98 %
Languedoc-Roussillon	1,23 %
Limousin	1,43 %
Lorraine	1,17 %
Martinique	8,95 %
Midi-Pyrénées	1,30 %
Nord-Pas-de-Calais	1,32 %
PACA	1,27 %
Pays de la Loire	1,42 %
Picardie	1,33 %
Poitou-Charentes	1,53 %
Réunion	2,40 %
Rhône-Alpes	1,31 %
France entière	1,33 %

Cette modulation appliquée à la part MCO est inversement proportionnelle à l'écart entre la valeur du point ISA de la région et la valeur nationale métropolitaine.

Conformément au décret n° 2000-41 du 21 février 2000 pris en application des articles L. 162-22-2 et L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale, ce taux est déterminé de manière à assurer le respect de l'objectif quantifié national fixé à 43,7 milliards de francs pour l'année 2000, en évolution de 2,28 % par rapport à 1999 (arrêté du 13 janvier 2000). Il tient compte notamment du niveau prévisible des dépenses d'assurance maladie pour ces établissements en 1999 et de la croissance prévisible en volume des prestations remboursées au cours de l'année 2000 de 1,25 %.

Cet accord fixe, en outre, la fourchette de modulation des tarifs entre établissements situés dans une même région à – 0,7 points et + 40 points par rapport au taux moyen régional. Enfin, il prévoit une enveloppe spécifique de 100 millions de francs destinée à financer des revalorisations de tarifs des activités d'obstétrique et de chirurgie cardiaque.

Les négociations menées par les ARH avec les fédérations représentatives des établissements concernés se sont déroulées dans de bonnes conditions et ont abouti dans toutes les régions à la signature d'un accord dans les délais impartis par la loi, soit avant le 1er avril 2000. On peut relever globalement le fait que l'allocation différenciée des moyens a été une dominante de ces accords. Par ailleurs, conformément à la loi, les modulations ont été fondées sur les critères suivants : la réduction des inégalités tarifaires, les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, les priorités de santé régionales et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Dans le cadre du suivi « quadrimestriel » de l'OQN, les premiers résultats fournis par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés dans les délais prévus par la loi (soit avant le 15 juin) et présentés aux fédérations nationales le 4 juillet dernier permettent d'envisager un respect de l'OQN.

L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a également réformé les règles de remboursement des frais d'acquisition et de renouvellement de certains dispositifs médicaux, inscrits au tarif interministériel des prestations sanitaires, utilisés par les médecins exerçant dans les cliniques. Un arrêté du 6 juillet 2000 précise quels sont les produits concernés et la part qui doit être versée à l'établissement (80 % de l'écart entre le tarif de responsabilité et le prix effectivement facturé). Il est aujourd'hui prématuré de dresser un bilan de cette réforme.

Cet article prévoyait la mise en place d'une caisse unique pour le versement aux cliniques de la part des frais d'hospitalisation pris en charge par l'assurance maladie. Au vu des travaux réalisés tout le long de l'année avec les

caisses nationales et organismes chargés de la gestion d'un régime de sécurité sociale et les fédérations de cliniques, une mise en œuvre effective d'un système de « caisses-pivots » en 2001 peut être attendue.

Enfin, l'article 33 a créé un fonds pour la modernisation des cliniques privées. L'objectif est d'aider à la recomposition du tissu hospitalier dans le secteur privé. Il est le pendant pour les cliniques privés du fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO). Il a été doté pour 2000 de 100 millions de francs. L'article 35 du présent projet de loi propose d'augmenter pour 2001 les crédits de 50 % (150 millions) afin d'accompagner plus activement encore les opérations de restructuration.

Par ailleurs, l'article 34 du présent projet de loi propose la mise en place pour les cliniques privées d'une rémunération de l'activité d'urgence dans le cadre de l'OQN. Compte tenu des spécificités des urgences, le financement prévu dans ce nouvel article combine un forfait global annuel pour couvrir les frais fixes inhérents à cette activité et un tarif de prestation au passage.

IV.- LE MÉDICAMENT : LA POURSUITE DE REFORMES STRUCTURELLES

Les dépenses de médicament ont progressé de 6,3 % pour l'année 1999 et devraient augmenter de 6 à 7 % en 2000. La France ne constitue pas, dans ce domaine, une exception puisque la plupart des pays occidentaux connaissent une évolution encore plus rapide de ces dépenses (augmentation de l'ordre de 12 % aux Etats-Unis, de l'ordre de 10 % au Royaume-Uni, en Italie et en Allemagne, selon l'Information médicale et statistique (IMS)). Cependant, la France est le pays d'Europe dans lequel la consommation pharmaceutique est la plus élevée.

Le taux moyen de remboursement du médicament continue à progresser et atteint 72,9 % en 1999 pour le régime général, soit une hausse de 0,5 % par rapport à 1998.

Croissance de la dépense remboursée de médicaments du régime général risque maladie

Evolution en %

	1998	***1999***
Médicaments remboursés à 35 %	+ 2,2	+ 0,6
Médicaments remboursés à 65 %	+ 6,1	+ 5,4
Médicaments remboursés à 100 %	+ 11,1	+ 8,2
Total des remboursements de médicaments	+ 8,1	+ 6,3

(Source : CNAMTS)

En millions de francs	***Dépenses de médicaments remboursées par la CNAMTS***	***ONDAM (régime général)***	***Part des dépenses de médicaments dans l'ONDAM***
1996	60 380	473 724	12,7 %
1997	63 664	482 725	13,2 %
1998	68 803	503 268	13,7 %
1999	73 734	518 931	14,1 %

(Source : CNAMTS)

En 2000, les dépenses de médicament sont le premier motif de dépassement de l'ONDAM : 6 milliards sur 11 milliards de francs. La politique du Gouvernement doit donc être poursuivie et amplifiée.

Les réformes sans précédent menées par le Gouvernement visent d'abord à optimiser la prescription et le remboursement.

A. LA RÉÉVALUATION DES MÉDICAMENTS

1. Une réévaluation achevée

En 1998, la ministre de l'emploi et de la solidarité a demandé à la commission de la transparence d'apprécier le «service médical rendu» (SMR) pour l'ensemble des médicaments actuellement remboursés. Le SMR prend en compte le rapport efficacité/sécurité du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique, la gravité de la maladie considérée, le caractère curatif, préventif ou symptomatique de l'action du médicament ainsi que son intérêt pour la santé publique. Les critères de prise en charge des médicaments par l'assurance maladie ont été modifiés par décret du 27 octobre 1999 afin de les fonder sur le service médical rendu par le médicament.

Les travaux de la commission de la transparence ont permis de classer les médicaments en trois groupes en fonction du SMR (majeur ou important, modéré ou faible, insuffisant) et de la gravité des pathologies pour lesquels ils sont indiqués. Ces éléments permettent de fixer le niveau de la prise en charge : remboursement à 65 %, remboursement à 35 %, absence de remboursement.

Ces travaux sont désormais achevés. Au total, 2 663 médicaments ont été réévalués : 60 % ont été classés en SMR majeur ou important, 15 % en SMR modéré ou faible, 25 % en SMR insuffisant.

2. Les premières décisions

Le Gouvernement a tiré les conséquences des avis formulés par la Commission de la transparence et a pris cet été deux mesures :

- l'ouverture de négociations par le comité économique des produits de santé pour envisager une baisse sensible, de l'ordre de 20 % sur trois ans, des prix des médicaments dont le SMR est insuffisant ;

- l'égalisation (arrêté en juillet 2000) du taux de remboursement de l'ensemble des vasodilatateurs, classe thérapeutique dont le SMR est considéré comme insuffisant, à 35 %.

Pour accompagner cette politique, le présent projet de loi propose de donner aux industriels la possibilité de faire, par anticipation, de la publicité auprès

du public, pour certains médicaments faisant l'objet d'une radiation de la liste des médicaments remboursables (article 38)

Avec ces deux mesures importantes, un milliard de francs devrait être économisé sur l'année 2001.

3. La réforme du remboursement

Le Gouvernement entend mener une réforme profonde du remboursement dans un délai de trois ans. A l'issue d'une période transitoire de trois ans (2000, 2001, 2002), les médicaments à SMR insuffisant sortiront du remboursement.

Cette réforme sera mise en œuvre après concertation par le Comité économique des produits de santé avec chaque laboratoire, dans le cadre de la politique conventionnelle. Le délai de trois ans permet de laisser un temps d'adaptation aux patients et aux prescripteurs qui doivent bénéficier d'une information adaptée sur les nouvelles possibilités thérapeutiques, ainsi qu'aux laboratoires dont l'activité pourrait être affectée par ces évolutions.

Cette réforme des conditions de prise en charge des médicament par l'assurance maladie n'est en aucun cas du déremboursement « en aveugle » par simple souci d'économies. Il s'agit au contraire d'une politique qui va dans le sens d'une amélioration de l'efficacité de la dépense de santé. L'économie faite sur des produits qui n'améliorent pas l'état de santé des Français pourra être consacrée à des produits plus efficaces, plus innovants et plus onéreux.

B. LE DEVELOPPEMENT DES GENERIQUES

1. Un axe prioritaire de la politique du médicament

Le marché du médicament générique est insuffisamment développé en France alors que les économies potentielles sont considérables.

Le développement des médicaments génériques doit permettre une meilleure affectation des ressources de l'assurance maladie. L'intérêt des génériques est qu'à efficacité et sécurité strictement identiques, ils permettent de réaliser des économies pour financer les médicaments innovants et pour améliorer la prise en charge des assurés sociaux dans les secteurs où elle est actuellement insuffisante.

Le développement des médicaments génériques a été encouragé par une série de mesures prises en 1999.

La diffusion des médicaments génériques a été encouragée par l'adoption du droit de substitution des pharmaciens d'officine, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Le décret d'application du 11 juin 1999 permet aux pharmaciens de proposer à l'assurer de lui délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique, sauf si le médecin a mentionné sur l'ordonnance « non substituable ».

Parallèlement, les médecins sont encouragés à prescrire des génériques à leurs patients. Ils disposent à cet effet du répertoire des génériques de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, régulièrement actualisé (la dernière actualisation a été publiée au journal officiel du 2 septembre 2000).

Les médecins qui ont choisi de devenir «médecin référent » se sont engagés à effectuer 15 % de leurs prescriptions en équivalents thérapeutiques, dont 5 % au titre des médicaments génériques.

La réforme des marges de distribution prévue par arrêté du 28 avril 1999 permet aux pharmaciens et aux distributeurs en gros de bénéficier de la même marge sur les génériques que celle qu'ils perçoivent sur la spécialité de référence correspondante.

Les pharmaciens se sont engagés sur un objectif de substitution de 35 % dans le protocole d'accord du 28 avril 1999.

Enfin, les procédures préalables à la mise sur le marché des génériques, c'est-à-dire leur admission au remboursement et la fixation de leurs prix, ont été allégées.

2. Des résultats encore modestes

Les génériques représentent en 2000 5 % de l'ensemble des unités vendues de médicaments remboursables (contre 4 % en 1999) et 2,3 % du chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques (contre 2 % en 1999). La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) vient de publier une étude comparative qui montre que la France est à l'avant-dernière place des pays de l'OCDE sur le générique.

Concernant l'objectif de substitution, les dernières statistiques disponibles permettent de faire le suivi sur les douze mois contractuels à compter de la date d'application du décret relatif à la substitution précitée. Le champ retenu est celui du cinquième répertoire des génériques publié le 20 juin 1999.

Le Protocole additionnel prévoit que l'engagement des pharmaciens en termes de substitution sera réputé atteint si le coût moyen de l'ensemble des groupes génériques diminue de 10,5 %.

La Cour des Comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale pour 1999, constate que le développement des ventes de médicaments génériques reste «*en deçà de l'objectif retenu, objectif déterminé, il est vrai, sans étude préalable approfondie* ». Pour la période juillet 1999-juillet 2000, la baisse du prix moyen des médicaments appartenant aux groupes génériques est de 5 % par rapport au dernier trimestre 1998 qui est la période de référence figurant dans l'accord.

En réalité, le droit de substitution tend à désengager les généralistes de la promotion des génériques. Pour accélérer le développement des génériques, il faudrait permettre aux praticiens de prescrire sous DCI.

C. DES MESURES INNOVANTES POUR 2001

1. Le bon usage du médicament

Il importe de s'assurer de la bonne utilisation du médicament, qui nécessite elle-même de disposer d'une analyse précise des prescriptions et des consommations. A cette fin, sont développés : le codage des médicaments vendus à l'officine, l'accès aux données dont disposent les industriels, l'amélioration du système d'information hospitalier et l'information du médecin de ville. Le Comité économique des produits de santé a été doté d'un budget permettant une amélioration sensible de son système d'information.

Il est également nécessaire d'améliorer l'information et les supports d'information pour les professionnels de santé. Les entreprises pharmaceutiques dépensent chaque année 12 milliards de francs au titre de la promotion des médicaments auprès des prescripteurs. Cette action massive de promotion qui s'appuie notamment sur le réseau de 15 000 visiteurs médicaux n'est pas sans lien avec le niveau élevé des dépenses de médicaments en France.

Une réforme importante du contrôle de la promotion des laboratoires a été menée depuis trois ans. Elle s'est appuyée notamment sur une réforme de la taxe sur la promotion pharmaceutique, l'introduction de sanctions financières conventionnelles en cas d'infraction constatée par rapport à la réglementation sur la publicité et un encadrement des dépenses promotionnelles dans le cadre des conventions signées par le comité économique des produits de santé.

Mais cette action de maîtrise de la promotion des laboratoires ne peut être efficace qui si elle est accompagnée d'un effort substantiel d'information auprès des prescripteurs non lié aux laboratoires pharmaceutiques. Dans ce but, un groupe confraternel d'information des prescripteurs sera mis en place afin d'élaborer et de diffuser auprès des prescripteurs une information objective et facilement utilisable sur les prescriptions de médicaments, leurs coûts et leur insertion dans les stratégies thérapeutiques. Ce groupe, constitué d'experts et de médecins proches du terrain, s'appuiera notamment sur les travaux scientifiques des agences sanitaires.

Pour financer ces actions d'information et notamment celles du groupe confraternel, il est nécessaire de dégager des moyens financiers suffisants pour assurer une mise en forme et une diffusion de l'information adaptée aux enjeux. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 propose dans ce but la création d'un fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique à destination des professionnels de santé. Ce fonds sera alimenté par une fraction (10 %) du produit de la taxe sur la promotion pharmaceutique affecté jusqu'à présent en totalité à l'assurance maladie, soit environ 130 millions de francs.

2. Le développement des médicaments orphelins

On estime à 3 millions de personnes en France le nombre de patients répertoriés dans 6 000 maladies orphelines répertoriées, avec des effectifs allant de 200 à 30 000 patients. L'industrie pharmaceutique n'a que peu d'intérêt à développer des médicaments destinés à traiter des maladies rares dans la mesure où les marchés potentiels de ces produits sont faibles.

A l'initiative de la France, un règlement européen sur les médicaments orphelins a été adopté le 16 décembre 1999 par le Parlement européen. Ce texte prévoit une procédure de désignation des médicaments orphelins fondée sur des critères précis (faible nombre de patients, traitement de maladies très graves et invalidantes pour lesquelles, en l'absence de mesure incitative, aucun médicament ne serait développé ou aucun autre médicament autorisé dans la Communauté pour traiter une affection grave) et des mesures incitatives pour encourager les entreprises à entreprendre le développement de ce type de spécialités (exclusivité commerciale, dispense au moins partielle du paiement de la redevance due à l'Agence européenne du médicament qui sera chargée de la désignation de ces médicaments).

En dehors de ces incitations précises, le texte prévoit que chaque Etat membre devra prendre des mesures incitatives.

Le présent projet de loi propose un premier train de mesures incitatives, ces médicaments étant exonérés de l'ensemble des taxes sur l'industrie et la distribution pharmaceutique (contribution sur la distribution en gros, contribution sur les dépenses de promotion, contribution au titre des ventes directes des entreprises, taxe annuelle sur les spécialités pharmaceutiques).

Cette mesure accompagnera la politique conventionnelle du Comité économique des produits de santé dans le domaine et devra être complétée par des mesures fiscales et des mesures d'aide à la recherche.

Cinquante dossiers de médicaments ont déjà été déposés au niveau européen. La mise en place des incitations inscrites dans le présent projet de loi favorisera l'introduction de ces produits dès l'année 2001. Le chiffre d'affaires associé et les coûts de distribution pourraient atteindre rapidement 100 à 200 millions de francs pris en charge par la sécurité sociale. Les dépenses supplémentaires d'assurance maladie et les pertes de recettes liées aux exonérations de taxation seraient alors supérieures à 100 millions de francs.

3. L'aide à la recherche pharmaceutique

Le budget de recherche et de développement est de 12,5 % du chiffre d'affaires du secteur en 1998. Il s'agit d'une moyenne, le pourcentage affecté à la recherche et au développement variant selon la taille de l'entreprise et pouvant atteindre 20 % pour les groupes les plus importants. Ce ratio est relativement moins important que celui de certains autres pays européens (Suède 27 %, Royaume-Uni 22 %) mais supérieur à celui du Japon (8 %) ou de l'Italie (6 %).

Si l'effort de recherche des grands groupes français se situe au niveau de celui des groupes étrangers, celui de nombreux groupes de taille plus modeste est généralement insuffisant pour découvrir et développer de nouveaux produits. De ce fait, leur portefeuille de produits est vieillissant avec une part considérable de ventes non protégées par des brevets. La mise sur le marché d'une produit innovant nécessite en effet des investissements pouvant atteindre plus d'un milliard de francs. Dans ces conditions, de nombreux laboratoires français de taille moyenne, souvent à capitaux familiaux ne sont pas en mesure d'atteindre une taille suffisante pour supporter les coûts de développement d'innovations dans un secteur où les coûts fixes de recherche et développement sont fortement croissants. Dans ce contexte, un certain nombre de ces laboratoires sont contraints d'accepter des offres de reprises par des laboratoires étrangers qui cherchent à s'implanter sur le marché français.

Ainsi, depuis une dizaine d'années, la France a considérablement régressé dans la hiérarchie des pays découvreurs de molécules. Mais la filière

pharmaceutique, du fait notamment des enjeux technologiques qu'elle représente, doit être considérée comme stratégique. C'est pourquoi plusieurs mesures sont prises pour favoriser la recherche pharmaceutique :

- concentration progressive des financements de la sécurité sociale vers les médicaments innovants ;

- incitations publiques à la recherche ; les « start-up » pharmaceutiques peuvent bénéficier des programmes transversaux d'aide aux entreprises faisant de la recherche (capitaux apportés par l'Etat et gérés par la caisse des dépôts et consignations) ainsi que du fonds de bio-amorçage pour les industries des sciences du vivant ;

- mise en place d'un réseau de recherche et d'innovation technologique par le ministère de la recherche et le ministère de l'industrie pour favoriser la recherche sur le génome humain pour 200 millions de francs en 2000, cette action étant poursuivie en 2001 et 2002.

L'étude Médicam : le suivi des dépenses de médicaments par la CNAMTS

Moins de 9% des 2300 médicaments remboursés occasionnent les deux tiers de frais de remboursement de médicaments du régime général d'assurance-maladie.

Ce constat est dressé par l'étude « Médicam » menée par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et publiée le 13 septembre 2000. Selon cette analyse des données de l'année 1999, le produit arrivant en tête des dépenses, avec 1,23 milliard de francs à lui seul, est un anti-ulcéreux, le Mopral ; c'est également le médicament dont les ventes représentent le plus gros chiffre d'affaires au monde. Les autres médicaments complétant le groupe des dix produits dont le montant de prescription est le plus élevé sont, par ordre décroissant, le Zocor et le Tahor (deux spécialités de la famille des statines faisant baisser le taux de cholestérol), le Prozac et le Deroxat (antidépresseurs), le Vastarel (à visée cardio-vasculaire), le Di-Antalvic et le Doliprane (analgésiques), l'Augmentin (antibiotique) et le Tanakan (vasodilatateur).

Ces chiffres sont à mettre en rapport avec une statistique impressionnante donnée par la CNAMTS : *« En 1999, les Français ont consommé en moyenne environ 50 unités de médicaments (boîtes, flacon, etc.), soit près d'une par semaine. Le montant total de cette consommation s'est élevé à 150 milliards de francs, dont plus de 130 milliards pour les médicaments dispensés en ville »* Pour donner un ordre de grandeur, la caisse compare ces chiffres aux 96 milliards de francs représentés par l'ensemble des honoraires médicaux (généralistes et spécialistes).

L'assurance-maladie finance à hauteur de plus de 91 milliards de francs cette consommation pharmaceutique. La contribution de l'assurance complémentaire, dont bénéficiaient 85 % de la population en 1999, est de 28 milliards de francs, une somme équivalent étant dépensée par les ménages pour les médicaments non remboursables et dans le cas d'une absence de protection sociale complémentaire.

Sur les 73,1 milliards versés en 1999 aux assurés sociaux du régime général en 1999 au titre du remboursement des médicaments, 58,4 milliards l'ont été directement par les caisses primaires de sécurité sociale, le reste étant payé par les sections locales mutualistes de la fonction publique.

Selon l'étude Médicam, la prescription médicamenteuse est « *une affaires de généralistes* ». Les médecins généralistes sont en effet à l'origine de 84 % du montant des médicaments prescrits en ville. Viennent ensuite les gynécologues (2,8 %), les ophtalmologues (1,5 %), les psychiatres (1,3 %, les dermatologues (1,2 %), les cardiologues (1,2 %), les pédiatres (1,1 %) et les rhumatologues (1,0 %). Les services de la CNAMTS notent dans leur document que « *les vasodilatateurs et les veinotoniques, dont le service médical a été jugé récemment insuffisant, ont généré 3 milliards de francs de remboursement en 1999.* » Le taux de remboursement des vasodilatateurs a été ramené de 65 % à 35 % par l'arrêté du 1er août 2000.

Pour la CNAMTS, l'étude Médicam ne sera pas sans lendemain. Pouvant aujourd'hui disposer d'une information détaillée grâce au codage des médicaments, porteurs d'un code-barres, la caisse peut à la fois disposer d'une «*photographie* » des prescriptions et «*suivre l'impact de chaque nouveau produit.* » Ce bilan devrait donc être publié dorénavant tous les mois.

DEUXIÈME PARTIE :

LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL

I.- UN EQUILIBRE FINANCIER CONSOLIDE

L'objectif de dépenses pour la branche des accidents du travail et maladies professionnelles dans l'ensemble des régimes obligatoires de base, fixé à 54,7 milliards de francs par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, a été respecté puisque l'exécution prévisionnelle est inférieure, à 53,3 milliards de francs. L'écart observé de 1,4 milliard de francs est essentiellement dû à de moindres dépenses de divers fonds (FATIACL, FCAT, FCATA). Le Gouvernement propose de fixer cet objectif à 56,2 milliards de francs pour 2001, soit une augmentation de 2,7 % par rapport à l'objectif voté l'an dernier et de 5,4 % par rapport aux dépenses effectives de l'année 2000.

Cet objectif de dépenses inclut le versement forfaitaire annuel de la branche accidents du travail au profit de la branche maladie du régime général, institué par l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale 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. Pour 2001, ce versement doit être égal à 945 millions de francs, conformément aux conclusions de la commission présidée par Mme Marianne Levy Rosenwald, conseiller maître à la Cour des comptes, qui a remis son rapport le 29 septembre 1999.

Les dépenses du régime général représentant 86 % 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 d'un milliard de francs en 1999. Cette situation devrait encore s'améliorer en 2001, avec un excédent prévisionnel estimé à deux milliards de francs pour la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion de septembre 2000. Le présent projet de loi permettrait de continuer à dégager un excédent, de l'ordre de 1,8 milliard de francs en 2001.

Les prestations versées par le régime général devraient s'élever à 35,8 milliards de francs en 2000, soit une progression de 3,3 % par rapport

à 1999. Les indemnités journalières et autres dépenses dans le champ de l'ONDAM devraient augmenter de 5,7 %, alors que les rentes d'incapacité permanente ne progresseraient que de 1,7 %, à 21,3 milliards de francs. 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 pour 1999 et 2000 notamment en ce qui concerne les salariés exposés à l'amiante.

En 2001, les prestations légales versées par le régime général devraient s'élever à 36,9 milliards de francs, en progression de 3,2 % par rapport à 2000 soit + 3,8 % dans le champ de l'ONDAM et + 2,9 % pour l'incapacité permanente.

II.- LES ORIENTATIONS PRIORITAIRES DE LA BRANCHE

A. LA REVISION DES TABLEAUX DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Il existe à ce jour 114 tableaux de maladies professionnelles, d'importance très inégale. Certains ne désignent que des maladies très rares, d'autres des maladies très fréquentes. Ainsi, environ 60 % des déclarations de maladies professionnelles concernent le tableau n° 57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes ou postures de travail) mais celui-ci n'occasionne que 20 % des dépenses de maladies professionnelles. Par ailleurs, près de 50 % des dépenses de maladies professionnelles concernent les tableaux de l'amiante (n° 30 et n° 30 *bis*).

Les modifications apportées aux tableaux en 2000 résultent de deux décrets.

Un décret du 14 avril 2000 a actualisé, en fonction des dernières données issues des connaissances scientifiques, les délais de prise en charge et les durées d'exposition au risque des tableaux relatifs aux pneumoconioses suivants : n° 30 (amiante), n° 30 *bis* (cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'amiante), n° 44 (oxyde de fer) et n° 44 *bis* (cancers consécutifs à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxydes de fer).

Un décret du 17 mars 2000 a :

- modifié le tableau n° 25 (affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice) pour y ajouter la fibrose interstitielle pulmonaire et ses complications ;

- intégré le tableau n° 25 *bis* dans le tableau n° 25 ;

- remplacé le tableau n° 70 (affections respiratoires dues aux poussières de carbures métalliques frittés) par un tableau des affections professionnelles provoquées par le cobalt et ses dérivés ;

- créé un tableau n° 70 *bis* pour les affections cancéreuses broncho-pulmonaires primitives causées par l'inhalation de poussières de cobalt associées au carbure de tungstène avant frittage.

Des études sont en cours pour fixer des délais de prise en charge et des durées d'exposition au risque pour le tableau n° 25 (silicose) afin de tenir compte de l'état actuel des connaissances scientifiques.

En outre, la commission spécialisée en maladies professionnelles du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels a entrepris les études nécessaires à la réforme des tableaux n° 47 (poussières de bois), n° 6 (rayonnements ionisants), n° 10 *ter* (chrome), n° 12 (dérivés halogénés des carbures aliphatiques), n° 44 (sidérose) et n° 78 (chlorure de sodium). Elle a également été saisie de demandes tendant à réviser les tableaux de la surdité professionnelle (n° 42) et des solvants organiques (n° 84). Ces demandes émanent du ministère de l'emploi et de la solidarité en ce qui concerne le tableau n° 42 et des partenaires sociaux en ce qui concerne le tableau n° 84. Un groupe de travail *ad hoc* sur le tableau n° 42 a été mis en place.

B. L'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL SUCCESSIFS

L'incapacité permanente constatée à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ouvre droit à une indemnisation de la victime calculée en fonction de son taux d'incapacité permanente partielle (IPP) :

- lorsque ce taux est inférieur à 10 %, l'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale prévoit le versement d'une indemnité en capital fixée selon un barème forfaitaire ;

- lorsque ce taux est égal ou supérieur à 10 %, l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale prévoit le versement d'une rente dont le montant correspond à une fraction du salaire annuel de la victime.

Jusqu'à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, chaque accident était réparé de façon autonome. L'indemnité en capital était fixée en fonction du taux d'IPP reconnu à la suite de l'accident ouvrant droit à l'indemnité ; il en était de même pour le taux d'incapacité permanente servant de base au calcul de la rente. Cette façon de procéder était préjudiciable à la victime puisqu'elle ne tenait pas compte de sa situation antérieure au moment du dernier accident ouvrant droit à indemnisation. En effet, une succession de petites incapacités peut constituer un réel handicap qu'il convient de prendre en considération. Par ailleurs, lorsque la victime est titulaire de plusieurs rentes accordées pour des accidents successifs, le total de ces rentes peut être inférieur au montant de la rente qui serait attribuée pour un même taux global d'incapacité, mais reconnu en une fois.

Adopté à l'initiative du rapporteur, l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a mis un terme à cette anomalie en améliorant les règles de réparation de l'incapacité permanente en cas d'accidents du travail successifs. Cette amélioration porte sur deux points :

- la prise en compte de l'incapacité globale de la victime pour le calcul du taux utile de la rente devant indemniser un nouvel accident ;

- la possibilité offerte à la victime déjà bénéficiaire d'une ou plusieurs indemnités en capital d'opter pour l'attribution d'une rente lors d'un nouvel accident, lorsque le total des taux d'IPP précédemment reconnus atteint un taux minimum.

Un décret en Conseil d'Etat doit prévoir les modalités d'application de cette mesure en ce qui concerne le calcul du taux utile de la rente afférente au nouvel accident en prenant en compte le taux ou la somme des taux d'IPP antérieurement reconnus. Il doit également préciser les modalités de souscription de l'option en cas de choix de la rente par la victime, les règles de calcul de cette rente et la procédure de récupération du capital déjà versé. Un second décret déterminera les règles de tarification des accidents successifs pour les employeurs. Ces deux décrets ont été soumis à la concertation des partenaires sociaux. Ils devraient être publiés d'ici la fin de l'année 2000, avec effet rétroactif au 1er janvier 2000.

Le surcoût financier de ce nouveau mode de calcul des rentes en cas d'accidents du travail successifs est estimé par le Gouvernement à 7,5 millions de francs en 2000 et 22,5 millions de francs en 2001.

C. LES ACTIONS DE PREVENTION

La politique de prévention des risques professionnels doit figurer au nombre des priorités d'action des pouvoirs publics et des caisses de sécurité sociale, compte tenu du nombre toujours trop important d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Le nombre des maladies professionnelles constatées et reconnues en 1999 était de 15 612 et celui des accidents du travail survenus en 1999 de 1,353 million (+ 1,4 % par rapport à 1998). Il faut toutefois noter que la fréquence des accidents du travail est globalement en baisse (- 1,2 %) compte tenu de l'accroissement des effectifs salariés.

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 2,109 milliards de francs en 1999 et à 2,142 milliards de francs en 2000. 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)[3] et le budget d'Eurogip.

Parmi les actions spécifiques menées en matière de prévention en 2000, le rapporteur tient à signaler la campagne de sensibilisation des entreprises aux risques entraînés par les manutentions manuelles et mécaniques, les actions en faveur de la sécurité et la prévention routières, les actions de prévention spécifiques à la branche menuiserie, charpente du bâtiment et viande de boucherie et les actions nationales d'information à destination des écoles d'ingénieurs.

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.

[3] *A hauteur de 398,2 millions de francs pour 1999 et de 400 millions de francs pour 2000.*

III.- UN EFFORT PARTICULIER POUR LES VICTIMES DE L'AMIANTE

A. DES PROCEDURES PLUS RAPIDES

L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a modifié les règles de prescription des demandes de reconnaissance de maladies professionnelles et levé la prescription des dossiers de maladies professionnelles de l'amiante.

La modification des règles consiste à faire partir le délai de deux ans, au-delà duquel la victime encourt la forclusion, de la date à laquelle un certificat médical l'informe sur la possible origine professionnelle de sa maladie et non plus de la date de la première constatation médicale. Cette mesure met fin à des situations pénibles dans lesquelles se trouvaient des victimes qui encouraient la forclusion avant même d'être en mesure de formuler une demande de reconnaissance de la maladie professionnelle.

S'agissant de la levée de la prescription, un décret du 27 avril 1999 a contraint les caisses à instruire ces demandes 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. Pour bénéficier de cette mesure, la demande doit être présentée entre le 28 décembre 1998 et le 27 décembre 2000 inclus. Compte tenu des difficultés d'information des personnes concernées par cette mesure, le rapporteur serait favorable à sa prorogation pour une année.

Selon un suivi statistique réalisé par les caisses, il y a eu 1 226 dossiers présentés par les victimes de l'amiante pour l'année 1999 et le premier trimestre 2000, entraînant 802 reconnaissances du caractère professionnel de la pathologie et 216 refus. Les autres dossiers étaient encore en cours d'instruction à la date de collecte des données (juin-juillet 2000). Ces chiffres sont toutefois à considérer avec précaution eu égard aux difficultés que pose pour les caisses primaires la répartition des déclarations entre dossiers présentés selon les procédures habituelles et dossiers présentés au titre de l'article 40 de la loi de financement pour 1999.

B. LES PRERETRAITES 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 âgés de plus de cinquante ans. Les préretraités de l'amiante perçoivent une allocation identique à celles versées dans le cadre des préretraites du Fonds national pour l'emploi (FNE). Ils bénéficient également d'une couverture d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, prises en charge par le fonds.

Peuvent tout d'abord bénéficier de la préretraite au titre de l'amiante les salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante figurant sur une liste établie par arrêté interministériel. Pour ces personnes, l'âge de cessation d'activité est avancé, par rapport à l'âge d'accès à la retraite fixé à soixante ans, d'une période égale au tiers de celle passée dans les établissements de manufacture d'amiante, sans que l'âge du demandeur puisse être inférieur à cinquante ans.

Le bénéfice de ces dispositions a été étendu aux salariés des entreprises de flocage et de calorifugeage, aux salariés de la construction et de la réparation navales et aux dockers par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Les listes de ces établissements, avec les périodes de fabrication, de traitement ou de manipulation de matériaux en amiante ou contenant de l'amiante, sont les suivantes :

- établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flocage et de calorifugeage à l'amiante : arrêté du 3 juillet 2000 ;

- établissements et métiers de la construction et de la réparation navales : arrêté du 7 juillet 2000 ;

- ports dans lesquels les dockers professionnels ont manipulé des sacs d'amiante : arrêté du 7 juillet 2000.

Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité est également ouvert, dès l'âge de cinquante ans, aux personnes reconnues victimes de certaines maladies professionnelles provoquées par l'amiante. Un arrêté du 29 mars 1999 a fixé la liste des maladies professionnelles dues à l'amiante ouvrant droit à l'allocation. Le rapporteur souhaite que cette liste soit modifiée pour intégrer les lésions pleurales bénignes figurant au tableau n° 30, qui constituent bien une maladie professionnelle grave résultant de l'exposition à l'amiante.

En 1999, le fonds des préretraites amiante a été financé intégralement par l'Etat. Il a reçu 100 millions de francs en juin 1999. Cette somme était

suffisante pour assurer la couverture des dépenses. D'après le projet de rapport annuel établi par la Caisse des dépôts et consignations, les dépenses de l'exercice 1999 ont été les suivantes :

Allocations brutes	43 270 119 F
Cotisations d'assurance volontaire vieillesse	7 377 007 F
Cotisations et contributions au titre de la retraite complémentaire	4 896 740 F
Contribution aux frais de gestion des CRAM	700 715 F
Frais de fonctionnement du fonds	155 987 F
Total dépenses 1999	56 400 569 F

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et la loi de finances pour 2000 ont modifié la forme de la dotation de l'Etat. A partir du 1er janvier 2000, il s'agit d'un transfert de 0,39 % du produit des droits de consommation sur les tabacs. Le transfert devrait représenter 210 millions de francs. A cette somme s'ajoutent 675 millions de francs qui représentent la contribution de la branche accidents du travail. Le reliquat 1999 du versement de l'Etat est de 43 millions de francs. Les ressources du fonds pour 2000 doivent donc s'élever à 210 + 675 + 43 = 928 millions de francs.

Les dépenses prévisionnelles en 2000 sont estimées à 925 millions de francs. Cette somme correspond au versement du stock d'allocations accordées en 1999 au titre des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante et à l'élargissement du champ d'application aux établissements de flocage et calorifugeage, à certains métiers exercés dans les établissements de la construction et de la réparation navales et à certains dockers, réalisé en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

On dénombrait 2 661 allocataires au 30 juin 2000, contre 1 955 allocataires au 31 décembre 1999. Au 30 juin 2000, les caisses régionales d'assurance maladie avaient accepté 2 773 demandes et rejeté 1 001 demandes sur 4 165 reçues entre avril 1999 et juin 2000. De plus, 279 demandes restaient en cours d'instruction et une centaine de dossiers acceptés sont sortis du dispositif, soit en 1999, soit en 2000, notamment pour cause de départ à la retraite ou de décès.

En 2001, le reversement de 0,39 % du produit du droit de consommation sur les tabacs devant représenter 240 millions de francs, la contribution de la branche accidents du travail couvrira, avec 753 millions de francs, le surplus de dépenses, qui prendra notamment en compte l'élargissement

important du champ d'application de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante réalisé en 2000.

C. LA CREATION D'UN FONDS D'INDEMNISATION

Les affections par poussières d'amiante font partie des maladies professionnelles les plus fréquentes, représentant 10 % des maladies constatées et reconnues par la sécurité sociale chaque année. Le nombre de victimes de l'amiante depuis 1965 devrait s'élever à 35 000 et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale a estimé à 2 000 le nombre de morts par an dus à une exposition à l'amiante. Le nombre de 100 000 décès dus à l'amiante d'ici 2 005 a même été avancé. En effet, les mésothéliomes apparaissent en moyenne entre trente et quarante ans après le début de l'exposition à l'amiante.

Pour prendre en compte la situation de ces personnes, l'article 42 du présent projet de loi de financement crée un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Il doit s'agit d'un établissement public national à caractère administratif, chargé de réparer les préjudices causés par l'amiante dans le cadre du travail (maladie professionnelle) ou dans le cadre environnemental. Ses règles de fonctionnement sont calquées sur celles du fonds d'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immuno-déficience humaine causé par des transfusions sanguines, institué par l'article 47 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses mesures d'ordre social.

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 est évalué à une centaine de milliers de personnes, dont 80 % relevant de la législation de sécurité sociale. 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. En 2001, la dotation du fonds doit s'élever à 2 milliards de francs, dont 500 millions de francs pris en charge par l'Etat. Le rapporteur regrette toutefois

que ce montant ne soit pas inscrit à ce stade du débat parlementaire dans un chapitre budgétaire du projet de loi de finances.

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 dans le cadre du travail.

Le financement par la branche accidents du travail est donc parfaitement justifié. Mais il peut en être de même pour les victimes d'autres maladies professionnelles (éthers de glycol par exemple), dont la réparation demeure forfaitaire dans le cadre de la législation de sécurité sociale. C'est pourquoi 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.

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 mercredi 18 octobre 2000.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

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

- Le dépassement de l'ONDAM peut résulter de dépenses qui permettront de faire ultérieurement des économies significatives : par exemple, certains nouveaux traitements paraissent coûteux de prime abord mais leur efficacité devrait permettre dans un second temps d'améliorer grandement l'état de santé des personnes considérées et de diminuer ainsi le nombre de jours d'hospitalisation et d'arrêt de travail. Au total, le non-respect ponctuel des objectifs chiffrés de l'ONDAM peut être propice à dégager des marges de manœuvre financières à terme.

Chacun sait que l'ONDAM ne pourra pas être appliqué en 2001, les objectifs fixés paraissant peu réalistes. Fait significatif : depuis son instauration, cet objectif n'a pu être respecté qu'une année, en 1997. Il est donc anormal de pénaliser sur cette base certaines professions comme les biologistes, les kinésithérapeutes ou les infirmiers par exemple, en prévoyant des diminutions des lettres-clés, d'autant qu'il s'agit de professions prescrites. L'ONDAM, bien que institué à l'occasion des ordonnances prises par le Gouvernement de M. Alain Juppé, mériterait aujourd'hui d'être adapté aux nouvelles donnes pour se définir comme un objectif prévisionnel non opposable aux professionnels, et surtout négocié en concertation avec ces derniers.

- S'agissant des chiffres relatifs aux médicaments, on ne peut que constater la forte augmentation des dépenses intervenues au cours de l'année en cours. Les dix premiers mois de l'année 2000 ont en effet été marqués par une tendance haussière inquiétante. Le mécanisme de clause de sauvegarde qui, dans le projet de loi, prévoit une contribution égale à 70 % de l'écart entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile précédente majoré du taux de progression de l'ONDAM ne peut être accepté. Ce système revêt en effet un caractère confiscatoire inadmissible pour l'industrie pharmaceutique

- Il conviendrait de faire le point sur la vente directe de médicaments.

- On ne peut qu'être satisfait des mesures prises en matière de médicaments orphelins ; mais ce système devrait être étendu à d'autres secteurs comme celui des médicaments pédiatriques par exemple.

M. Pierre Hellier a fait les observations suivantes :

- On ne peut que constater et déplorer le déclin réel de la vie conventionnelle. Les syndicats signataires de conventions se trouvent d'ailleurs sanctionnés lors des élections régionales par des résultats très médiocres. Il convient de réactiver la dynamique conventionnelle qui représente la seule solution viable à terme pour le système de santé.

- Il faut être attentif à la situation qui peut survenir si les médicaments à faible service médical rendu deviennent de moins en moins nombreux. Dans ce cas, ceux à fort service médical rendu peuvent être utilisés de manière croissante y compris comme placebos. Or ces médicaments sont précisément les plus coûteux et de maniement plus difficile.

M. Jean-Luc Préel a fait les remarques suivantes :

- Il n'est pas acceptable que, chaque année, le Parlement vote un certain niveau de l'ONDAM alors que chacun sait que cet objectif ne pourra pas être tenu. La base de calcul de l'ONDAM est d'ailleurs maintenant modifiée afin de tenter, en vain, d'adapter ce système à la réalité des faits. On peut considérer qu'en 2000, l'objectif fixé en loi de financement pour cette année a été dépassé à hauteur de 10 % environ.

- Il convient de réfléchir au mécanisme des dotations par douzième qui caractérise la gestion des établissements hospitaliers. Ceux-ci rencontrent des difficultés importantes à cause d'un système qui ne permet pas toujours de prendre en considération des phénomènes tels que l'augmentation en cours d'année des traitements de chimiothérapie ou des activités des services des urgences.

- La question des inégalités régionales en matière de santé et d'offre de soins reste tout entière posée. On peut s'interroger à cet égard sur les critères présidant à la répartition des enveloppes.

- Il est regrettable que la tarification à la pathologie tarde tant à entrer en application.

- Il faut se préoccuper très sérieusement de la question de la démographie médicale. Les courbes d'âges des professionnels actuellement en exercice sont connues ; elles montrent que dans un horizon de dix ans, certaines

spécialités seront insuffisamment dotées en personnel médical. Or la formation de spécialistes requiert en général une période de dix ans. C'est donc dès aujourd'hui que ce problème doit être traité afin d'anticiper des difficultés qui ne manqueraient pas, sans cela, de se poser avec acuité dans quelques années.

- Un projet de loi de modernisation du système de santé a été maintes fois évoqué et annoncé depuis plusieurs mois. Il serait utile de connaître dès à présent le calendrier prévisionnel de l'examen d'un tel texte.

M. Jean-Paul Bacquet a estimé que les lois de financement de la sécurité sociale font de la maîtrise comptable. Les mesures de régulation sont d'abord conjoncturelles et sont déterminées par des décisions comptables. Ces mesures s'apparentent clairement à des sanctions collectives.

Il a ensuite formulé les remarques suivantes :

- S'agissant du prétendu « dérapage » des dépenses, il convient de rappeler qu'il représente un surcoût de 500 francs pour un couple de cadres moyens par mois. Il est néanmoins urgent de clarifier les relations entre la CNAM, les professions de santé et l'Etat.

- Il existe un risque de « désertification » de la médecine dans certaines régions tant du fait de la démographie du corps médical qu'en raison de changements des conditions d'exercice de la médecine.

- Les études menées par l'INSERM montrent que les écarts en terme d'espérance de vie entre les catégories sociales ne se réduisent pas.

M. Yves Bur a regretté que les lois de financement de la sécurité sociale ne traitent que de problèmes conjoncturels et ne soient pas l'occasion d'une véritable réflexion. Le système conventionnel est à la limite de la crédibilité et s'enfonce dans une dérive technocratique. De ce point de vue, il serait nécessaire que la discussion sur l'article premier sur le rapport annexé intervienne en début d'examen du texte et ne soit pas renvoyée à la fin de celui-ci, afin que le Parlement se prononce d'abord sur les besoins de santé et les réponses à leur apporter.

En ce qui concerne la politique des médicaments génériques, le droit de substitution commence à porter ses fruits, mais ses efforts sont contrariés par la remise en cause par les services de la concurrence des avantages octroyés à ce titre aux pharmaciens en matière de marge.

Par ailleurs, il serait souhaitable d'avoir une vision plus claire du rôle et du fonctionnement des multiples fonds existants.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a relevé le problème des infirmières libérales que l'on ne peut dissocier de celui de la politique de maintien à domicile. Il faut réfléchir à la répartition à opérer entre soins et organisation générale du maintien à domicile dans laquelle la place des infirmières est mal définie et doit être articulée avec celle des aides-soignants.

Les infirmières libérales sont en outre confrontées à un véritable problème de revenus : si les frais de transport permettent de conforter ceux-ci en zones rurales, leur situation est très précaire en zones urbaines. Une réforme de la nomenclature est indispensable. Le décret sur le protocole de soins infirmiers est mal ressenti même si globalement il permet une revalorisation de leur métier. Les quotas mis en place obèrent la capacité de soins et de maintien à domicile.

M. Georges Colombier s'est fait l'écho des nombreuses sollicitations des professionnels de santé adressées aux élus, émanant notamment des infirmières et des masseurs-kinésithérapeutes.

M. Germain Gengenwin a souligné qu'une véritable politique de santé publique ne saurait se désintéresser de certaines pathologies rares, mais lourdes, comme la maladie de Hutchington. Il a observé que l'irritation chez les professionnels de santé est profonde du fait de la mise en place d'une régulation uniquement quantitative et très rigoureuse pour certaines professions.

M. Alain Veyret s'est interrogé sur le fonctionnement et l'avenir du fonds de modernisation sociale prévu à l'article 33 et du fonds de restructuration des établissements privés prévu à l'article 35 du projet de loi de financement.

Les nombreux mouvements sociaux dans les cliniques privées, notamment en Aquitaine, attestent de la nécessité de réduire l'écart entre les rémunérations prévalant dans le secteur public et celles pratiquées dans le secteur privé. De ce point de vue, réserver le bénéfice des actions du fonds de modernisation sociale aux seuls établissements publics apparaît inéquitable, dans la mesure où les établissements privés sont également soumis à un objectif quantifié national et ont à connaître des opérations de restructuration.

Le fonds prévu à l'article 35 a été doté de 100 millions de francs de crédits, qui n'ont pas été totalement consommés, en dépit des restructurations importantes. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoit une croissance de ses moyens de 50 millions de francs, qui paraît bien modeste au regard du coût moyen des opérations de restructuration dans les établissements privés. Le besoin annuel de ce fonds se situant plutôt aux alentours de 500 millions de francs, un effort supplémentaire doit être fait.

Mme Brigitte Douay a indiqué que les problèmes graves que connaissait sa région - du fait notamment de la démographie médicale – la conduisent à adhérer pleinement aux propos de M. Jean-Paul Bacquet sur la désertification.

Le président Jean Le Garrec a rappelé que 281 postes de praticiens hospitaliers sont aujourd'hui vacants en région Nord-Pas-de-Calais et que le besoin en spécialistes dans cette région est évalué à 500 ou 600 praticiens. Il s'est donc interrogé sur l'opportunité de maintenir des dispositifs d'incitation lorsqu'existe un tel besoin, comme par exemple l'abattement sur les cotisations sociales acquittées par les spécialistes à l'occasion de leur installation.

M. Philippe Nauche a fait les remarques suivantes :

- L'évaluation des besoins de santé et de leur niveau adéquat constitue un problème récurrent. En pratique, l'action publique se détermine soit sur la base de données quantitatives trop agrégées, soit à partir de simples cas particuliers. Compte tenu de ces incertitudes, le taux de 3,5 % retenu pour l'ONDAM est déjà très satisfaisant.

- Le système de santé ne saurait fonctionner sans la participation et l'adhésion des professionnels intéressés, qu'il s'agisse de la mise en place de bonnes pratiques ou de la possibilité d'affiner la connaissance de leur activité individuelle. Ceux-ci apparaissent partagés entre l'approbation de mesures structurelles très positives – comme la mise en place du plan de soins infirmiers ou de l'introduction d'une nouvelle nomenclature des actes des masseurs-kinésithérapeutes – et l'irritation devant des mesures strictement comptables, débouchant parfois sur des réductions d'honoraires significatives.

- La tarification à la pathologie constitue un élément de régulation prometteur pour le secteur hospitalier.

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

- Il est indispensable de repenser l'architecture du système de santé. Si la discussion et le vote annuels du projet de loi de financement de la sécurité sociale représentent une avancée incontestable, il est également exact que l'ONDAM ne s'appuie pas sur une véritable évaluation des besoins de santé publique. En dépit de l'existence d'un Haut comité de santé publique et d'une Conférence nationale de santé ayant pour mission d'identifier les besoins de santé de la population et dont les résultats ne sont pas probants, les outils font globalement défaut.

- La fixation de la progression de l'ONDAM à 3,5 % apparaît généreuse. Elle n'est pas incompatible avec une meilleure maîtrise de la dépense : maîtrise et qualité en matière de santé vont en effet de pair, car la maîtrise de la dépense permet de consacrer plus de moyens à l'amélioration de la qualité des soins et à une meilleure couverture de la population.

- S'agissant du recours aux médicaments génériques, l'ensemble des organismes ayant examiné cette question, qu'il s'agisse de la Cour de comptes ou de la direction générale et de la consommation, ont constaté la faiblesse de leur prescription. S'il existe donc une divergence d'appréciation entre ces différents constats et l'appréciation apportée précédemment par M. Yves Bur, il paraît cependant nécessaire d'accorder aux pharmaciens des marges commerciales suffisantes en ce domaine afin d'encourager le développement de ces médicaments.

- Une réflexion approfondie doit être engagée sur la question de l'ensemble des professions intervenant dans la chaîne de distribution des médicaments. Le Gouvernement a d'ores et déjà engagé un travail à ce sujet qui n'a pas encore abouti à ce jour.

- Le constat dressé par Mme Paulette Guinchard-Kunstler au sujet de la situation des infirmières libérales est tout à fait fondé. Le plan de soins infirmiers répond pour partie aux difficultés rencontrées par cette profession même s'il demeure que la réforme de la nomenclature de leurs actes doit être poursuivie.

- Le coût des médicaments onéreux constitue une réelle difficulté pour les établissements hospitaliers. A titre d'exemple, les prix des médicaments utilisés dans le traitement des cancers ont augmenté de 150 % au cours des cinq dernières années. Le coût de ces médicaments doit être pris en compte.

- Dans le cadre de la loi portant création d'une couverture maladie universelle, une commission a été instaurée afin d'élaborer une tarification applicable à chaque pathologie. Si elle rencontre actuellement différentes difficultés techniques, l'évaluation du coût des personnels constitue, en outre, une mission délicate. En effet, celle-ci met publiquement en évidence les écarts de coûts importants existants entre les personnels hospitaliers privés et les personnels publics.

- En matière de démographie médicale, quelques spécialités, dont celles de psychiatre, de gynécologue ou d'anesthésiste, rencontrent des difficultés de recrutement ce qui peut légitimement susciter certaines craintes. Par ailleurs, en ce qui concerne les infirmières exerçant dans des cliniques privées, l'application des trente-cinq heures risque d'y provoquer certaines difficultés de recrutement.

- S’agissant de la régionalisation, le futur projet de loi de modernisation de la santé contient des mesures en la matière. Cependant, les dispositions relatives à l’indemnisation des accidents médicaux semblent faire l’objet d’ultimes arbitrages plus délicats ce qui s’oppose à son dépôt devant le Parlement dans des délais rapprochés. C’est pourquoi sera proposé sans attendre le dépôt de ce projet de loi, la commission un amendement tendant à transférer la compétence du prononcé de l’agrément des réseaux et filières de soins à l’échelon régional.

- Concernant le fonds de modernisation sociale des établissements de santé créé par l’article 33 du projet de loi, il est vrai que les cliniques privées n’y sont pas éligibles, alors même qu’elles rencontrent des contraintes financières comparables à celles des établissements hospitaliers publics. Toutefois, les cliniques privées semblent, plus particulièrement, exprimer des besoins en matière de formation des infirmières. Il serait donc souhaitable qu’elles formalisent leurs demandes par l’élaboration d’un accord de branche qui pourrait, le cas échéant, bénéficier de l’aide de l’Etat. C’est pourquoi, il ne paraît pas opportun d’étendre le bénéfice de ce fonds aux cliniques privées.

- L’article 35 du projet de loi dote le fonds de modernisation des cliniques privées de 150 millions de francs, soit une augmentation de 50 % par rapport au montant des crédits inscrits l’année dernière. Le montant des crédits inscrits semble suffisant pour l’heure et devra faire l’objet d’un réexamen à l’issue d’une période d’observation permettant d’identifier avec précision l’ampleur et la nature des besoins en cette matière.

ANALYSE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE ET AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL

Section 3

Branche maladie

Article 28

(articles L. 615-12 et L. 615-14 du code de la sécurité sociale)

Alignement des prestations en nature de la CANAM sur celles du régime général

Cet article améliore les prestations d'assurance maladie et maternité en nature des travailleurs non salariés non agricoles en les alignant sur les prestations des salariés.

Le **I A** de cet article réécrit, dans le livre VI du code de la sécurité sociale (régime des travailleurs non salariés), l'actuel article L. 615-14. Il prévoit que les prestations en nature servies par le régime des travailleurs non salariés sont celles du régime général. Il fait donc référence à la liste des prestations du régime général prévues aux 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 7° et 8° de l'article L. 321-1, à l'exclusion logique du 5° qui concerne les prestations journalières.

Le deuxième alinéa du **I A** de cet article renvoie aux articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 332-1 à L. 332-3 du code de la sécurité sociale afin de déterminer les modalités de la participation des assurés du régime des travailleurs non salariés. Ceci concerne le taux des prestations et les cas de diminution ou d'exonération de la participation de ce régime.

Le **B** du **I** de cet article abroge formellement, au chapitre V du titre Ier du livre VI du code de la sécurité sociale, la sous-section 2 de la section III.

Le **C** du **I** de cet article prévoit que la sous-section 3 de la section III du chapitre V du titre Ier du livre VI du code de la sécurité sociale devient la sous-section 2 et s'intitule : "Dispositions particulières relatives à l'assurance maternité".

Le **II** de cet article tire les conclusions de l'alignement des prestations entre le régime des travailleurs non salariés et le régime général. Dans la mesure où le taux des prestations prises en charge au titre de la couverture complémentaire baisse, la faculté est offerte aux assurés du régime des travailleurs

non salariés de résilier leur contrat conclu auprès d'un organisme de protection complémentaire si ce dernier n'accepte pas de répercuter la baisse des prestations sur le montant des cotisations.

Cependant, un aménagement de la disposition doit être prévu pour ce qui concerne les mutuelles. En effet, le lien entre ces organismes de protection complémentaire et leurs affiliés est l'adhésion, forme qui se distingue, sur le plan juridique, du contrat. Par ailleurs, aux termes même des statuts des mutuelles, la démission d'un adhérent ne peut avoir lieu qu'à la fin de l'exercice annuel. Il convient donc de prévoir, pour les mutuelles, le seul ajustement de la cotisation sur celle des assurés du régime général. La possibilité de démission demeurant, par ailleurs, ouverte au terme de l'exercice prévu par les statuts.

Le **III** de cet article étend aux travailleurs indépendants non agricoles recevant des soins continus pendant une durée supérieure à 6 mois le bénéfice du protocole conjoint de soins du régime général, établi en concertation par le médecin conseil et le médecin traitant. Ce protocole n'existe aujourd'hui, dans le régime des travailleurs non salariés, qu'en cas d'affection longue et coûteuse.

Les taux de prise en charge dans le régime des travailleurs non salariés sont actuellement de :

- 50 % pour les frais d'honoraires médicaux, pour 70 % dans le régime général ;

- 50 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux et d'analyse ou de laboratoire, pour 60 % dans le régime général ;

- 50 % pour les médicaments à vignette blanche, les transports et autre prescriptions, pour 60 % dans le régime général.

Cependant, les taux de prise en charge dans le régime des travailleurs non salariés sont supérieurs pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux et d'analyse et d'examen lorsqu'ils sont prescrits dans le cadre de consultations externes données dans un établissement hospitalier public ou dans un établissement privé à caractère non lucratif. Cette diminution de prise en charge est tout à fait marginale au regard de l'alignement envisagé.

Il faut rappeler que les frais de médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux donnent lieu à exonération du ticket modérateur en cas d'affection de longue durée, mais ce dans le cadre d'un protocole conjoint de soins établi en concertation par le médecin conseil et le médecin traitant. Or, dans le régime des travailleurs non salariés, ce protocole est réservé aux seules personnes atteintes d'une affection longue et coûteuse alors que dans le régime

général, il concerne également les personnes recevant des soins continus pendant une durée supérieure à 6 mois.

*

Article 29

(article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale)

Réseaux et filières expérimentaux de soins

Cet article vise à proroger jusqu'à la fin de l'année 2001 le dispositif expérimental des réseaux de soins mis en place par l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé du 24 avril 1996.

L'article L. 162-31-1 du code la sécurité sociale issu de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 permet d'expérimenter de nouvelles formes d'organisation et de prise en charge des soins, de favoriser un accès plus rationnel au système de soins et une meilleure coordination des intervenants constitués en réseaux. A cette fin, un Conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux a pour mission d'instruire les projets présentés par les promoteurs (caisses, associations, organismes de protection complémentaire…) et de rendre un avis aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, qui disposent du pouvoir d'agrément.

L'article L. 162-31-1 dispose que les actions expérimentales seront menées pendant une durée de cinq ans, soit jusqu'en 2000. Le présent article proroge les actions jusqu'au 31 décembre 2001 afin de donner une sécurité juridique aux réseaux agrées dans l'attente de leur refonte à laquelle la loi de modernisation du système de santé doit procéder.

Le dispositif des réseaux et filières expérimentaux de soins a été précisé par le décret n° 96-789 du 11 septembre 1996.

Ces actions peuvent mettre en œuvre des filières de soins organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès du patient au système de soins ou des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologie lourde ou chronique auxquels peuvent participer des établissements de santé mais aussi des établissements médico-sociaux impliqués dans le maintien à domicile de patients.

Les projets d'expérimentation peuvent être présentés par toute personne physique ou morale. Ils sont agréés par le ministre chargé de la santé et

de la sécurité sociale, compte tenu de leur intérêt médical et économique, après avis du Conseil d'orientation comprenant notamment des représentants d'organismes d'assurance maladie, ainsi que des professions et des établissements de santé.

Il est possible de déroger :

* au tarif concernant les honoraires, les rémunérations, les frais accessoires, dus aux médecins par les assurés sociaux,

* au principe du paiement direct des honoraires par le malade,

* aux dispositions relatives à la participation de l'assuré au tarif servant de base au calcul des prestations.

Le Conseil d'orientation des filières et des réseaux de soins a été installé en octobre 1997. Il comprend trente-quatre membres représentant les professions de santé, notamment les médecins, les caisses d'assurance-maladie, les assureurs, les mutuelles, les établissements de soins. Il est également composé d'économistes de la santé et est présidé par M. Raymond Soubie. Le Conseil siège régulièrement et a examiné plusieurs dizaines de propositions de réseaux ou de filières de soins. Il a pour l'instant approuvé une douzaine de projets concernant des soins palliatifs, des propositions de prises en charge de certaines pathologies comme l'insuffisance rénale chronique ou les soins oncologiques. Le Gouvernement a donné son agrément à sept réseaux expérimentaux.

C'est ainsi qu'ont été agréés un réseau de soins palliatifs à Tarbes (arrêté d'agrément du 30/09/1999) et un réseau de soins oncologiques en Corrèze (arrêté d'agrément du 09/12/1999).

Parallèlement, ont émergé des projets de réseaux à vocation plus générale. Après le réseau promu par Groupama Partenaires Santé (arrêté du 30/09/1999), des réseaux gérontologiques promus par la Caisse centrale de mutualité agricole, en partenariat avec le régime général et le régime des travailleurs indépendants (arrêté du 30/03/2000), se sont donnés comme objectif d'améliorer la qualité des soins dispensés à domicile aux personnes âgées dépendantes. Ces réseaux, déployés sur 19 sites répartis sur l'ensemble du territoire, comportent une forte articulations ville-hôpital.

D'autres projets sont en cours de mise en œuvre : il en va ainsi du projet de réseau global d'exercice du bassin de vie de Lens et de sa région, agréé par un arrêté du 1er août 2000 présenté par la caisse primaire d'assurance maladie de Lens. Il vise à rationaliser l'intervention des différents professionnels de santé (généralistes, spécialistes, auxiliaires médicaux) avec un système innovant

d'accueil des urgences en liaison avec le centre hospitalier autour de quatre groupes de pathologie chroniques. L'année écoulée a vu se poursuivre et s'amplifier la montée en charge de la procédure d'expérimentation et l'effort de structuration des promoteurs dans l'élaboration des projets présentés au Conseil d'orientation.

Le réseau de Lens

Lancé par l'association Intégrale Santé, qui regroupe des professionnels de santé de Lens, le « réseau global d'exercice du bassin de vie de Lens et sa région » a été agréé par arrêté ministériel en août 2000 pour une durée de trois ans.

L'expérience de prise en charge globale du patient par un réseau de soins, quels que soient son âge ou sa pathologie, sera menée durant trois années sur l'agglomération de Lens et des communes voisines. Ce qui représente un bassin de population de 300 000 habitants. Environ 20 % de cette population, soit 60 000 personnes, devraient être pris en charge par le réseau d'ici à trois ans. Cette zone appartient au bassin minier, fortement peuplé, puisqu'il regroupe 30 % de la population de la région.

Afin de développer progressivement le réseau et bien qu'il soit ouvert à tout professionnel ou tout patient volontaire, il a été prévu de commencer l'expérimentation de soins coordonnés pour quatre pathologies : cancer, ORL, hypertension artérielle, asthme, diabète.

Le projet répond à deux intérêts : l'un médical, l'autre économique. La région Nord-Pas de Calais est au premier rang national pour le taux de mortalité générale. Les quatre pathologies prioritaires ont été choisies en liaison avec l'échelon médical locale de l'assurance-maladie et correspondent à des priorités de santé publique. Enfin, c'est dans cette région que la proportion de spécialistes est la plus faible de France. Les promoteurs du réseau pensent qu'un travail coordonné entre généralistes et spécialistes devrait permettre d'atténuer les effets de cette carence.

Le patient sera mieux pris en charge en ville puisqu'il bénéficiera de l'échange d'informations à son sujet entre les différents professionnels de santé et d'une coordination des interventions de chacun auprès de lui. Il a tout à gagner du second point fort du projet : une meilleure complémentarité entre médecine de ville et hôpital qui passe notamment par la création d'un centre médical susceptible d'accueillir des urgences légères dont le fonctionnement serait assuré par des médecins du réseau.

Ce réseau de soins expérimental, monté en partenariat avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Lens et les organismes complémentaires Médéric Prévoyance et Prévéa, concerne les assurés sociaux du régime général résidant dans l'agglomération de Lens et les communes d'Avion, de Méricourt, de Rouvroy et de Drocourt. Les patients volontaires qui adhéreront au réseau bénéficieront d'une dispense d'avance des frais et d'une prise en charge globale et coordonnée, incluant la prise en charge d'urgences légères. Chaque patient s'engage à consulter en priorité le médecin coordonnateur de son choix pour des soins de première intention. Quant aux professionnels de santé signataires de la charte du réseau, ils auront un accès partagé au dossier médical informatisé du patient. Ils s'engagent à « améliorer la qualité du service rendu aux patients » et à respecter un objectif de dépense défini chaque année pour le réseau. Sinon, tout

dépassement devra être reversé par le réseau à la CPAM et aux organismes complémentaires. L'association Intégrale Santé percevra chaque année 140 F par patient adhérent, un forfait complémentaire de 120 F «au titre de la fonction de pilotage » de certains médecins, et enfin un forfait urgence légère de 15 F par patient. Ces sommes seront ensuite réparties entre les professionnels adhérents.

Réseaux agréés

Dénomination de l'action expérimentale	Promoteur	Thème	Date de l'arrêté d'agrément (public. JO)
1 Prophylaxie et soins dentaires chez l'enfant	Caisse centrale de mutualité sociale agricole en partenariat avec Confédération nationale des syndicats dentaires	Prévention bucco-dentaire chez les enfants de 7 à 12 ans (ensemble du territoire + action spécifique en Poitou-Charente)	3 septembre 1998 (JO du 20/09/98)
2 GROUPAMA Partenaires Santé	GROUPAMA (caisse centrale des assurances mutuelles agricoles)	Amélioration du système de soins ambulatoires (Allier, Côtes d'Armor, Pyrénées-Atlantiques)	30 septembre 1999 (JO du 6/10/99)
3 Réseau de soins palliatifs	CPAM de Tarbes	Prise en charge à domicile des patients en fin de vie (Hautes Pyrénées)	30 septembre 1999 (JO du 6/10/99)
4 Réseau ESPOIR	Fondation d'intérêt public (Fondation pour le développement des techniques de suppléance des fonctions rénales)	Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Bourgogne et France-Comté	26 novembre 1999 (JO du 6/12/99)
5 Réseau de soins oncologiques en Corrèze (ONCO-RESE)	CPAM de Tulle et CH de Brive	Prise en charge à domicile de patients relevant de soins oncologique et/ou palliatifs	26 novembre 1999 (JO du 9/12/99)
6 Réseau gérontologique de la MSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole	Prise en charge à domicile de personnes âgées dépendantes (19 sites répartis sur le territoire)	30 mars 2000 (JO du 1/04/00)

7 Réseau global d'exercice du bassin de vie de Lens et de sa région	CPAM de Lens en partenariat avec Groupe MEDERIC et PREVEA	Prise en charge globale ciblée sur pathologies chroniques, avec articulation ville/hôpital (accueil des urgences légères) et mécanisme de régulation de la dépense associé	1er août 2000 (JO du 20/08/00)

*

Article 30

Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

Cet article fixe le montant de la dotation affectée en 2001 au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville et renvoie au pouvoir réglementaire le soin de fixer le montant précis de la contribution annuelle des régimes obligatoires d'assurance maladie.

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, afin d'apporter un soutien financier aux mutations de l'exercice de la médecine ambulatoire. Pour cela, il doit distribuer des aides destinées à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville et 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 soutenir le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins.

? Le **paragraphe II** fixe le montant de la dotation affectée au fonds.

Les ressources du fonds 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. Pour l'année 2001, il est proposé de fixer ce montant à 700 millions de francs, contre 500 millions en 2000 (article 28 de la loi de financement pour 2000). Cette somme figure dans l'objectif de dépenses de la branche maladie fixé par l'article 43 du présent projet de loi, mais elle n'est pas intégrée dans le calcul de l'ONDAM.

Les modalités de mise en œuvre du fonds ont fait l'objet du décret n° 99-940 du 12 novembre 1999. Les membres du comité national de gestion

ont été nommés par arrêté du 10 janvier 2000 publié au Journal officiel du 12 janvier. L'arrêté portant répartition des ressources du fonds, dont 80 % sont destinées aux actions régionales, a été publié au Journal officiel du 11 avril 2000. Une circulaire du 14 mars 2000 précise les modalités de mise en place des comités régionaux de gestion qui sont en cours de constitution.

Le dispositif réglementaire nécessaire à la mise en place du fonds d'aide à la qualité des soins de ville est ainsi complètement arrêté et le comité national de gestion a pu être installé le 4 mai 2000.

? Le **paragraphe I** réécrit le III de l'article 25 de la loi de financement pour 1999 créant le Fonds.

Il prévoit que la loi fixe le montant des dépenses autorisées du fonds et qu'un arrêté fixe le montant précis de la contribution annuelle des régimes obligatoires d'assurance maladie. La contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie est répartie dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire selon les règles qui s'appliquent à la répartition entre ces régimes des cotisations sociales des médecins et auxiliaires médicaux conventionnés prises en charge.

Le fonds n'a pu réellement fonctionner que dans le courant de l'année 2000 et ses dépenses estimées ne devraient pas excéder 200 à 300 millions de francs. Le décret d'application de l'article 25 de la loi de financement pour 1999 créant le Fonds a prévu que les crédits non consommés restaient acquis au fonds et pouvaient être reportés sur les exercices suivants.

Le rapporteur regrette que, par cette nouvelle rédaction, le Parlement ne fixe plus les ressources du fond mais seulement le montant maximal des dépenses autorisées.

*

Article 31

(articles L. 133-5, L. 142-3, L. 145-1, L. 145-1-1 nouveau, L. 145-1-2, L. 145-6 et L. 145-7, L. 145-7-1 nouveau, L. 145-10 nouveau, L. 145-11 nouveau, L. 162-5-2, L. 162-5-7, L. 162-12-16, L. 162-34-7 nouveau, L. 315-3 du code de la sécurité sociale)

Règlement des litiges avec les professionnels de santé

Cet article refond le système actuel de sanctions des professionnels de santé.

1. Le dispositif actuel : un système complexe, opaque et critiqué.

a) La multiplicité des procédures de sanctions

1. *Les procédures conventionnelles* ***;***

2. *Les comités médicaux régionaux créés par l'ordonnance du 24 avril 1996 ;*

3. *Les procédures ordinales ;*

4. *Les procédures juridictionnelles ;*

5. *La récupération d'indu.*

1. *Les procédures conventionnelles*

Les comités médicaux paritaires locaux (L. 162-12-16 du code de la sécurité sociale)

Objet	CMPL chargés notamment d'instruire les dossiers concernant le respect des RMO
Composition	Représentants des caisses et représentants des organisations syndicales liées par convention avec les organismes de sécurité sociale, à parité.
Procédure	- Après audition du médecin mis en cause, vote du CMPL sur la matérialité des faits litigieux - En cas de carence du CMPL, le CMR est saisi.
Type de sanction	Sur la base de la décision du CMPL, le service du contrôle médical propose à la caisse le montant de la sanction financière prévue par les conventions ou le RCM (règlement conventionnel minimal). Sanctions transmises pour information à l'instance ordinale compétente
Contentieux	Les sanctions prises par les caisses dans ce cadre sont contestées devant le TASS (tribunal des affaires de sécurité sociale)

La procédure de déconventionnement (L. 162-5-7 du code de la sécurité sociale)

Objet	Procédure de déconventionnement direct par la CPAM pour violation des engagements prévus par la convention
Procédure	Cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par la convention : les conventions sont généralement très protectrices sur ce point ce qui nuit à l'efficacité de cette procédure. Il s'agit d'une procédure très peu utilisée. La procédure du L. 133-4 (récupération d'indus) peut s'appliquer parallèlement
Contentieux	L.162-34 CSS : le contentieux de déconventionnement est traité par le tribunal administratif. Le tribunal administratif article est également compétent en matière de contentieux des sanctions (hors déconventionnement) prévues par les conventions.

2. *Les comités médicaux régionaux (L. 315-3 du code de la sécurité sociale)*

Objet	CMR saisis par le service du contrôle médical en cas de non-respect des règles d'établissement des feuilles de soins ou des ordonnances des assurés relevant du L. 324-1, des règles de prescription des médicaments, des conditions de prise en charge des transports et des conditions d'attribution des indemnités journalières. Possibilité de saisine des CMR en cas de carence des CMPL en matière de non-respect des RMO
Composition	Deux représentants de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) ; deux médecins-conseils régionaux. président : médecin inspecteur régional.
Procédure	Avis du CMR qui s'impose à la caisse et au professionnel concerné. Les sanctions prévues au L. 315-2 peuvent être appliquées concomitamment.
Sanctions	Sanctions financières à l'encontre de l'auteur des actes et prescriptions. Le montant des sanctions peut aller jusqu'au remboursement à la caisse de la dépense supportée par elle, au titre des actes et des prescriptions irréguliers
Contentieux	Tribunal administratif

3. *Les procédures ordinales*

Les procédures disciplinaires (L. 417 à L. 428 du code de la santé publique)

Objet	Fautes disciplinaires
Auteurs de la saisine du conseil de l'ordre régional	- Pour les médecins libéraux: conseil national, conseils départementaux de l'Ordre, syndicats de médecins de son ressort, de leur propres initiatives ou à l'issue de plaintes (de caisses de sécurité sociales, de patients ou de confrères). Mais aussi, ministre de la santé publique, DDASS, préfet, procureur de la République, médecin inscrit au tableau de l'Ordre (et par conséquent, les médecins-conseils régionaux). - Pour « les médecins chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'Ordre à l'occasion des actes de leur fonction publique » : ministre de la santé publique, DDASS ou procureur de la République.
Composition	Conseil de l'Ordre (9 membres élus par les conseils départementaux)
Procédure	Première instance : Conseil régional de l'Ordre appel : section disciplinaire du conseil national del'Ordre cassation : Conseil d'Etat
Sanctions	1) Avertissement 2) Blâme 3) Interdiction temporaire ou permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions médicales 4) Interdiction temporaire d'exercer la médecine (pas plus de trois ans) 5) Radiation du tableau de l'Ordre.
Amnisties	Possibilité d'amnisties de droit sauf pour les faits constituant des manquements à l'honneur, à la probité ou aux bonnes mœurs
Il y a indépendance des procédures pénales, civiles et des poursuites disciplinaires (à l'exception de la matérialité des faits). Les poursuites disciplinaires engagées peuvent l'être également par les caisses de sécurité sociale dans le cadre d'une autre procédure.	

Le contentieux du contrôle technique : les sections des assurances sociales (L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale)

Objet	Champ du contentieux : « fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevé à l'encontre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou sages-femmes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux ». Les professions paramédicales sont également concernées (article L. 145-4 du code de la sécurité sociale).
Auteurs des saisines	Organismes de sécurité sociale, syndicats, conseils départementaux des ordres, DRASS, chefs de service de l'inspection du travail, médecins conseils nationaux, régionaux, chefs de service du contrôle médical des CPAM, médecins conseils des autres caisses.
Composition des SAS	Première instance : conseiller TA (Président), deux assesseurs représentant l'ordre des médecins et deux assesseurs représentants les caisses (service médical). Appel : Conseiller d'Etat (Président) siégeant à la section disciplinaire de conseil national de l'Ordre. Cassation : Conseil d'Etat
Sanctions	1) Avertissement 2) Blâme, avec ou sans publication 3) Interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux 4) Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé.
Amnisties	Dans les mêmes conditions que pour les procédures disciplinaires

La compétence de la juridiction disciplinaire est plus large puisqu'elle concerne tout l'exercice de la profession et s'étend à certains actes de la vie privée sans exclure les faits relevant de la compétence des SAS. La procédure disciplinaire normale peut être engagée même lorsque les fautes alléguées ont été commises à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux

4. Les procédures juridictionnelles

Le contentieux général de la sécurité sociale (L. 142-1 du code de la sécurité sociale)

Objet	Le contentieux général de la sécurité sociale s'ouvre à l'occasion des différends auxquels donne lieu l'application des législations de sécurité sociale et qui ne relèvent pas par nature d'un autre contentieux.

Procédure	Première instance : TASS présidé par un magistrat du siège de TGI (en fonction ou honoraire) avec un assesseur représentant les travailleurs salariés et un assesseur représentant les employeurs et travailleurs indépendants. Appel : Cour d'appel

Les juridictions pénales

Il existe de nombreux exemples de fautes poursuivies : exercice illégal de la médecine, blessures involontaires, violation du secret professionnel, attestation ou certificat faisant état de faits matériellement inexacts, homicide involontaire, défaut d'information sur les risques majeurs encourus...

Les juridictions civiles

Une possibilité de transaction est offerte par l'article 1441-4 du nouveau code de procédure civile et l'article L. 2044 du code civil) : le président du TGI donne force exécutoire à un accord passé entre les parties et pouvant comprendre notamment les éléments suivants : indemnisation, dommages et intérêts, obligation de faire,...

Contrairement aux procédures devant l'Ordre et les SAS, les patients peuvent mettre en œuvre une action en responsabilité ou porter plainte sans intermédiaire.

***5.** La récupération d'indu (L. 133-4 du code de la sécurité sociale)*

Objet	Procédure de récupération d'indus auprès du professionnel concerné en cas de méconnaissance des règles de cotations ou de tarification fixées dans le cadre des nomenclatures d'actes professionnels (NGAP, NABM, TIPS) et des règles de tarification des frais de transport ou bien en cas d'acte non effectué ou de facturation d'un dispositif médical ou de frais de transport non conforme à la prescription
Auteurs de la saisine	Caisse
Procédure	Pour son recouvrement, l'indu est assimilé à une cotisation de sécurité sociale
Contentieux	TASS
Cette procédure appliquée plus aux spécialistes qu'aux généralistes. Elle est moins sévère à l'égard des professionnels que celle des CMR. En effet, selon l'article L. 315-3, les professionnels peuvent être condamnés à reverser l'équivalent d'indemnité journalière dont ils n'ont pas bénéficié	

*

* *

Cette multiplicité des procédures est la principale source de complexité et d'inefficacité du dispositif actuel de sanctions.

Pour une même faute, plusieurs actions peuvent donc être engagées concomitamment par les caisses alors même que leurs modalités (délais voies de recours, règles de recevabilité, garanties accordées aux professionnels, règles de forme ...) sont très diverses. Malgré la diffusion d'une circulaire CNAMTS du 5 juin 1997, le choix de la procédure la plus appropriée se révèle ainsi souvent délicat pour les caisses et les annulations pour vice de forme (non-respect du contradictoire en particulier) sont particulièrement nombreuses. Cette complexité ne manque par ailleurs pas de susciter un vif sentiment d'injustice et de contestation chez les professionnels de santé. Surtout, les difficultés de suivi du nombre et de l'impact de ces différentes procédures rend le dispositif particulièrement opaque.

Plusieurs procédures peuvent être engagées simultanément devant différentes instances ou juridictions. La CNAMTS regrette l'absence d'unité de juridiction d'appel et de cassation qu'elle estime être une source d'incohérence et de complexité. En effet, la juridiction d'appel compétente en matière de contentieux conventionnel ou suite à une décision des CMR est le TA, de même

que le Conseil d'Etat est le juge de cassation des décisions des SAS. En revanche, les contentieux de l'indu sont portées devant les TASS et la Cour d'appel ainsi que les sanctions prises par les caisses après avis des CMPL sur les questions de non-respect des RMO.

b) Un bilan très mitigé

1. *La récupération d'indu : un dispositif satisfaisant mais qui n'est pas une sanction*

Les récupérations d'indus toutes professions confondues représentaient, selon la CNAMTS, 105,6 MF en 1997 et 119,9 MF en 1998. Ces montants doivent toutefois être considérés avec précaution. Ils comprennent en effet les sommes récupérées par les caisses au titre du suivi des seuils conventionnels d'une part, et un montant important d'indus correspondant à la sanction de la double tarification de la consultation pré-anesthésique par les spécialistes en anesthétiologie-réanimation chirurgicale suite à un arrêt récent de la Cour de Cassation d'autre part.

Un certain nombre de modifications techniques en matière de recouvrement (possibilités de majoration de retard) en particulier seraient cependant nécessaires pour améliorer le taux de récupération des indus notifiés qui était 59 % en 1998 au niveau national avec de grandes disparités régionales (23 en Aquitaine contre 89 en Alsace).

2. *L'engorgement des tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS)*

Les SAS traitent chaque année entre 650 et 750 cas alors que seules 56 actions avaient été engagées devant ces tribunaux contre des médecins et 14 contre les auxiliaires médicaux. En réalité, les TASS traitent essentiellement le contentieux lié aux assurés. Ils sont engorgés notamment par manque de magistrats mis à disposition par le ministère de la justice.

Enfin, la procédure devant les TASS ne permet pas de respecter convenablement le secret médical : la procédure est orale, l'anonymat des dossiers n'est pas prévu et aucun médecin ne siège à l'instance.

3. *La paralysie des comités médicaux régionaux (CMR)*

Les CMR ont été créés par l'ordonnance du 24 avril 1996 pour permettre aux médecins-conseils de déférer, devant une formation indépendante des parties à la convention médicale, les praticiens ayant commis certaines infractions : ordonnancier bizone mal utilisé ; indemnités journalières excessives ;

prescriptions de médicaments en dehors des indications donnant lieu à remboursement, prise en charge des frais de transport, carence du CMPL en matière de RMO. Comme l'a indiqué la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 1999, ils n'ont en fait joué qu'un rôle limité.

Le fonctionnement des CMR - qui devaient apporter sur des faits considérés a priori comme irréguliers par le service du contrôle médical une deuxième appréciation par une instance de pairs associant des médecins libéraux - est aujourd'hui quasiment paralysé par l'opposition des professionnels de santé notamment. La plupart des CMR ne siègent plus, du fait de leur boycott par les syndicats de médecins. Les syndicats de médecins libéraux ont qualifié ces instances de non paritaires et de partiales. Chaque CMR est composé de deux représentants de la section correspondante (généraliste ou spécialiste) de l'union régionale des médecins libéraux, de deux médecins-conseils régionaux et du médecin inspecteur régional présidant le CMR et dont la voix était prépondérante. Avec une voix de moins que «l'administration», les médecins libéraux ont souligné, qu'ils étaient systématiquement minoritaires.

En 1998, 460 dossiers avaient été déposés devant les CMR (423 d'entre eux concernaient des généralistes et 37 des spécialistes). 40 % des procédures avaient donné lieu à sanctions (168 pour les généralistes et 22 pour les spécialistes). Si, en 1999, 211 dossiers avaient été déposés, en 2000, l'activité des CMR semble quasiment inexistante. De plus, alors que les procédures devant ces instances portent essentiellement sur des cas de non-respect de l'ordonnancier bi-zone, l'indu moyen était en 1997 de 27,8 francs par ordonnance.

4. *L'échec des procédures conventionnelles*

Le système des sanctions conventionnelles est inopérant : la Cour des comptes, en 1998 et 1999, a montré sa grande fragilité juridique qui explique son inefficacité.

En 1999, 90 dossiers ont été déposés devant les CMPL (75 pour les généralistes, 15 pour les spécialistes).

L'instabilité du cadre juridique institué par les conventions médicales depuis le début des années 1980 a sans aucun doute contribué aux faibles résultats obtenus par les caisses ayant eu recours au système de sanctions prévu par ces textes. Quand les conventions n'ont pas été dénoncées avant leur terme, elles ont été annulées par le Conseil d'Etat de sorte que de nombreuses procédures en cours devant les instances conventionnelles ont dû être abandonnées.

Les textes organisent un enchevêtrement de dispositifs d'origine légale ou réglementaire et d'origine conventionnelle : la loi peut venir sanctionner des manquements conventionnels et des dispositifs de sanctions conventionnelles peuvent viser des manquements aux obligations légales.

Les mesures prévues par les conventions ne respectent pas les règles générales du droit disciplinaire de la Convention européenne des droits de l'homme : respect des droits de la défense, impartialité du juge, principe de nécessité et de proportionnalité des peines. Or, s'agissant de la mise en œuvre des sanctions conventionnelles, la caisse qui peut être à l'origine de la plainte, participe à la procédure de mise en garde et à l'élaboration de l'avis émis préalablement par les structures paritaires et elle est aussi celle qui décide de la sanction : il n'y a pas séparation des fonctions d'instruction et de jugement.

Enfin et surtout, les références médicales opposables (RMO), dispositions centrales des procédures conventionnelles, ne font plus partie du système de sanctions, retirant à celui-ci toute raison d'être. En effet, le non-respect des références médicales opposables, depuis les décisions du Conseil d'Etat du 28 juillet 1999 relative au règlement minimal conventionnel et du 10 novembre 1999 relative à la convention des médecins généralistes, n'est plus sanctionnable.

En conclusion, hors indu, les montants recouvrés au titre des procédures conventionnelles, ordinales et judiciaires engagées contre les professionnels de santé représentaient 6,7 millions de francs en 1998. Compte tenu de l'inefficacité des différents types de sanctions à leur disposition, un certain nombre de caisses préfèrent aujourd'hui recourir à la transaction plutôt qu'à des actions contentieuses longues et parfois aléatoires. Ainsi, 946 procédures de transactions avaient été mises en œuvre en 1999 au niveau national, pour un montant recouvré de 9,45 millions de francs (le montant des sommes en cause étant de 13,7 millions de francs).

2. Le dispositif proposé

a) Le champ de la nouvelle procédure

- Le **paragraphe I** modifie le titre du chapitre V du titre IV du livre Ier du code de la sécurité sociale intitulé *« contentieux du contrôle technique »*. Ce chapitre est consacré à la procédure devant les sections des assurance sociales. Il disparaît avec l'élargissement du champ des compétences des SAS proposé dans le présent article.

Le chapitre V du titre IV du livre Ier du code de la sécurité sociale expliquant la nouvelle procédure mise en place par le présent article s'intitule donc : « Règlement des litiges avec les professionnels de santé ».

- Le **paragraphe II** définit la nouvelle procédure dans cinq articles du code susmentionné : les articles L. 145-1, L. 145-1-1, L. 145-1-2, L. 145-1-3, L. 145-2.

L'article 145-1 définissant le contentieux du contrôle technique est réécrit. La nouvelle rédaction proposée fixe le champ concerné par la nouvelle procédure : *« les fautes, fraudes, abus et tous manquements aux obligations découlant pour un professionnel de santé des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale »*.

La nouvelle procédure inclut donc toutes les infractions à la réglementation de sécurité sociale, y compris les dispositions conventionnelles mais que le texte ne vise que les dispositions « *législatives et réglementaires* ».

N'entrent pas dans le champ de la réforme :

- les procédures disciplinaires devant les juridictions ordinales qui portent sur l'exercice de la profession (articles L. 4124-1 à L. 4124-8 du code de la santé publique) ;

- la procédure d'indu (art. L. 133-4 du code de la sécurité sociale) qui n'est pas véritablement une sanction puisqu'il s'agit de récupérer des sommes injustement payées.

Entrent dans le champ de la réforme :

- les comités médicaux régionaux ;

- le contentieux du contrôle technique (SAS) ;

- certaines procédures conventionnelles : le non-respect des dispositions conventionnelles doit faire partie de cette nouvelle procédure puisque depuis les décisions du Conseil d'Etat du 28 juillet 1999 relatives au règlement minimal conventionnel et du 10 novembre 1999 relative à la convention des médecins généralistes, le non-respect des RMO n'est plus sanctionnable. Les conventions ne peuvent plus contenir de sanctions conventionnelles pour des manquements à des obligations de nature administrative définies par la loi ou le règlement. Les décisions rendues ne visent pas l'opposabilité des références qui reste intacte, mais portent uniquement sur des règles et le calcul des sanctions.

En revanche, la nouvelle procédure exclut les sanctions conventionnelles liées à un engagement individuel du professionnel du type contrat de bonnes pratiques ou option médecin référent.

b) La procédure de conciliation

? **L'article L. 145-1-1 nouveau** pose le principe de la notification préalable au professionnel du constat d'infraction.

Cette notification comporte les *« éléments permettant d'apprécier la matérialité des faits »* et informe le professionnel de l'intention de la caisse d'entamer une procédure de règlement des litiges.

? **L'article L. 145-1-2 nouveau** met en place une procédure pré-contentieuse inédite.

Le premier alinéa ouvre au professionnel de santé la possibilité de recourir à une procédure de conciliation avant toute ouverture d'une procédure pouvant conduire à une sanction.

Le deuxième alinéa précise que cette conciliation peut mener à un accord *« qui s'impose au professionnel et à l'organisme d'assurance-maladie »*.

Des accords variés – engagement du professionnel à suivre une formation en vue d'une évaluation ultérieure par les unions régionales des médecins libéraux, adhésion au contrat de bonnes pratiques, rétrocession d'honoraires indûment perçus... – pourront être obtenus grâce à l'intervention d'un conciliateur qui pourra, s'il l'estime utile, soumettre les contestations d'ordre médical à un comité d'experts médicaux dont l'avis s'impose aux parties. Le conciliateur, désigné par le président de la SAS sur une liste préalablement établie, est dépourvu de tout pouvoir de décision mais c'est lui qui propose les termes de l'accord que les parties sont alors libres d'accepter ou de refuser mais qu'elles ne peuvent modifier.

Le troisième alinéa indique que la procédure de conciliation n'est pas ouverte aux professionnels n'ayant pas respecté *« leur engagements pris à l'occasion d'une précédente conciliation ou qui ont fait l'objet de sanctions par la caisse ou la section des assurances sociales »* dans les cinq dernières années.

c) La procédure contentieuse devant les caisses

L'article L. 145-1-3 nouveau définit le nouveau pouvoir de sanction des caisses.

La caisse peut prendre des sanctions dans deux cas de figure : en cas d'échec de la phase de conciliation ou à défaut de conciliation pour les infractions les moins graves.

Ces mesures ont un caractère exécutoire immédiat. Elles sont au nombre de quatre :

- la mise en garde ;

- la suspension des dépassements d'honoraires pour une durée maximale d'un an ;

- une pénalité financière (qui, bien que le texte ne le précise pas, serait la réduction ou la suppression de la participation au financement des cotisations sociales du professionnel de santé) ;

- la suspension du conventionnement - avec possibilité de sursis - pour une durée maximale de trois mois.

Cette mesure de suspension du conventionnement pourra être assortie d'un mécanisme de recours suspensif (référé), dans un délai de quarante-huit heures, devant le président de la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre.

d) la procédure contentieuse devant les sections des assurances sociales

L'article L. 145-2 qui définit les sanctions prises par les SAS est réécrit. La nouvelle rédaction proposée met en place la nouvelle procédure contentieuse devant la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre mentionné l'article L. 145-6 du code de la sécurité sociale.

En droit actuel, la section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional de l'ordre est une juridiction ordinale chargée du contentieux du contrôle technique, c'est-à-dire qui statue sur les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés, à l'encontre de tous les professionnels de santé : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, mais

aussi les membres des professions paramédicales. Ces derniers sont jugés devant la section des assurances sociales de l'Ordre des médecins.

La section est présidée en première instance par un Conseiller de tribunal administratif et en appel par un Conseiller d'Etat. La section comprend un nombre égal d'assesseurs membres de l'Ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale dont au moins un praticien conseil. La SAS assure donc la parité entre médecin-conseil et médecin de l'ordre.

Les sanctions sont donc prononcées, sous la présidence de magistrats, par des pairs, ce qui est légitime s'agissant de l'appréciation d'éléments médicaux.

Le premier alinéa de l'article L. 145-2 expose les deux cas où la caisse doit recourir directement à la section des assurances sociales : *« la gravité des faits reprochés »* et *« les manquements aux règles applicables à l'exercice de sa profession »*. La section conserve donc ses précédentes compétences de juridiction ordinale statuant sur les manquements à l'exercice professionnel.

Ainsi, dans un souci de cohérence, l'ensemble des contentieux portant sur les sanctions des professionnels de santé seront traités par les sections des assurances sociales, instances ordinales. Les SAS sont la seule instance à pouvoir traiter conjointement les procédures menées au titre de la législation de sécurité sociale et au titre de la réglementation de l'exercice devant l'ordre. De nombreux faits sont constitutifs à la fois de manquements aux règles de sécurité sociale et aux règles professionnelles (fraudes à la nomenclature présentant un danger pour le patient, actes fictifs ou non justifiés médicalement, prescriptions dangereuses…).

Le deuxième alinéa précise la procédure devant les SAS (première instance et appel). En première instance, statue la section des assurances sociales du conseil régional de discipline, et, en appel, la section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes.

Les sanctions prononcées par la section sont au nombre de cinq :

- le blâme ;

- la suspension ou la suppression des dépassements d'honoraires autorisés ;

- une pénalité financière dans la limite du double du plafond annuel de la sécurité sociale ;

- la suspension du conventionnement pour une durée maximale d'un aj ;

- l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux. Une telle sanction ne peut être prononcée que pour une juridiction ordinale.

Enfin, dans le cas d'abus d'honoraires, la section des assurances sociales peut ordonner le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé.

La réforme clarifie donc l'échelle des peines prononcées par les SAS et respecte le principe constitutionnel de proportionnalité selon lequel les sanctions les plus sévères ne peuvent s'appliquer qu'aux manquements les plus graves. Les SAS peuvent prononcer des sanctions plus sévères que les caisses.

La section des assurances sociales peut décider de publier les sanctions qu'elle prononce à l'encontre d'un professionnel.

Le dernier alinéa de l'article L. 145-2 prévoit le non-cumul entre les sanctions de la section des assurances sociales dans le cadre de la procédure de règlement des litiges et les sanctions disciplinaires prononcées par l'Ordre (conseil régional ou interrégional) «*lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits* ».

? Les **paragraphes III** et **IV** modifient les articles L. 145-6 et L. 145-7 afin d'élargir le nombre possible de suppléants pour la présidence des sections en première instance et en appel. L'objectif est d'éviter l'engorgement de ces juridictions que pourrait provoquer élargissement de leurs compétences.

En première instance, la SAS est présidée par un conseiller du tribunal administratif. Deux présidents suppléants peuvent être nommés. Désormais, pourront être nommés *« un ou plusieurs présidents suppléants »*.

De la même façon en appel, le président conseiller d'Etat pourra être suppléé non plus par deux conseillers d'Etat mais par *« un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants »*.

? Le **paragraphe V** crée un nouvel article L. 145-7-1 ayant pour objet de renforcer la compatibilité de la composition des SAS avec l'article 6-1 de la Convention européenne des droits de l'homme sur l'impartialité des juges.

En effet, l'impartialité des SAS peut être remise en cause du fait de la présence de représentants de la caisse au sein de la juridiction. La séparation entre les fonctions d'instruction et de jugement n'est donc pas complètement

respectée puisque le rapporteur instruit le dossier et participe au délibéré. Le nouvel article dispose donc que les assesseurs représentants les organismes de sécurité sociale ne pourront plus, dans l'exercice de leurs fonctions au sein des organismes de sécurité sociale, contrôler des actes effectués par les professionnels de santé.

Cet article permet d'être en conformité avec l'arrêt de la Cour de Cassation du 5 février 1999 (COBC/Oury) selon lequel, le cumul des fonctions d'instruction et de délibération du rapporteur pendant les sessions disciplinaires de la COB porte atteinte à l'impartialité des décisions. Même si la jurisprudence du Conseil d'Etat, considère en l'état actuel que l'impartialité des SAS n'est pas mise en cause, cette organisation reste donc fragile au regard de la Convention européenne des droits de l'homme. Ce nouvel article L. 145-7-1 permet donc de lever toute ambiguïté juridique sur la composition des SAS. De surcroît, le décret d'application supprimera la présence du rapporteur lors du délibéré.

? Le **paragraphe VI** crée deux articles L. 145-10 et L. 145-11 prévoyant une participation financière des régimes d'assurance maladie au fonctionnement des sections des assurances sociales.

L'élargissement des compétences des sections des assurances sociales justifie cette participation pour leur permettre de faire face aux nouvelles charges et de rémunérer les futurs conciliateurs et l'expertise. A l'heure actuelle, les sections en tant que juridictions ordinales sont financées par les seules ordres professionnels. L'augmentation des moyens des SAS devrait garantir aux professionnels un traitement rapide des procédures.

e) Le pouvoir de recouvrement des caisses

? Le **paragraphe VII** renforce le pouvoir des caisses d'une part pour le recouvrement des pénalités financières qu'elles prononcent et celles que les sections prononcent, d'autre part, pour le recouvrement des indus visés à l'article L. 133-4 du code susmentionné. Désormais, les caisses auront les mêmes pouvoirs que les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (URSSAF).

Les organismes de sécurité sociale sont, aux termes de la jurisprudence du Conseil d'Etat, des organismes privés chargés de la gestion d'un service public, qui ont la possibilité de recourir pour recouvrer leurs créances à certains procédés relevant de la puissance publique. Les URSSAF peuvent ainsi adresser au débiteur défaillant une mise en demeure qui constitue l'avis de mise en recouvrement forcé et mettre en œuvre, en cas d'insuccès de la mise en demeure,

une procédure de contrainte ayant force exécutoire, sans intervention de l'autorité judiciaire.

? Le **paragraphe VIII** est de coordination. Il abroge le troisième alinéa de l'article L. 133-4 qui dispose que *« pour son recouvrement, l'indu est assimilé à une cotisation de sécurité sociale »*. Cette disposition est rendue inutile par le nouvel article L. 133-5.

? Le **paragraphe IX** est inopérant car il renvoie à un article L. 162-5-7 qui a été abrogé par la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale.

f) Dispositions de coordination

? Le **paragraphe X** crée un nouvel article L. 162-34-1 qui en cohérence avec la nouvelle procédure, limite le champ des sanctions conventionnelles éventuelles aux seuls engagements facultatifs et individuels des médecins du type contrat de bonnes pratiques ou option médecin référent.

? Le **paragraphe XI** abroge :

- l'article L. 315-3 sur les comités médicaux régionaux. Les CMR privés de toute compétence sont supprimés.

- l'article L. 162-5-2 sur les sanctions financières particulières aux RMO ;

- l'article L. 162-12-16 sur le rôle des CMPL dans le processus de sanction des RMO.

? Le **paragraphe XII** exclut la nouvelle procédure des sections des assurances sociales du champ général de compétence des tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS).

*

Article 32

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Cet article précise certaines modalités de fonctionnement de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, établissement public administratif dont la création est prévue par un décret en cours de publication.

L'article de création de l'Agence technique de l'information se trouve dans le projet de loi de modernisation sociale (article 4) déposé à l'Assemblée nationale puis retiré par le Gouvernement de l'ordre du jour en juin 2000.

Cet établissement à vocation technique a pour mission principale de réunir l'ensemble des équipes sur lesquelles s'appuie l'administration pour mettre en œuvre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

? Le **paragraphe I** prévoit pour l'Agence technique un financement par dotation globale.

Les établissements de santé et les organismes d'assurance maladie étant concernés au premier chef par la disponibilité de certains outils mis en œuvre par l'agence, il est logique que le budget de l'agence soit financé de manière significative par des crédits d'assurance maladie. Ainsi, comme l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), l'agence recevra une dotation globale selon les modalités prévues à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'une contribution de l'Etat. L'établissement sera donc cofinancé par l'assurance maladie et l'Etat.

L'Agence technique est un établissement public administratif dont la création est prévue par un décret dont le projet a été communiqué au rapporteur. Ce décret reprend les dispositions de l'article 4 du projet de loi de modernisation sociale.

L'Agence a trois objets :

- la mise en œuvre des différents systèmes d'information sur le secteur de l'hospitalisation, c'est-à-dire les systèmes nécessaires à l'analyse des moyens et des activités des établissements de santé publics ou privés sur la base des information que ces derniers doivent transmettre à l'Etat et aux ARH conformément à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

- l'accessibilité aux tiers de ces systèmes d'information ;

- la participation aux travaux sur les nomenclatures de santé.

Premièrement, l'agence sera donc le **maître d'œuvre technique en matière de PMSI.** Il s'agit de sa mission principale. La Cour des Comptes dans son rapport sur la sécurité sociale en 1997 avait souligné la grande fragilité du dispositif autour duquel s'organise la mise en œuvre du Programme de médicalisation des systèmes d'information et la nécessité de rassembler l'ensemble des équipes dans une structure juridique sous contrôle de l'Etat.

Le PMSI

Le Programme de médicalisation du système d'information a été expérimenté dans les années 1980 et généralisé aux hôpitaux publics en 1989 (circulaire n° 303 du 24 juillet 1989). Un arrêté du 22 juillet 1996 rend obligatoire son application à l'ensemble des établissements privés.

Cet outil répond au double objectif de décrire et de mesurer l'activité hospitalière. Le PMSI concerne l'activité de court séjour (MCO-médecine, chirurgie, obstétrique) de tous les établissements, mais il ne s'applique à des fins d'allocations de ressources qu'aux seuls établissements financés par dotation globale.

Dans les disciplines de court séjour, la description obligatoire de chaque séjour hospitalier donne lieu à la production d'un résumé de sortie standardisé (RSS), dont les caractéristiques (diagnostic principal, actes classants, âge...) conduisent, par une procédure algorithmique, au classement de chaque hospitalisation dans un « groupe homogène de malades » (GHM). La classification GHM comporte environ 600 groupes dont chacun obéit à une cohérence médicale et économique.

En ce qui concerne la mesure de l'activité, la pondération des GHM, au moyen d'une échelle de poids économiques relatifs définie nationalement, permet, pour un établissement donné, de mesurer son volume d'activité grâce à une unité d'œuvre composite : l'indice synthétique d'activité (ISA). Un nombre de points ISA étant affecté à chaque GHM, il est possible d'obtenir la mesure précise et exhaustive de cette activité. La cotation de chaque GHM en points ISA permet, pour un établissement donné, d'estimer le coût moyen du séjour hospitalier généré par telle ou telle pathologie.

Ce système d'information lourd centralisant chaque année plus de quinze millions d'informations s'appuie sur les mêmes structures que celles utilisées lors des phases expérimentales des années quatre-vingt et du début des années quatre-vingt dix, alors que l'audience du PMSI était encore confidentielle.

Ainsi, le pôle d'expertise et de référence nationale des nomenclatures de santé (PERNNS), qui maintient et élabore les nomenclatures de santé utilisées par le PMSI, n'a pas de personnalité juridique ; c'est une réunion d'experts médicaux mis à disposition par des établissements de santé et hébergés physiquement par les Hospices civils de Lyon. Le centre de traitement de l'information PMSI (CTIP), qui conserve les bases nationales du PMSI, les exploite et élabore les utilitaires informatiques nécessaires à la transmission des données aux ARH, et aux traitements qu'elles mettent en œuvre, est un laboratoire de recherche de l'Université Paris VI. La mission PMSI, qui assure la maîtrise d'ouvrage et certaines tâches de mise en œuvre, est un bureau de la direction des hôpitaux ; la totalité de ses agents est mise à disposition par des établissements de santé.

Ce cadre, s'il a permis il y a quelques années, de lancer le dispositif, est désormais incompatible avec l'importance prise par le PMSI. D'une part, le mode d'organisation du PERNNS et du CTIP ne permet pas de garantir la

pérennité des agents expérimentés et de haut niveau dont le dispositif a besoin. D'autre part, l'ensemble des moyens nécessaires au fonctionnement du PMSI (qui représente une masse importante et destinée à croître) est affecté à des structures informelles, à l'égard desquelles l'Etat ne dispose ni d'autorité, ni de réelle capacité de contrôle. En effet, alors que ces structures sont en réalité des démembrements de l'administration, le cadre juridique est celui de relations commerciales de prestations de service régies par des conventions d'étude.

Il importe donc aujourd'hui de donner à ses équipes de médecins, de statisticiens, d'informaticiens une assise plus solide en les rassemblant dans un établissement public à vocation technique placé sous la tutelle de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Le champ potentiel des travaux confiés à l'Agence n'est pas limité au seul PMSI. L'Agence est, en effet, susceptible d'intervenir, à la demande de l'Etat, pour mettre en œuvre tout système d'information utile à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, à la détermination des ressources des établissements de santé et à l'évaluation de la qualité des soins. A ce titre, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) envisage de confier à l'agence la maîtrise d'œuvre de la statistique annuelle d'établissement (SAE), ainsi que du répertoire des établissements (FINESS), qui doivent faire l'objet de refontes importantes.

La réunion dans un cadre commun de l'ensemble des trois systèmes d'information PMSI, SAE, FINESS permettra d'assurer une meilleure cohérence et une rationalisation de la collecte d'informations auprès des établissements.

Deuxièmement, l'agence sera chargée d'organiser **l'accès des tiers** aux informations recueillies. A cet effet, elle pourra soit produire des fichiers de données, soit fournir des informations standardisées sur un site internet.

Troisièmement, l'agence apportera son concours aux travaux relatifs aux **nomenclatures de santé**, c'est-à-dire la classification commune des actes des professionnels de santé (CCAPS). Ces travaux sont menés en partenariat étroit avec les services de la CNAMTS par les PERNNS qui feront désormais partie de l'Agence.

Le président du conseil d'administration et le directeur de l'agence seront nommés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le conseil d'administration sera composé pour moitié de représentants de l'Etat et pour moitié de représentants de l'assurance maladie et de personnalités qualifiées.

• Le **paragraphe II** prévoit que l'agence peut conclure des contrats à durée indéterminée avec des agents contractuels de droit public issus des

actuelles structures. Ces agents composeront une partie importante du personnel de l'agence.

Le cadre d'emploi des agents doit être adapté aux missions spécifiques de cette nouvelle agence.

L'agence doit réunir des expertises techniques spécialisées dans le domaine de la médecine, des systèmes d'information et des statistiques. Il est donc nécessaire de prévoir, outre l'emploi de personnels de la fonction publique et de médecins hospitaliers, la possibilité de recruter d'une part, des agents contractuels de droit public sur des contrats à durée indéterminée et d'autre part, des agents de droit privé pour des besoins spécifiques ponctuels.

Eu égard aux informations qu'ils auront à traiter, ces agents contractuels seront soumis à l'obligation de secret qui s'applique aux fonctionnaires (article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires).

*

Article 33

Création du Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé

Le présent article a pour objet de créer un fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé (FMES), en application du protocole d'accord du 14 mars 2000 sur la modernisation du service public hospitalier, conclu entre le Gouvernement et les organisations syndicales représentant les personnels de la fonction publique hospitalière.

? Le **paragraphe I** crée un fonds pour la modernisation sociale des établissements.

Ce fonds remplace le fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO) créé par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, à compter du 1er janvier 1998 et pour une durée de cinq ans. Il avait été mis en place dans le but d'aider à la mobilité ou au départ des personnels hospitaliers concernés par une opération de restructuration. Il s'adressait également aux salariés de cliniques privées à condition que l'opération implique un établissement public. Il n'est entré en application qu'au 1er janvier 1999, les décrets fixant les conditions d'abondement et de gestion du fonds ainsi que les modalités d'octroi aux personnels hospitaliers

statutaires de l'indemnité de départ volontaire étant intervenus seulement le 29 décembre 1998.

Pour sa première année de fonctionnement, en 1999, il a été alimenté par une contribution des régimes d'assurance maladie de 300 millions de francs. Mais, cette dotation n'a jamais été consommée, en raison des conditions trop restrictives pour bénéficier des crédits. Les conditions relatives à la distance séparant l'hôpital où travaille un agent hospitalier et sa nouvelle affectation ont ainsi interdit à tous les personnels mutés à l'intérieur de l'Ile-de-France de bénéficier d'une aide.

A l'instar du FASMO, la gestion du nouveau fonds sera confiée à la Caisse des dépôts et consignations.

? Le **paragraphe II** détermine le champ d'intervention du fonds.

Les missions de ce fonds seront plus larges que celles du FASMO.

Comme le FASMO, ce nouveau fonds financera, les aides individuelles concernant la formation, la mobilité et la reconversion, liées à des opérations de restructuration, selon des critères assouplis par rapport aux règles existantes (bénéfice des mesures pour les médecins exclus des aides à l'heure actuelle, assouplissement des règles kilométriques de déplacement des personnels...). Ces aides individuelles sont au nombre de trois :

- l'indemnité exceptionnelle de mobilité créée par un décret du 31 mai 1997 ;

- le différentiel de traitement entre la rémunération annuelle d'un agent recruté dans le cadre d'une opération de réorganisation et la rémunération annuelle d'un agent de même qualification qui aurait pu être recruté au premier échelon du premier grade de son corps, afin de compenser le surcoût pour l'établissement de l'embauche d'un agent expérimenté ;

- une indemnité volontaire de départ au profit des personnels non médicaux concernés par une réorganisation hospitalière.

Mais ce fonds financera également deux nouveaux types d'action prévus par le protocole d'accord du 14 mars 2000 : *« les contrats d'amélioration des conditions de travail »*, négociés entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales, et *« les actions de modernisation sociale notamment celles figurant dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens »*. Ces deux types de mesures participent de la volonté de relancer le dialogue social dans les hôpitaux.

Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail reposent sur un diagnostic de la situation réalisé par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Ils sont élaborés en associant étroitement les personnels médicaux et non médicaux au niveau de chacun des services. Ces contrats sont négociés entre les organisations syndicales et la direction de l'établissement. Pour être financés, les contrats doivent avoir fait l'objet d'un accord.

Ils permettent de financer des actions de prévention, des actions de formation, du matériel, des équipements adaptés, des travaux d'aménagement des locaux ainsi que tout autre projet visant à alléger la charge physique et psychique du personnel. Une attention particulière est portée aux projets permettant une meilleure articulation entre la vie professionnelle et la vie familiale. Le suivi de l'application de ces contrats est réalisé par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, dans le cadre de ses attributions. Un bilan régional d'évaluation des contrats d'amélioration des conditions de travail a été réalisé et devrait être présenté aux organisations syndicales signataires très prochainement.

Il est précisé que les actions de modernisation font partie du volet social des contrats d'objectifs et de moyens.

En l'état du droit, la référence à un volet social dans le contrat d'objectifs et de moyens n'existe pas. Par ce volet social inclus dans le contrat d'objectifs et de moyens, les établissements devront trouver une traduction budgétaire aux actions prévues dans le projet social.

Le projet social, qui fait partie du projet d'établissement, traite notamment la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications, la politique de valorisation des acquis professionnels, la politique de formation et d'amélioration des conditions de travail.

Le projet social sera particulièrement important en matière de gestion prévisionnelle des effectifs. En effet, aujourd'hui, la principale source des difficultés de fonctionnement des hôpitaux et de l'exaspération des personnels surchargés de travail est l'insuffisance des possibilités de remplacement des agents absents. Ainsi, dans le protocole d'accord, le Gouvernement a débloqué deux milliards de francs en 2000 afin de faire face aux remplacements. Ces crédits seront répartis en enveloppes régionales et attribués aux établissements en fonction de leur situation. Ils pourront s'insérer dans le projet social.

Le volet social fera l'objet chaque année d'un bilan et d'une évaluation en comité technique d'établissement.

? Le **paragraphe III** définit les catégories d'établissements dont les actions sont éligibles au fonds après avoir été agréées par le directeur de

l'Agence régionale de l'hospitalisation. Il s'agit d'une part, des établissements visés à l'article L. 174-1 c'est-à-dire des établissements appartenant au service public hospitalier (les établissements de santé publics et les établissements privés participant au service public hospitalier) et d'autre part, les établissements privés ne participant pas au service public hospitalier mais qui sont engagés dans une opération de coopération avec un établissement du service public hospitalier.

Le rapporteur indique que si les établissements de santé privés qui se sont engagés dans une opération avec un établissement public ne bénéficient pas des aides du FMES, ils bénéficient, en revanche, en tant qu'entreprises, des aides prévues par le Code du travail en matière de reconversion du personnel (Fonds national pour l'emploi).

De plus, sur le plan des personnels infirmiers, les établissements de santé privés bénéficient des décisions prises pour l'hôpital public et pourront faire face à leurs problèmes de recrutement. La principale mesure a consisté à augmenter les quotas d'entrées dans les écoles d'infirmières dès la prochaine rentrée. Ce sont ainsi 8 000 infirmières de plus qui se présenteront sur le marché du travail dans trois ans. Pour répondre aux difficultés de recrutement d'infirmières, mais aussi à la demande légitime de promotion professionnelle des aides soignantes, un arrêté du 21 août 2000 relatif à la voie qualifiante pour les aides soignantes donne un accès aménagé aux écoles d'infirmières pour cette catégorie de personnel. De même, le décret de 1956 relatif aux normes de personnels sera très prochainement modifié. Fixant les normes de personnel par référence aux patients présents plutôt que par rapport aux lits, ce texte donnera aux établissements les moyens d'une meilleure gestion de leurs effectifs. Les fédérations ont été saisies du projet de décret pour avis. Enfin, les cliniques peuvent désormais employer, comme les hôpitaux, des étudiants en quatrième année de médecine faisant fonction d'infirmiers.

? Le **paragraphe IV** dispose que les ressources du fonds seront constituées par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie dont un arrêté ministériel fixera le montant et que le solde disponibles du FASMO est versé au nouveau fonds à la date de sa création.

La règle de la répartition de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds est celle définie à l'article L. 174-2, c'est-à-dire la règle appliquée pour la répartition entre ces régimes de la dotation globale annuelle versée par les organismes aux établissements publics de santé et aux établissements privés à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier. Cette répartition est proportionnelle aux journées d'hospitalisation des bénéficiaires de chaque régime et fait l'objet chaque année, d'un accord entre ces régimes, ou, à défaut, d'un arrêté.

En 2000, le fonds dispose de 400 millions de francs au titre des contrats d'amélioration des conditions de travail et de 400 millions de francs au titre des actions de modernisation sociale, comme le prévoit le protocole d'accord du 14 mars 2000. De plus, les disponibilités du fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé sont affectés au nouveau fonds, soit 200 millions de francs. En effet, au titre de l'année 1998, le FASMO a été doté de 300 millions de francs mais ces crédits n'ont été que partiellement consommés (cf. tableau). Au total, la dotation du fonds pour 2000 est d'1 milliard de francs. Dans le protocole d'accord, Le Gouvernement s'est engagé à doter ce fonds de 300 millions de francs en 2001 et 2002.

Le rapporteur regrette que le montant du fonds soit fixé par un arrêté ministériel. L'intervention réglementaire n'est pas adéquate dans la mesure où les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie. Le montant d'un tel fonds doit être fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Le fonds nouvellement créé fait en effet partie de l'objectif de dépenses de l'assurance maladie. Le fonds pour la modernisation des cliniques privées créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et le fonds d'aide à la qualité des soins créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 sont financés par une participation des régimes obligatoires et ont en conséquence un montant de ressources fixé par la loi de financement.

? Le **paragraphe V** dispose que toutes les modalités d'application (critères d'éligibilité des opérations) du présent article seront déterminés par décret. Ces critères, comme on l'a vu précédemment, seront assouplis par rapport à ceux du FASMO.

? Le **paragraphe VI** abroge l'article 25 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998 créant le fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO).

Utilisation des crédits du FASMO au 31 août 2000

Prestation	Montants au 31 août 2000 (montants effectifs et versements en cours)
Cellules d'accompagnement social	2 452 000
Remboursement du différentiel de rémunération	698 287
Indemnités de mobilité et de déménagement	5 457 675
Indemnité de départ volontaire	44 762 311
Actions de conversion	5 741 220
Total	59 111 493

(en francs)

*

Article 34

(L. 162-22-3, L. 162-22-4, L. 162-22-5, L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale, L. 6114-3 du code de la santé publique)

Tarification des cliniques pour l'activité d'urgence

Cet article complète les ressources allouées aux cliniques privées par une rémunération globale destinée à financer l'activité d'urgence.

1) Une rémunération spécifique pour les activités d'urgence

? Le **paragraphe IV** introduit un article L. 162-22-8 dans le code de la sécurité sociale.

Ce nouvel article, par dérogation à l'article L. 162-22-1 qui détermine les prestataires d'hospitalisation, créé une nouvelle catégorie de financement destinée aux établissements privés ayant reçu une autorisation d'activité de soins, d'accueil et de traitement des urgences.

Ces établissements privés sont les établissements entrant dans le champ de la régulation par objectif quantifié national, c'est à dire les établissements de santé à but lucratif ou non ayant conclu un contrat d'objectifs et de moyens avec les ARH.

L'activité d'accueil et de traitement des urgences est une activité soumise à autorisation. En application des schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération, les agences régionales de l'hospitalisation ont commencé, au cours de l'année 2000, à délivrer des autorisations d'activité aux établissements répondant tout à la fois aux besoins mis à jour par le SROS et aux normes de fonctionnement définies par la réglementation. A l'issue de ce processus, une centaine de cliniques devraient être titulaires d'une autorisation.

Or, les prestations servies par les établissements privés commerciaux dans le cadre de l'activité d'accueil et de traitement des urgences ne peuvent pas donner lieu à facturation en l'absence de tarifs de prestation.

Le premier alinéa de ce nouvel article L. 162-22-8 permet donc de mettre en place une rémunération de l'activité d'urgence.

Ce nouveau système de rémunération est adapté aux spécificités des urgences. En effet, cette activité est conjoncturelle. Le financement prévu dans ce

nouvel article combine donc un forfait annuel visant à assurer la couverture des frais fixes inhérents à cette activité et un tarif de prestation au passage.

Le deuxième alinéa indique que ne pourront bénéficier de ce financement que *« les établissements ayant reçu une autorisation d'activité de soins d'accueil et de traitement des urgences, en application des schémas régionaux d'organisation sanitaire »*. Une centaine de sites cumulant 1,1 million de passages par an sont potentiellement concernés, dont la moitié environ au titre de l'année 2000.

Le troisième alinéa de l'article précise que le forfait annuel versé par douzièmes est pris en charge par l'assurance maladie.

Le quatrième alinéa précise que les sommes versées aux établissements pour le compte des différents régimes sont ensuite réparties *« au prorata des dépenses supportées par chacun de ces régimes »*.

Cette réforme du financement des cliniques privées permettra d'augmenter l'offre de soins en matière d'urgence dans le secteur privé afin de mieux faire face à l'augmentation toujours plus importante de la fréquentation des unités d'urgences hospitalières.

De 1990 à 1998, le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics est passé de 7 203 000 à 10 331 000, soit une augmentation de 43 % en huit ans.

Ces chiffres ne tiennent pas compte de la part prise par les établissements privés puisqu'on ne dispose d'aucune donnée pour ce secteur en 1990. En 1998, un peu moins d'un million de passages aux urgences ont été pris en charge par le privé, 684 000 dans les établissements participant au service public hospitalier et 258 000 dans les cliniques privées non participantes.

Le secteur privé assume donc environ 10 % des urgences. En 1998, on peut donc estimer au total à 11 273 000 les passages aux urgences tous secteurs confondus.

Nombre de ces passages correspondent à ce que les professionnels de santé qualifient d'urgences « ressenties », voire à l'expression d'une demande de soins aisément accessibles pour des symptomatologies ne nécessitant pas forcément une prise en charge immédiate. On peut à cet égard noter que, durant cette même période, le nombre de patients admis en hospitalisation complète dans les hôpitaux publics à la suite d'un passage aux urgences n'a que très peu augmenté : il s'est accru d'environ 1 % par an, c'est-à-dire à un rythme voisin des entrées directes en hospitalisation de courte durée – médecine, chirurgie,

obstétrique (MCO). Au total, en 1998, 21,5 % des passages aux urgences ont ainsi donné lieu à une hospitalisation en soins de courte durée.

Ces évolutions interrogent sur les fonctions désormais assumées par les services d'urgences hospitalières : développement d'un mode d'accès spécifique aux soins hospitaliers, réponse à des besoins non satisfaits notamment pour la prise en charge des populations de faible niveau de ressources et de diplôme, substitution partielle à la médecine de ville ou manifestation d'un besoin accru de sécurité et d'accessibilité faisant croître la part des « urgences ressenties ».

Ce nouveau dispositif financier entrera en vigueur le 1er mai 2001.

2) la mise en œuvre : contrat national, contrat régional, contrat d'objectifs et de moyens

? Le **paragraphe I** modifie l'article L. 162-22-3 définissant le **contrat national** bipartite conclu entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au moins une des organisations les plus représentatives. Ce contrat porte sur deux points : l'évolution moyenne des tarifs et les variations tarifaires allouées par les ARH aux établissements.

Le **I** modifie l'article L. 162-22-3 sur trois points :

- premièrement, l'accord fixe le montant national des nouveaux forfaits annuels et *« les critères présidant à la détermination du montant de chacun de ces forfaits et leur valeur unitaire »* (4° nouveau à l'article L. 162-22-3) ;

- deuxièmement, l'accord national fixe les évaluations moyennes nationale et régionales des forfaits ainsi que la fourchette de modulation pour les ARH (1° et 2° complétés). L'accord national pourra donc fixer des taux d'évolution des forfaits différents suivant les régions. Ceci est essentiel lorsque l'on sait que la fréquentation des urgences peut varier du simple au double selon les régions ;

- troisièmement, l'accord national fixe le tarif des prestations nouvellement créées (3° nouveau à l'article L. 162-22-3).

? Le **paragraphe II** prévoit que **l'accord régional** visé à l'article L. 162-22-4 (issu de la loi N° 99-1140 du 29 décembre 1999) entre l'ARH et les fédérations de cliniques fixe *« les critères qui président à la modulation des taux d'évolution des forfaits »*.

Ces critères de modulation sont les mêmes que ceux utilisés pour *« les règles générales de modulation des tarifs des prestations »* fixées par l'accord

régional, c'est-à-dire les objectifs des SROS et les orientations de la Conférence régionale de santé.

? Le **paragraphe III** et le **paragraphe V** modifient les articles L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale et L. 6114-3 du code de la santé publique concernant les contrats d'objectifs et de moyens entre les ARH et les établissements de santé.

Les montants des forfaits annuels seront fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens dans le respect des accords national et régionaux. Depuis la dévolution aux ARH du pouvoir tarifaire par la loi de financement pour 2000, c'est également un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens qui fixe les tarifs de chaque établissement.

Impact financier de la nouvelle tarification des cliniques

(millions de francs)

année réelle 2001	année pleine
200	385

Le montant est calculé sur la base de 1 100 000 passages x 350 francs. Cette dernière valeur, ici indicative, fera l'objet d'une négociation avec les représentants de l'hospitalisation privée dans le cadre de la négociation tarifaire 2001.

Le montant réellement dépensé en 2001 dépendra, outre les tarifs fixés, du rythme de délivrance des autorisations d'activité d'accueil et de traitement des urgences par les ARH. Un recensement est actuellement en cours auprès des ARH en vue de dénombrer les établissements bénéficiant déjà d'une autorisation.

*

Article 35

Fonds pour la modernisation des cliniques privées

Cet article fixe à 150 millions de francs le montant de la dotation affectée en 2001 au fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP).

Le VIII de l'article 33 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 institue, pour une durée de cinq ans, à compter du 1er janvier 2000, un fonds géré par la Caisse de dépôts et consignations, dénommé *« fonds pour la modernisation des cliniques privées »*, destiné prioritairement à accompagner des opérations de modernisation et d'adaptation de l'offre hospitalière pour les établissements de santé privés sous objectif quantifié national (OQN) dans le respect du SROS. Le montant du fonds a été fixé à 100 millions de francs pour l'année 2000.

L'objectif de ce fonds est d'accélérer la recomposition du tissu hospitalier dans le secteur privé. Il est le pendant pour les cliniques privées du fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO) créé par la loi de finances pour 1998 et du fonds de modernisation des établissements de santé, dont la création est proposée à l'article 33 du présent projet de loi.

Le décret n° 2000-794 du 24 août 2000 précise les modalités de gestion du fonds et notamment la nature des opérations éligibles (les opérations d'investissement concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers), le montant de la subvention allouée à chaque établissement ne pouvant 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 de l'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 contribution des différents régimes obligatoires d'assurance maladie. 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, constatées au niveau national, à partir d'une consolidation des données issues des caisses pivot ou du système national interrégimes de l'assurance maladie. En l'absence aujourd'hui de la disponibilité de ces systèmes, le décret met en place un dispositif transitoire utilisant le système d'information interrégimes pour les établissements privés (SNIR-EP) et pour les régimes dont les versements ne sont pas retracés dans le

SNIR-EP (Port autonome de Bordeaux, Chambre de commerce et d'industrie de Paris …) un recueil de données déclaratives auprès de ces régimes.

Une circulaire à paraître à destination des ARH fixera la répartition du fonds entre les régions pour l'année 2000 en fonction des critères suivants :

- 90 millions de francs au prorata des dépenses réalisées pour chaque région en 1999. Pour la première année de mise en œuvre, une répartition du fonds proportionnelle à l'importance du secteur privé au sein des régions est apparue comme la plus adaptée, les dépenses subventionnables de modernisation du tissu étant *a priori* proportionnelles au nombre et à l'importance des établissements.

- 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 devrait permettre notamment d'établir une échelle de coûts relatifs adaptée à cette activité.

Le décret du 24 août 2000 susvisé pose l'obligation pour la Caisse des dépôts et consignations de produire un rapport annuel d'activité du fonds. Par ailleurs, un bilan quantitatif et qualitatif sur l'utilisation du fonds 2000 sera établi par les services du ministère de l'emploi et de la solidarité au cours du premier trimestre de l'année 2001.

Si l'on estime à 25 le nombre d'opérations éligibles au Fonds de modernisation pour les cliniques privées (FMCP) en 2001 et à 30 millions de francs le montant moyen de l'investissement à financer, le coût total des opérations s'établit à 750 millions de francs. Les crédits qu'il est proposé d'allouer au FMCP en 2001 (150 millions de francs) permettent d'assurer un taux moyen de subvention de 20 %, comparable à celui des opérations subventionnées par le FIHMO dans le secteur public.

Avec 150 millions de francs, le FMCP 2001 se trouve doté dans les mêmes proportions que le FIMHO pour 2000 (800 millions de francs), compte tenu du rapport des masses budgétaires relatives des secteurs sous dotation globale et sous objectif quantifié national. Si le montant 2001 du FMCP avait été calculé en proportion des 500 millions de francs de FIMHO pour 2001, son montant aurait été inférieur à 100 millions de francs.

Bien que les crédits pour 2000 n'aient pas encore été utilisés, le Gouvernement juge nécessaire de les augmenter de 50 % en 2001 afin, selon l'exposé des motifs, « *d'accompagner plus activement les opérations de restructuration et de modernisation menées dans ce secteur*. »

Répartition par région en 2000 du Fonds pour la modernisation des cliniques privées

régions	*enveloppe régionale*
Ile-de-France	17 677 200
Champagne-Ardenne	1 786 200
Picardie	1 400 900
Haute-Normandie	1 962 300
Centre	4 024 100
Basse-Normandie	1 982 000
Bourgogne	2 280 100
Nord-Pas-de-Calais	5 279 800
Lorraine	2 389 000
Alsace	1 695 300
Franche-Comté	946 400
Pays-de-la-Loire	3 934 900
Bretagne	3 759 200
Poitou-Charentes	2 078 700
Aquitaine	7 529 600
Midi-Pyrénées	6 722 800
Limousin	825 900
Rhône-Alpes	8 126 200
Auvergne	1 935 400
Languedoc-Roussillon	7 407 800
PACA	13 775 200
Corse	632 400
Guadeloupe	500 700
Martinique	254 500
Guyane	80 000
Réunion	1 013 400
France entière	100 000 000

*

Article 36

(articles L.174-1-1, L. 174-15, L. 713-20 du code de la sécurité sociale)

Financement du service de santé des armées

Cet article réforme le financement du service de santé des armées et de l'Institution nationale des invalides.

Le service de santé des armées

Le service de santé assure le soutien sanitaire des armées en matière d'hygiène, de prévention, de soins, d'expertise, d'enseignement et de recherche. A cet effet, il conduit de façon permanente la recherche médicale et scientifique, la formation initiale et continue de tous ses personnels. Lors d'opérations extérieures, il assure prioritairement le soutien médico-chirurgical direct des forces françaises engagées mais assiste également les populations démunies sous la forme de consultations, de soins, d'interventions chirurgicales de fournitures de médicaments, d'actions de santé publique, d'évacuations de malades et de blessés.

Le service de santé a été dimensionné, conformément à la loi de programmation de 1997-2202, de manière à permettre le soutien simultané :

- d'une force de 30 000 hommes sur un théâtre d'opérations ;

- d'une force de 5 000 hommes sur un deuxième théâtre.

La satisfaction de ce besoin a directement conditionné le format du service de santé des armées, ses effectifs et la dimension de son parc hospitalier. Ainsi, ont été décidées la fermeture entre 1997 et 2002 des neuf centres hospitaliers des armées et la réduction de 5600 à 3200 du nombre de lits des hôpitaux des armées, qui était encore supérieur à 10 000 en début de décennie.

En 2000, les effectifs sont de 14 600 personnes pour tomber à 13 500 en 2002. Au total sur la période de la loi de programmation militaire, la baisse sera de 26 %. Elle est essentiellement due à l'arrêt du service national ; le service de santé des armées compte 750 appelés en 2000, contre près de 5000 en 1996. Le contingent fournissait un apport considérable en 1995, 38 % des officiers étaient des appelés, ils n'étaient plus que 16 % en 1999, en 2000 la proportion est inférieure à 9 %.

Le service de santé est représenté par :

- les écoles : écoles de formation d'officiers d'active de Lyon et de Bordeaux, de formation d'officiers de réserve de Libourne (fermeture prévue en 2000), de personnels paramédicaux de Toulon ;

- les instituts : de médecine navale à Toulon, de médecine aérospatiale à Brétigny, de médecine tropicale à Marseille ;

- le centre de recherches du service de santé de Grenoble – la Tronche ;

- les neuf hôpitaux d'instruction des armées (HIA), tous en métropole ;

- les six centres hospitaliers des armées (CHA), dont 1 outre-mer (Djibouti). Trois de ces hôpitaux métropolitains fermeront en 2000 (P. Bayen à Châlons-en-Champagne, A. Calmette à Lorient et E. Forgue à Lamalou-les Bains), deux autres en 2001 et 2002 ;

- les établissements de ravitaillement, dont trois fermeront au début de l'année 2000, à la suite de regroupements sur les mêmes sites de formations de ravitaillement sanitaire du service courant et de préparation de la mobilisation.

L'Institution nationale des invalides

L'institution, créée en 1670 par Louis XIV afin d'y héberger les militaires invalides, relève pour son statut et pour ses règles de fonctionnement du code des pensions militaires et d'invalidité et des victimes de guerre, qui, aux termes de la loi n° 91-626 du 3 juillet 1991 codifiés, en définit les missions et les conditions générales d'organisation. Cet établissement n'entre donc pas dans le droit commun qui s'applique à l'ensemble des établissements hospitaliers publics, tant en termes de planification sanitaire et de sécurité des soins, qu'en termes de modalités de financement de son activité.

L'Institution a une double mission. D'une part, elle accueille, dans un centre de pensionnaires, à titre permanent ou temporaire, les invalides bénéficiaires du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, d'autre part, elle dispense dans un centre médico-chirurgical des soins en hospitalisation ou en consultation aux malades et blessés en vue de leur réadaptation fonctionnelle, professionnelle et sociale.

Les personnes accueillies sont par priorité les pensionnaires et les autres bénéficiaires du code des pensions militaires et d'invalidité et des victimes de guerre mais aussi «dans la limite des places disponibles » d'autres catégories de personnes sous réserve que le ministère de tutelle garantisse leur « prise en charge ».

? Le **paragraphe I** réécrit l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale renvoyant à un décret *« les modalités des relations entre les organismes d'assurance maladie et le service de santé des armées ainsi que l'Institution nationale des invalides, en ce qui concerne la prise en charge des soins qu'ils dispensent »*.

Le **premier alinéa** de l'article L. 174-15-1 nouvellement rédigé dispose que les dépenses du service de santé et de l'Institution nationale des invalides incluses dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) «*sont financées sous la forme d'une dotation globale annuelle* ». Chacune de ces dotations globales sera arrêtée en fonction de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de santé des établissements financés par dotation globale visé à l'article L. 174-1-1 du code susmentionné. Le montant des dépenses de l'assurance maladie pour ces deux institutions est estimé respectivement à 45 millions de francs et à 2 millions de francs.

L'objectif des établissements de santé sous dotation globale est l'enveloppe « établissements sanitaires » dont le montant est transmis à l'information du Parlement au moment du vote de l'ONDAM et qui est fixé en janvier par un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'économie.

Le système de caisse-pivot est étendu aux hôpitaux militaires. Ce système existe déjà depuis 1996 pour les hôpitaux publics et depuis la loi de

financement pour 2000 pour les cliniques privées. Ce système est un élément de gestion technique indispensable car il permet de « localiser » les dépenses d'hospitalisation par établissement quel que soit le régime du patient hospitalisé.

Cependant, cette caisse-pivot n'est pas la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement comme pour les hôpitaux publics et les cliniques privées, mais une *« caisse désignée par arrêté interministériel »* c'est-à-dire les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé mais aussi le ministre chargé des armées. Cette spécificité rappelle l'autonomie du secteur hospitalier militaire dans l'organisation hospitalière publique.

Enfin, les sommes versées au service de santé des armées pour le compte des différents régimes sont ensuite réparties selon les règles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 174-2 du code susmentionné. Ces sommes sont actuellement réparties après accord entre tous les régimes ou à défaut d'accord, un arrêté interministériel fixe cette répartition. Dans le système actuel pour les établissements sous dotation globale, le décret n° 92-776 du 31 juillet 1992 fixe les critères de répartition de la dotation globale entre régimes.

Le **deuxième alinéa** dispose que les dispositions relatives à la tarification de prestations pour les personnes non couvertes par l'assurance visées à l'article L. 174-3 et le régime du forfait journalier dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux visé à l'article L. 174-3 sont applicables au service de santé des armées.

Le présent article fait donc passer le service de santé des armées et l'Institution nationale des invalides d'un système de financement fondé sur les prix de journée à un système de droit commun fondé sur l'allocation d'une dotation globale de financement telle qu'elle est définie par l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale. Cette extension du budget global aux hôpitaux militaires s'inscrit dans la logique de leur participation toujours plus importante au service public hospitalier.

A l'heure actuelle, les hôpitaux militaires ont un mode de financement original. Le financement repose sur deux sources : les crédits budgétaires votés dans le cadre de la loi de finances et les produits d'un fonds de concours représentant les prestations hospitalières.

Jusqu'en 1997, la répartition entre crédits budgétaires et ressources externes provenant du fonds de concours était relativement équilibrée. En 1988, les crédits budgétaires représentaient plus de 58 % des ressources financières du service de santé. Entre 1993 et 1997, ils en représentaient encore environ 52 %. Un net décrochage est intervenu en 1998, les crédits budgétaires ayant été réduits

de 15 % avant d'être à nouveau diminués de 7 % en 1999. La part des crédits budgétaires est passée à 43 % en 1998 et à 41 % en 1999.

Les ressources externes provenant de l'activité remboursable représentent donc près des trois cinquièmes du financement. Le montant de ces ressources externes dépend de deux facteurs : le volume de l'activité et les tarifs pratiqués. Les hôpitaux militaires fonctionnent selon un principe de tarification au prix de journée, le prix de journée facturé ne pouvant être supérieur à celui de l'hôpital de référence le plus proche. Ces prix de journée sont inférieurs à ceux pratiqués dans le secteur civil, même s'ils n'intègrent pas toujours l'ensemble des coûts de la prestation.

Le système actuel de financement est un facteur d'incertitude pour le service de santé et l'Institution nationale des invalides. Les prestations hospitalières ont une place toujours plus importante et rendent les hôpitaux militaires trop dépendants des variations conjoncturelles. Les conséquences d'une baisse d'activité font d'autant plus fortes que le parc hospitalier militaire est réduit (9 hôpitaux et 3200 lits). Par exemple, le prélèvement d'équipes chirurgicales appelées pour des opérations extérieures entraîne immédiatement des ralentissements importants de l'activité et donc de moindres recettes.

Le présent article institutionnalise donc sur le plan financier l'intégration toujours plus grande des hôpitaux militaires au service public hospitalier. La part des activités à charge de remboursement, au profit des assurés sociaux dans les conditions de droit commun, dépasse 80 % de l'activité totale (nombre d'entrées) en 2000 contre 57 % en 1995.

De plus, le principe du budget global est déjà une réalité dans les hôpitaux militaires.

A la différence des établissements hospitaliers civils soumis au même principe de tarification, chaque hôpital des armées ne reçoit pas directement des organismes de sécurité sociale le remboursement de son activité. Les recettes, recueillies par le fonds de concours puis reversées au ministère de la défense, sont globalisées dans le budget du service de santé des armées qui les répartit entre les différents établissements en fonction des objectifs fixés.

On pourrait donc dire que, si pour le budget de la défense les ressources tirées de l'activité des hôpitaux des armées découlent directement du volume des journées d'hospitalisation, chaque hôpital des armées fonctionne quant à lui sur le principe du budget global, une enveloppe lui étant allouée par la direction centrale du service de santé. Le présent article légalise donc la pratique actuelle.

Le décret n° 74-431 du 14 mai 1974 fixe les conditions de la participation du service de santé des armées au service public hospitalier.

Les hôpitaux des armées se doivent d'accueillir en priorité leur clientèle « obligée », c'est-à-dire les appelés du contingent d'une part et les personnels de la défense ayant contracté une blessure ou une maladie à l'occasion du service. Ils ont également en charge la vérification de l'aptitude d'un certain nombre de personnels et des tâches d'expertises au profit des armées.

Mais hormis ces priorités pour lesquelles les consultations ou les soins sont à la charge du budget du service, les hôpitaux des armées se situent sur un même plan que les établissements civils. Les personnels de la défense ou leurs ayants-droit ne sont pas tenus de s'adresser à un hôpital militaire, sauf si l'accident ou la maladie est imputable au service, et ils peuvent donc être hospitalisés dans un établissement de leur choix. Inversement, les assurés sociaux du régime général ou des autres régimes civils ont également le libre choix et peuvent être hospitalisés dans les hôpitaux militaires.

Le service de santé des armées concourt donc au service public hospitalier, par l'accueil sans restriction de tous les assurés sociaux dans les hôpitaux des armées.

L'ouverture à des activités non militaires n'a fait que s'accroître au cours des dernières années. La réduction progressive du nombre d'appelés du contingent et des effectifs militaires en général et, d'autre part, le souhait croissant de ressortissants civils d'être soignés dans les hôpitaux militaires tendent en quelque sorte à «banaliser » l'activité de ces derniers. Le nombre de journées d'hospitalisation à charge du service de santé, qui représente l'activité spécifiquement militaire des hôpitaux des armées, ne cesse de se réduire alors que l'activité «remboursable », c'est-à-dire au profit des assurés sociaux dans les conditions de droit commun augmente.

Cette évolution répond en réalité pour le service de santé à une nécessité. En effet, la diminution de la clientèle « obligée » du fait de la disparition du contingent et de la réduction des effectifs des armées, si elle n'était pas compensée par un apport de clientèle extérieure, conduirait à une sous-activité des équipes chirurgicales, préjudiciable au maintien de leur capacité opérationnelle.

? Le **paragraphe II** précise que la caisse nationale militaire de sécurité sociale pourra, le cas échéant verser la dotation globale allouée au service de santé des armées aux établissements.

La circonscription de cette caisse autonome qui gère les prestations de sécurité sociale du personnel militaire est l'ensemble du territoire métropolitain.

? **Le paragraphe III** complète l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale concernant le montant annuel des dépenses hospitalières et sa déclinaison en dotations régionales en indiquant que *« certaines des dépenses incluses dans l'ONDAM (…) peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales »*. La fixation des dotations des hôpitaux militaires ne peut pas relever de la compétence des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), puisque les hôpitaux militaires sont placés sous l'unique responsabilité du ministre chargé des armées. Les hôpitaux militaires n'ont pas d'autonomie juridique comme les établissements publics de santé ; ce sont des services en régie du ministère de la défense. Ces dotations ne peuvent donc être incluses dans les dotations régionales gérées par les ARH.

Cette disposition affirme l'autonomie du secteur hospitalier dans l'organisation hospitalière publique. La participation des hôpitaux militaires au service public hospitalier ne doit pas conduire à soumettre ces établissements aux procédures et aux critères qui s'imposent aux hôpitaux civils. Par exemple, les plateaux techniques des hôpitaux d'instruction des armées sont dimensionnés pour faire face à un afflux massif de blessés en cas de conflit, et non pour répondre aux besoins courants de la population d'une région. On ne saurait donc imposer aux hôpitaux des armées les critères qui prévalent, dans le cadre de la planification sanitaire, pour autoriser les hôpitaux civils à se doter d'un équipement lourd.

? Le **paragraphe IV** prévoit un décret en Conseil d'Etat afin de définir les modalités d'application de ce nouveau dispositif financier.

*

Article 37

Appartements de coordination thérapeutique et consultations en alcoologie

Cet article a deux objets :

Le premier est relatif aux **appartements de coordination thérapeutique (ACT)**.

Les appartements de coordination thérapeutique ont été créés à titre expérimental à partir de 1995. Ils ont pour vocation d'accueillir des personnes

atteintes par le VIH et en situation de précarité afin de leur assurer une prise en charge globale médicale, sociale et médico-sociale.

Les paragraphes I à IV leur confèrent un statut pérenne et modifient leur mode de financement.

a) La pérennisation des structures

Les ACT ont été crée dans le cadre expérimental posé par l'article L.162-31 du code de la sécurité sociale qui prévoit un agrément ministériel et la forfaitisation des dépenses à la charge de l'assurance maladie.

Le **I** fait des appartements thérapeutiques des structures de soins à part entière qui relèveront désormais du secteur social et médico-social. Pour des raisons liées à la codification en cours de la loi de 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, les ACT ne sont pas *stricto sensu* ajoutés à la liste des établissements sociaux et médico-sociaux. Mais les missions de ce secteur sont complétées pour y inclure celles assurées actuellement par les ACT.

En conséquence, le **II** précise que les ACT relèvent de l'article 3 de la loi de 1975 qui fixe les règles de création des établissements sociaux et médico-sociaux.

b) L'extension de leur mission à d'autres pathologies

Ces structures de coordination des soins ayant fait la preuve de leur efficacité tant par le suivi du traitement médical que par l'accompagnement social qui s'effectue en leur sein auprès de personnes en situation de très grande précarité, il est proposé d'étendre leur actions à d'autres pathologies que le VIH. Sont visés essentiellement les hépatites chroniques et certains cancers.

Il est prévu en 2001 la création de places supplémentaires.

c) Le transfert du financement de l'Etat vers l'assurance maladie

Les dépenses liées à la coordination des soins aux personnes accueillies dans des appartements thérapeutiques sont aujourd'hui assurées de trois façons :

- Pour moitié par l'Etat qui en fonction d'un forfait calculé à la place accorde des subventions aux associations gestionnaires (financement moyen journalier par place : 241 F)

- Pour un quart par l'assurance maladie (forfait soin plafonné à 129 F)

- Pour le quart restant par la personne accueillie sachant que en réalité pour 95 % d'entre elles les sommes à leur charge sont assumées par les départements au travers de l'aide sociale facultative ou par les caisses d'allocations familiales au travers du fonds de solidarité pour le logement (FSL) (112 F en moyenne).

Le **III** de cet article transfère à l'assurance maladie la part du financement assumée jusqu'ici par l'Etat. L'engagement de l'Etat dans le financement de ces structures, comme dans celui des centres de dépistage gratuit, avait pour origine la nécessité d'encourager leur mise en place. Dans la mesure où celles-ci relèvent du secteur médico-social et deviennent ainsi des structures de soins à part entière, ce financement n'a plus lieu d'être. Assurées par l'assurance maladie ces dépenses seront inclues dans l'ONDAM médico-social.

Ce transfert s'élève à 29,4 millions de francs auquel il faudra ajouter 10 millions de francs pour financer les places nouvelles en 2001 (75 places).

d) La procédure d'autorisation

Les ACT sont des structures expérimentales qui avaient été mises en place sur la base de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale. Aux termes de cet article les actions expérimentales de caractère social ou médical peuvent être prise en charge par l'assurance maladie sous réserve d'un agrément.

Le **IV** fixe un délai d'un an pour que les gestionnaires des appartements thérapeutiques se conforment aux obligations fixées aux organismes sociaux et médico-sociaux relevant de la loi de 1975, c'est à dire demandent l'autorisation prévue par ce texte.

Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions de fonctionnement et de financement des appartements thérapeutiques.

Le deuxième objet de cet article est de transférer la prise en charge des **consultations d'alcoologie** effectuées dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale, de l'Etat vers l'assurance maladie (paragraphe **V**).

Depuis la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 les centres d'hébergement et de réinsertion sociale reçoivent une dotation budgétaire pour organiser des consultations d'alcoologie. Cette dotation est de 25 millions de francs. Ces crédits budgétaires sont versés directement aux CHRS pour organiser ces consultations et rémunérer les vacations correspondantes ou bien aux Centres de cure ambulatoires en alcoologie qui peuvent intervenir dans les CHRS.

L'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait déjà confié à l'assurance maladie le financement des centres de cure ambulatoire en alcoologie. Il est donc logique que ces centres assument aussi les dépenses liées à leur mission même si celle-ci s'effectue dans les CHRS.

A cet effet, le V de l'article du projet de loi ajoute aux missions des centres de cure ambulatoire en alcoologie l'intervention dans les CHRS.

Le transfert vers l'assurance maladie s'élève à 15 millions de francs.

Au total sont donc transférés vers l'assurance maladie, pour 2001, 55 millions de francs, dépenses qui seront incluses dans l'ONDAM. Parallèlement, il est procédé dans le projet de loi de finances pour 2001 à une débudgétisation de 163 millions de francs : 89 millions pour les programmes et dispositifs de lutte contre les pratiques addictives et 74 millions au titre de la lutte contre le SIDA et les maladies addictives. Des précisions sont indispensables pour déterminer la façon dont le solde de ces dépenses va être financées.

*

Article 38

(article L. 5122-6 du code de la santé publique)

Publicité pour les médicaments

Cet article prévoit, dans le cas de déremboursement d'un médicament à usage humain une dérogation, limitée, aux conditions de sa publicité auprès du public.

En effet, l'article L. 5122-6 du code de la santé publique n'autorise cette publicité que si :

- le médicament n'est pas remboursable

- s'il n'est pas soumis à prescription médicale

- s'il ne fait pas l'objet de restriction en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique.

Un médicament radié de la liste des spécialités remboursables pourra donc faire l'objet de publicité sous réserve qu'il remplisse les deux autres conditions.

Cet article prévoit, en l'entourant de précautions, que la publicité sera cependant possible pendant une période transitoire entre la décision de radiation et son entrée en vigueur, période pendant laquelle le médicament est toujours remboursable.

Le principe et la durée de cette période seront fixés par la décision de radiation elle même. Elle doit permettre aux industriels de tirer les conséquences de la radiation de la liste des médicaments remboursables.

Mais pour éviter une croissance trop forte des dépenses liées à ce médicament une condition supplémentaire est posée : le médicament devra faire l'objet d'un conventionnement entre le Comité économique des produits de santé et l'industrie pharmaceutique concernée.

Ces conventions qui sont prévues par l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale fixent, notamment, le prix des médicaments et, le cas échéant leur évolution en fonction du volume des ventes.

*

Article 39

(articles L. 4001-1 et L. 4002-2 du code de la santé publique)

Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique

Cet article crée un fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique à destination des professionnels de santé.

L'enjeu est d'importance puisqu'il s'agit de développer une information médicale objective, aisément utilisable par les prescripteurs et indépendante des opérations de promotion menées par l'industrie pharmaceutique.

Ce fonds va permettre de financer des actions comme, par exemple, la diffusion des fiches de transparence ou des fiches d'information thérapeutiques ou encore la diffusion des avis de la commission de la transparence. Mais au delà de la simple information des professionnels de santé la vocation du fonds est bien de

mener à leur égard une véritable action pédagogique pour les sensibiliser au bon usage du médicament.

Ces actions pourront être menées en partenariat avec d'autres intervenants. Il faut d'ailleurs souligner que le partenariat est indispensable, tant pour assurer la cohérence des politiques (particulièrement avec la politique du bon usage du médicament de la CNAM) que pour mobiliser des moyens supplémentaires.

L'article L. 4001-1 confie la gestion du fond à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Cette agence procède à l'évaluation, au contrôle et à l'inspection du médicament et dispose de capacités d'expertise scientifique.

L'article L. 4001-2 affecte, au fond, une partie des sommes précédemment attribuées en totalité à la CNAM. En effet, le fonds va être alimenté par une part (plafonnée à 10 %) de la taxe due par les laboratoires pharmaceutiques sur leurs dépenses de publicité. Son rendement attendu pour 2001 est de 1,3 milliards de francs. La dotation du fond pour 2001sera donc au maximum de 130 millions de francs.

*

Article 40

(articles L. 138-1, L. 138-10, L. 245-2, L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale et article L. 5121-17 du code de la santé publique)

Incitation au développement des médicaments orphelins

Cet article prévoit, conformément au règlement européen relatif aux médicaments orphelins adopté le 16 décembre 1999, une série de mesures incitatives pour encourager le développement de ces médicaments destinés à traiter des maladies rares. Selon l'exposé des motifs, sont concernées trois millions de personnes en France dans 6000 maladies orphelines répertoriées, avec des effectifs allant de 200 à 30 000 patients.

C'est ainsi que la fraction du chiffre d'affaire ou des dépenses réalisée au titre des médicaments orphelins est exclue de l'assiette de toutes les contributions spécifiques dues par l'industrie pharmaceutique.

Le **I** modifie l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale relatif à la contribution due par les grossistes répartiteurs pour exclure de son assiette la fraction du chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments orphelins.

Le **II** modifie l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale pour exclure des chiffres d'affaire pris en compte pour le déclenchement de la clause de sauvegarde, ceux réalisés par les laboratoires pharmaceutiques au titre des médicaments orphelins.

Le **III** modifie l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale relatif à la contribution due par les laboratoires sur leurs dépenses de publicité, pour exclure de son assiette les frais de prospection effectués au titre des médicaments orphelins.

Le **IV** modifie l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale relatif à la contribution sur les ventes directes pour exclure de son assiette la fraction du chiffre d'affaires réalisé au titre de ces médicaments.

En outre, le **V** exonère les médicaments orphelins de la taxe annuelle sur les médicaments bénéficiaires d'une autorisation de mise sur le marché perçue au profit de l'agence française de sécurité sanitaire.

Enfin, le **VI** fixe les dates d'entrée en vigueur de ces dispositions qui s'appliqueront toutes dès 2001.

*

Article 41

Clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaire des entreprises pharmaceutiques

Le présent article fixe le montant du taux K c'est-à-dire l'objectif de dépenses de médicaments pour 2001 d'une part et, d'autre part, met en place un nouveau calcul du reversement des dépassements du chiffre d'affaires.

L'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 31 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, prévoit que les entreprises n'ayant pas conclu de convention avec le Comité économique des produits de santé sont soumises à une contribution. Celle-ci est due par les entreprises lorsque le chiffre d'affaires total réalisé au cours de l'année civile au titre des ventes de médicaments remboursables 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 de l'année précédente. Ce taux est appelé taux « K ».

Pour 2000, compte tenu du rebasage de l'ONDAM et afin d'assurer le niveau de rendement attendu de la contribution, il est apparu nécessaire de fixer un taux de progression de l'ONDAM (taux K) spécifique pour le calcul de la contribution. Ce taux a été fixé à 2 % par l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Ce taux de 2 % était également celui retenu pour l'objectif de soins de ville, dans lequel figure le médicament.

Cette disposition s'appliquant pour le calcul du montant global de la contribution due au titre de l'exercice 2000, son rendement dépend notamment du nombre des conventions conclues au cours de cet exercice, nombre qu'il n'est pas aujourd'hui possible d'évaluer. Le rendement de la contribution ne pourra donc être précisé qu'après le 31 décembre 2000. Le montant global de contribution perçue au titre de l'exercice 1999 a été de 75,43 millions de francs.

? Le **paragraphe I** reprend cette disposition. Pour 2001, le taux K ne sera pas le taux de progression de l'ONDAM mais, comme en 2000, un taux spécifique de 3 %.

On peut relever que ce taux de 3 % est aussi celui retenu pour l'objectif de soins de villes, dans lequel figure le médicament, alors que la progression globale de l'ONDAM sera de 3,5 % entre 2000 et 2001.

Pour 2001, le taux K est donc déterminé par la loi de financement, comme cela fut le cas l'an dernier. En effet, le taux K, qui détermine le déclenchement de la contribution de l'article L. 1038-10 du code de la sécurité sociale, est défini par cet article comme le taux de progression de l'ONDAM. L'ONDAM 2001 étant défini par rapport à un ONDAM 2000 rebasé, il y a lieu, pour la détermination de la contribution qui sera due de l'exercice 2001, de définir le taux K comme la progression de l'ONDAM 2001 par rapport à l'ONDAM 2000 rebasé, et non par rapport à l'ONDAM 2000 réel.

? Le **paragraphe II** modifie le calcul du système de récupération. En effet, le mécanisme actuel présente des effets de seuil importants dénoncés par l'industrie pharmaceutique.

L'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale établit un lien entre l'évolution du montant de l'ONDAM voté par le Parlement, d'une année sur l'autre, et celle du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique pour la même période de référence. Si le taux de croissance du chiffre d'affaires hors taxes réalisé sur les médicaments remboursables par l'ensemble de l'industrie pharmaceutique – définie par référence à l'activité de fabrication, d'importation, d'exportation ou de vente en gros des médicaments, retenue par l'article L. 596 du code de la santé publique, soit la définition la plus large possible – est plus fort que celui de l'ONDAM, les entreprises non conventionnées sont alors redevables

d'une contribution globale, progressive en fonction du dépassement de l'ONDAM :

- si le dépassement est de moins de 1%, la contribution due est de 0,15 % du chiffre d'affaires ;

- si ce dépassement est compris entre 1 % et 2 %, elle est de 0,65 % ;

- s'il est compris entre 2 % et 4 %, le taux est de 1,3 % ;

- s'il est compris entre 4 % et 5,5 %, le taux est de 2,3 % ;

- au-delà, il est de 3,3 %.

Dans ce système, le taux de récupération du dépassement de chiffre d'affaires par rapport à l'ONDAM fluctue fortement à chaque franchissement de seuil. A titre d'exemples, lorsque le taux de progression du chiffre d'affaires du secteur est de 2,99 % (soit un dépassement de 0,99 % pour un seuil de déclenchement de 2 %), le pourcentage de récupération du dépassement est de 16 % de ce dépassement. Si le taux de progression du chiffre d'affaires est de 3,01 %, le pourcentage de récupération passe à 66 %.

Le paragraphe II propose donc de remplacer le mécanisme actuel par un système de récupération linéaire : le montant de la contribution sera égale à 70 % de l'écart entre le chiffre d'affaires de l'année en cours et celui de l'année précédente majoré du taux de progression de l'ONDAM.

Ce nouveau système permet, d'une part, d'éliminer les effets de seuil et, d'autre part, de récupérer une part constante du dépassement, plus importante qu'actuellement (70 % contre un taux maximum de 65 % aujourd'hui). Cette mesure devrait donc accroître sensiblement le rendement de la contribution.

Ceci renforce donc la taxation des industries pharmaceutiques mais le système actuel de régulation des dépenses de médicaments est en réalité peu contraignant. En effet, la Cour des Comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale de 1999, constate que « *le dispositif de régulation ne constitue pas à proprement parler un mécanisme d'encadrement des dépenses* ». Le système est assuré, d'une part, par le versement de la clause de sauvegarde, d'autre part, par la ristourne que paient les entreprises ayant passé une convention avec le Comité économique et qui sont exonérées du paiement de la clause de sauvegarde.

Or en 1999, la somme des contributions versées par les laboratoires qui n'ont pas conclu de conventions (75 millions de francs) et des ristournes acquittées par ceux qui en ont signé une (838 millions de francs) ne représente que 913 millions de francs au titre de 1999, ce qui est très inférieur au dépassement de l'objectif, compris entre 2,5 et 3 milliards de francs. Le seuil de

déclenchement ne joue donc pas comme un plafond et n'est pas, en conséquence, un véritable objectif : tout se passe comme si une progression beaucoup plus forte que 2,5 % avait été admise dès le départ.

? Le **paragraphe III** précise que ce dispositif commencera à s'appliquer pour la contribution due au titre de l'exercice 2001.

La régulation conventionnelle

Les entreprises signataires d'une convention avec le comité économique sont exonérées du paiement de la clause de sauvegarde mais entrent dans un système de régulation conventionnelle.

La régulation conventionnelle instituée par l'accord sectoriel de juillet 1995 visait ainsi à substituer aux mécanismes de taxation « de sauvegarde » organisés par la loi, et dans les conditions que celle-ci prévoit, un système de remises quantitatives de fin d'année produisant des résultats financièrement équivalents pour la sécurité sociale, mais d'une manière plus adaptée à la différenciation des besoins de santé selon les catégories de médicaments et à la libre concurrence entre les entreprises.

Concrètement, ce sont 148 laboratoires ou groupes qui ont passé avec le comité une convention pluriannuelle exonératoire de la contribution de sauvegarde, sur les 178 auxquels une telle convention avait été proposée par le comité. Le chiffre d'affaires cumulé de ces 148 entreprises représentait 97 % des ventes de médicaments remboursables en France.

Ce système de régulation conventionnelle a permis d'obtenir des remises nettes contractuelles dont le montant total a été voisin de celui qui aurait été obtenu par le jeu de la classe de sauvegarde avec toutefois un double avantage. D'une part, le conventionnement a permis, en sus des remises conventionnelles, de négocier des baisses de prix qui n'auraient pu être réalisées autrement ce qui porte l'avantage financier global produit par le système conventionnel à un niveau sensiblement supérieur à celui du système de sauvegarde. D'autre part, la contribution conventionnelle a joué de manière différenciée selon les classes thérapeutiques et selon les catégories de médicaments, ce qui a permis de favoriser la mise sur le marché des innovations importantes et le développement des génériques.

*

Section 4

Branche accidents du travail

Article 42

(article 706-3 du code de procédure pénale)

Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Cet article crée un fonds chargé de prendre en charge l'indemnisation de l'ensemble des préjudices résultant de l'exposition à l'amiante, dans le cadre du travail et dans le cadre environnemental.

Le **I** pose le principe de la réparation intégrale des dommages corporels subis par :

1° les personnes atteintes d'une maladie professionnelle causée par l'amiante (tableaux n° 30 et 30 *bis* du code de la sécurité sociale) qui relèvent d'un régime de sécurité sociale ;

2° les personnes qui ont directement été exposées à l'amiante sur le territoire français, quel que soit leur situation au regard de la législation de sécurité sociale ou leur nationalité ;

Le **II** prévoit la création d'un fonds d'indemnisation. A la différence du fonds d'indemnisation des victimes d'actes de terrorisme ou du fonds d'indemnisation des personnes atteintes de SIDA post-transfusionnel qui sont des institutions personnalisées de droit privé, il doit s'agir d'un établissement public de l'Etat à caractère administratif. La seule mission de cet établissement public autonome consistera à indemniser les préjudices définis au I. Le pouvoir de tutelle sera exercé par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Le **III** définit la procédure d'instruction des demandes d'indemnisation qui sera suivie devant le fonds.

La recevabilité de la demande sera acquise dès lors que la victime ou ses ayants droit auront justifié d'une exposition à l'amiante. Dans les cas où le lien de causalité ne sera pas évident, le fonds devra, à l'instar des juges de la réparation, se constituer une intime conviction à partir des éléments d'information en possession des victimes et selon les résultats des investigations auxquelles il pourra lui-même procéder pour déterminer les circonstances de l'exposition à l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime.

Il est précisé que le secret professionnel ou industriel ne pourra pas être opposé à ces investigations. Le fonds pourra également obtenir toute information nécessaire sur l'indemnisation des préjudices déjà effectuée par des organismes de sécurité sociale (régime général ou régimes spéciaux dont l'Etat pour ses fonctionnaires) et des assureurs privés pour fonder son intime conviction. En contrepartie, les personnes qui auront eu accès aux documents et informations communiquées au fonds pour l'instruction des demandes sont soumises au respect du secret professionnel.

Le **IV** enferme dans un délai de neuf mois l'obligation pour le fonds de présenter une offre d'indemnisation. Cette proposition d'indemnisation devra indiquer l'évaluation retenue par le fonds pour chaque chef de préjudice, moral ou matériel, et le montant des indemnités. A l'instar du mécanisme mis en place pour l'indemnisation des victimes d'actes de terrorisme et des personnes atteintes de SIDA post-transfusionnel, celui-ci devra tenir compte des sommes déjà versées à la victime :

- soit au titre des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation : prestations versées par les organismes de sécurité sociale, prestations relatives aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques, remboursement des frais de traitement médical et de rééducation, salaires et accessoires du salarié maintenus par l'employeur pendant la période d'inactivité consécutive à l'événement ayant occasionné le dommage, indemnités journalières de maladie et prestations d'invalidité versées par les groupements mutualistes ;

- soit au titre des indemnités de toutes natures reçues ou à recevoir du chef du même préjudice. Il pourra s'agir d'une indemnité accordée dans le cadre d'une procédure contentieuse ou d'un contrat d'assurance.

L'offre d'indemnisation est présentée même lorsque l'état de santé de la victime au titre de la maladie liée l'amiante n'est pas stabilisé. Le cas de l'aggravation du préjudice est également prévu : une victime ayant déjà obtenu une indemnité du fonds pourra prétendre à une nouvelle réparation si le préjudice s'est aggravé. Cela tient au caractère essentiellement évolutif des maladies liées à l'amiante.

A la différence des règles de procédure applicables pour l'indemnisation des victimes d'actes de terrorisme ou personnes atteintes de SIDA post-transfusionnel, les victimes de préjudices résultant de l'exposition à l'amiante ou leurs ayants droit ne peuvent pas poursuivre les actions éventuellement introduites devant les tribunaux judiciaires, au civil, au pénal ou au titre du contentieux de la sécurité sociale, voire d'en introduire quand ils ne l'auront pas fait, concomitamment à la demande déposée auprès du fonds d'indemnisation. L'indemnisation par le fonds semble donc constituer, dans le texte du projet de loi, une forme de « transaction » extinctive des recours judiciaires. Un tel mécanisme d'indemnisation reposant sur la notion de risque est indépendant de toute recherche de faute.

Le droit pour la victime d'exercer un recours contre la décision du fonds est prévu par le **V**. Il sera possible dans le cas où la demande d'indemnisation a été rejetée, lorsqu'aucune offre n'a été présentée dans un délai de neuf mois ou quand la victime n'a pas accepté l'offre du fonds. En l'absence de précision dans le texte du projet, s'agissant d'un établissement public à caractère administratif, les actions devront être intentées devant le Conseil d'Etat.

Le **VI** organise, selon des règles désormais traditionnelles (fonds de garantie automobile, fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme, commission d'indemnisation des victimes de dommages résultant d'infractions, fonds d'indemnisation des personnes atteintes de SIDA post-transfusionnel), l'action subrogatoire du fonds dans les actions en indemnisation de la victime contre le responsable du dommage ou toutes personnes tenues à réparation à un titre quelconque. Le fonds peut exercer son action devant toute juridiction saisie par la victime, y compris devant les juridictions pénales lorsque la victime s'est constituée partie civile, par dérogation aux règles de droit commun de la procédure pénale. Il pourra ainsi récupérer une partie des sommes qu'il verse à la victime, en les imputant à l'auteur réel du dommage lorsqu'il existe ou à la personne tenue de le réparer (sécurité sociale, employeurs, assureurs).

Le **VII** précise les modalités de financement du fonds d'indemnisation. Il recevra chaque année une contribution de l'Etat, en tant qu'employeur, et une contribution de la branche accidents du travail déterminée par arrêté interministériel. Aucune clef de financement ni aucun montant ne sont fixés dans la loi.

Le fonds d'indemnisation devant se substituer au fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et autres infractions pour les victimes de l'amiante, les **VIII** et **IX** organisent le transfert des contentieux relatifs à l'amiante actuellement portés devant les commissions d'indemnisation des victimes de dommages résultant d'infractions (CIVI) vers le fonds. Pour l'avenir, les CIVI ne seront plus compétentes à l'égard des préjudices résultant d'une exposition à l'amiante. Les procédures d'appel ou de cassation contre les décision déjà rendues par les CIVI sont maintenues. Les procédures en cours d'instruction devant les CIVI sont interrompues et les demandes d'indemnisation transmises au fonds, qui rembourse le cas échéant les provisions déjà accordées par les CIVI.

Le **X** renvoie à un décret en Conseil d'Etat les modalités d'application du présent article, à l'exception de son mode de financement qui relève d'un arrêté.

*

Section 6

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Article 44

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

En application du 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à **693,3 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 2001.

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 branche maladie et accidents du travail fixés par l'article 43 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 2001 augmente de **3,5 %** par rapport aux dépenses prévisionnelles correspondantes pour 2000, connues en septembre pour le rapport de 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 2000. Il faut toutefois réintégrer dans les prévisions d'exécution la mage de manœuvre initiale (0,6 milliard de francs) et défalquer les effets des retards de liquidation des feuilles de soins (pour 2,4 milliards de francs). Par ailleurs, le rebasage ne concerne pas - par définition - les postes de dépenses qui ont respecté leur objectif, à savoir en 2000 les cliniques privées et 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. Dans une lettre adressée au président de la CNAM en date du 26 septembre 2000, Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, a indiqué la répartition de l'ONDAM envisagée par le Gouvernement pour 2001, conformément à la procédure de consultation prévue par l'avenant à la convention d'objectifs et de gestion conclue entre cette caisse et l'Etat.

• L'enveloppe afférente aux **soins de ville** progresserait en 2001 de **3 %**, à **312,7 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 fixera le taux d'évolution de l'objectif de dépenses déléguées (ODD) dont la gestion est confiée à la CNAM depuis 2000.

• 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 des hôpitaux militaires. Les hôpitaux publics ayant respecté leurs objectifs de dépenses depuis 1998, le Gouvernement propose de leur donner les moyens nécessaires à leur bon fonctionnement ainsi qu'à la poursuite du mouvement de recomposition de l'offre dans le cadre des SROS de seconde génération. Ainsi, la part de l'ONDAM attribuée aux hôpitaux progresserait de **3,4 %** à **270,6 milliards de francs**. En tenant compte d'une déformation de la structure des recettes (part du forfait hospitalier), estimée à 0,1 %, les dépenses encadrées augmenteraient de 3,3 % en 2001.

• L'enveloppe des **cliniques privées** verrait sa dotation augmenter de **3,3 %** en 2001 à **43,4 milliards de francs**, soit le même taux de progression que l'enveloppe des hôpitaux publics compte tenu des efforts de maîtrise des dépenses réalisés par les cliniques. 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.

• 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 **5,8 %**, à **49,9 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 d'actions prioritaires en direction des personnes handicapées. Il intègre notamment un transfert de 54,41 millions de francs depuis le budget de l'Etat au titre de l'article 37 du présent projet de loi de financement pour les CHRS et les ACT.

Enfin, les dépenses dans les départements d'outre-mer (DOM) et celles des ressortissants français à l'étranger font l'objet d'enveloppes globales spécifiques. Avec la marge résiduelle conservée par le Gouvernement pour procéder à des ajustements en cours d'année, le total des dépenses de l'ONDAM non encore affectées à titre prévisionnel s'élève à 16,7 milliards de francs.

N° 2633-II- Rapport de M. Claude Evin, au nom de la commission des affaires culturelles, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001:assurance maladie et accidents du travail.