



N° 330 – Tome I - 2^{ème} partie

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 octobre 2002.

RAPPORT

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES⁽¹⁾ SUR
LE PROJET DE LOI de **financement de la sécurité sociale pour 2003** (n° 250),

TOME I

RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. YVES BUR,

Député.

INTRODUCTION	Erreur !
Signet non défini.	
I.- LA SECURITE SOCIALE SOUS LE GOUVERNEMENT JOSPIN : UNE POLITIQUE DE GRIBOUILLE	
II.- LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2003 : UN PASSAGE DE TEMOIN DIFFICILE	
III.- LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE : TRACER DES PERSPECTIVES POUR L'AVENIR	
TRAVAUX DE LA COMMISSION	5
I.- AUDITIONS	5
A. AUDITION DU PREMIER PRESIDENT DE LA COUR DES COMPTES	5
B. AUDITION DU MINISTRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DU MINISTRE DELEGUE AU BUDGET ET À LA REFORME BUDGETAIRE.....	15
C. AUDITION DU MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, DU MINISTRE DELEGUE À LA FAMILLE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AUX PERSONNES HANDICAPEES.....	23
II.- EXAMEN DU RAPPORT	39
III.- EXAMEN DES ARTICLES	43
TITRE I^{ER}	43
ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE 43	
<i>Article premier</i>	43
<i>Approbation du rapport annexé</i>	43
TITRE I^{ER} BIS (NOUVEAU)	53
CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE53	
<i>Article additionnel après l'article premier</i>	53
<i>(article 6 octies nouveau de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958)</i>	53
<i>Création d'un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé</i>	53
<i>Article additionnel après l'article premier</i>	55
<i>(article L. 134-1 du code des juridictions financières)</i>	55
<i>Examen de la gestion des centres hospitaliers régionaux</i>	55
<i>par la Cour des comptes</i>	55
<i>Après l'article premier</i>	56
<i>Article additionnel après l'article premier</i>	57
<i>(article L. 1411-7 nouveau du code de la santé publique)</i>	57
<i>Commission des comptes de la santé</i>	57
<i>Article additionnel après l'article premier</i>	57
<i>Rapport de la Commission de la transparence</i>	57

<i>Articles additionnels après l'article premier</i>	58
<i>Rapports au Parlement sur le codage des actes</i>	58
<i>et sur l'évolution des indemnités journalières maladie</i>	58
<i>Article additionnel après l'article premier</i>	59
<i>Rapport au Parlement sur l'impact financier</i>	59
<i>de l'indemnisation des victimes de l'amiante</i>	59
<i>Article 2</i>	60
<i>(article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997)</i>	60
<i>Article additionnel après l'article 2</i>	60
<i>Rapport au Parlement sur les coûts de gestion des relations entre l'Etat</i>	60
<i>et la sécurité sociale</i>	60
<i>Article additionnel après l'article 2</i>	61
<i>(article L. 114-1-2 nouveau du code de la sécurité sociale)</i>	61
<i>Création d'un Comité des finances sociales</i>	61
<i>Après l'article 2</i>	62
TITRE II	62
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	62
<i>Avant l'article 3</i>	62
<i>Article 3</i>	63
<i>(articles L. 131-10 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale,</i>	63
<i>article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)</i>	63
<i>Après l'article 3</i>	64
<i>Article 4</i>	64
<i>(articles 572, 572 bis, 575, 575 A et 575 C du code général des impôts)</i>	64
<i>Montant du droit de consommation sur les tabacs</i>	64
<i>Article additionnel après l'article 4</i>	66
<i>(article 520 A du code général des impôts)</i>	66
<i>Surtaxation des bières fortes</i>	66
<i>Article 5</i>	67
<i>(articles 2 et 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)</i>	67
<i>Article 6</i>	69
<i>(articles L. 245-2 et L. 245-4 du code de la sécurité sociale)</i>	69
<i>Contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques</i>	69
<i>Article additionnel après l'article 6</i>	72
<i>(articles L. 245-6-1 à L. 245-6-4 du code de la sécurité sociale)</i>	72
<i>Suppression de la taxe sur les ventes directes</i>	72
<i>Article 7</i>	73
<i>Clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires</i>	73
<i>des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés</i>	73
<i>Article additionnel après l'article 7</i>	74
<i>(articles L. 380-3 et L. 380-3-1 nouveau du code de la sécurité sociale)</i>	74
<i>Affiliation à l'assurance maladie des travailleurs frontaliers en Suisse</i>	74
<i>Après l'article 7</i>	74
<i>Article 8</i>	75
<i>Fixation des prévisions de recettes pour 2003</i>	75
Impositions affectées à la sécurité sociale	76

<i>(en droits constatés et en millions d'euros)</i>	76
<i>Article 9</i>	79
<i>Fixation des prévisions de recettes révisées pour 2002</i>	79
<i>Recettes par catégorie en milliards d'euros pour 2002</i>	79

TITRE III : DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE

TITRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE

TITRE IV BIS (NOUVEAU) : OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2002

TITRE V : MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRESORERIE

ANNEXE : ORGANISMES AUDITIONNÉS PAR LE RAPPORTEUR

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- AUDITIONS

A. AUDITION DU PREMIER PRESIDENT DE LA COUR DES COMPTES

La commission a entendu **M. François Logerot**, premier président de la Cour des comptes, **M. Gabriel Mignot**, président de la sixième chambre, et **M. Denis Morin**, rapporteur général chargé du rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, sur le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale au cours de sa première séance du mercredi 18 septembre 2002.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé que la présentation du rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale à la commission est devenue un exercice traditionnel depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale en 1997. Pour autant, cet exercice n'a rien perdu de son intérêt, compte tenu de la richesse habituelle du document remis au Parlement. L'expertise de la Cour est particulièrement utile aux parlementaires, en raison de l'ampleur et de la complexité des sujets traités dans le cadre des projets de loi de financement de la sécurité sociale.

La collaboration déjà instaurée entre la commission et la Cour doit se poursuivre activement. Dans ce cadre, la commission fera part à la Cour de ses centres d'intérêt prochainement pour qu'elle puisse, dans la mesure du possible, les intégrer dans ses travaux. Par ailleurs, les rapporteurs du projet de loi de financement de la sécurité sociale vont rencontrer les magistrats de la sixième chambre pour étudier dans le détail le volumineux rapport de la Cour.

M. François Logerot, premier président de la Cour des comptes, a présenté le rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

La première partie du rapport est consacrée à la situation des comptes sociaux pour l'exercice écoulé et analyse la façon dont les principales dispositions financières de la loi de financement de la sécurité sociale, qu'elles portent sur les recettes ou les dépenses, ont été mises en œuvre. A cet égard, la Cour a formulé deux observations :

- L'insuffisance des progrès réalisés en matière de délai de production des comptes et de normalisation comptable est un constat hélas traditionnel, et la Cour souhaite que les membres de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales usent de toute leur influence auprès des ministres compétents pour faire en sorte que les comptes qui leur sont présentés, et à travers eux, à l'opinion publique, répondent aux critères de transparence et de sincérité sans lesquels le contrôle parlementaire est sans effectivité. Il est hautement souhaitable que l'esprit qui a animé les travaux parlementaires et s'est traduit dans les dispositions de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, en particulier celles relatives à la mesure de la performance, trouve aussi à s'appliquer aux lois de financement de la sécurité sociale et aux comptes sociaux. Le degré d'exigence ne saurait être différent selon qu'il s'agit des comptes de l'Etat ou des comptes de la sécurité sociale. Si la demande lui en est faite, la Cour des comptes est prête à apporter son concours dans ce domaine. Pour l'heure, elle a procédé, en collaboration étroite avec la direction de la sécurité sociale et la commission des comptes de la sécurité sociale, à la correction de certaines écritures comptables pour tenter de donner une image plus fidèle des comptes.

- Sur le fond, la principale caractéristique de l'année 2001 est l'accélération des dépenses, particulièrement celles de l'assurance maladie qui ont atteint 108,7 milliards d'euros, dépassant ainsi de plus de 2,8 milliards d'euros le montant voté par le Parlement. Il y a là une remise en cause des mécanismes de régulation des dépenses puisque toutes les enveloppes de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ont connu, en 2001, un dépassement important par rapport aux objectifs fixés. Il paraît donc indispensable de rénover profondément ces mécanismes.

La majeure partie du rapport est consacrée à la dépense hospitalière. Il ne peut être question d'aborder dans ce rapport l'ensemble des sujets touchant à la politique hospitalière. Ainsi la Cour travaille avec les chambres régionales des comptes sur la gestion de la fonction publique hospitalière, mais de nombreux mois seront encore nécessaires pour mener à terme ce travail. Le présent rapport est principalement consacré à l'étude des instruments et procédures de pilotage du système hospitalier. Il fait également le point sur des sujets importants tels que l'accréditation, l'hospitalisation à domicile, les urgences ou les dépenses de médicaments à l'hôpital.

Le constat fait par la Cour sur ces sujets n'est guère optimiste. La mise en place en 1997 des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) a permis de supprimer les cloisonnements anciens, entre l'Etat et l'assurance maladie principalement, et de ce fait d'améliorer le pilotage du secteur. Mais l'action des ARH se heurte aujourd'hui à certaines limites : comme bien d'autres pans de l'action publique en France, le secteur hospitalier souffre d'un défaut d'évaluation. En l'état actuel des choses, on ne peut mesurer effectivement ni les performances, ni les coûts du service public hospitalier. Cette situation constitue un frein puissant à toute réforme en profondeur du système. Si certains progrès ont été faits, notamment dans la mise en place et l'utilisation effective du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), ils restent très

lents et, selon la Cour et les divers interlocuteurs interrogés par elle, globalement insuffisants. Or, il faut arriver à réconcilier des données en apparence contradictoires. Comment expliquer d'une part ce que les médias perçoivent comme une insuffisance de moyens, une prise en charge du malade de qualité moyenne, des lits en nombre trop limité et, d'autre part, des données objectives telles qu'un excédent global persistant de 30 000 lits, un taux moyen d'occupation compris entre 75 % et 78 % et qui ne s'améliore pas ? Beaucoup de services dont le taux d'occupation est inférieur à 60 % justifieraient, selon les textes applicables, une fermeture. Si l'on veut vraiment comprendre cette situation, qui révèle une adaptation insuffisante de notre système hospitalier aux besoins de la population, il faut procéder à une évaluation : la seule méthode est la transparence de l'information sur les coûts et les performances.

Le rapport étudie également d'autres sujets : le fonctionnement des agences sanitaires, la politique immobilière des caisses locales du régime général et du régime agricole, la politique des concours financiers des caisses d'allocations familiales aux associations, SÉSAM Vitale ou encore gestion du risque dans le régime d'assurance maladie. Sur tous ces sujets, un certain nombre de dysfonctionnements sont observés et plusieurs recommandations formulées pour favoriser les remises en ordre nécessaires.

Quant aux suites réservées aux recommandations formulées par la Cour des comptes, la question de leur exécution demeure posée. En effet, la méthode de travail de la Cour repose sur l'analyse contradictoire. Dans le cadre de ce rapport, au-delà des ministres eux-mêmes, plus de 160 organismes, administrations et établissements ont été associés aux travaux et ont réagi aux constats faits par la Cour. Sur la gestion de la dépense hospitalière, les constats faits sont largement partagés, y compris par les ministres eux-mêmes ainsi que l'atteste la lecture de leurs réponses. A l'issue de la phase dite de contradiction, la Cour formule cette année soixante-dix recommandations. Le problème des suites réservées à ces recommandations est récurrent. Une fois le rapport publié et les recommandations diffusées, la Cour a beaucoup de difficultés à obtenir des administrations et encore plus des cabinets ministériels la mise en œuvre de ces recommandations. Sur ce point, il paraît hautement souhaitable que, dans le cadre de sa fonction de contrôle, le Parlement, et en particulier, s'agissant du rapport sur la sécurité sociale, la commission compétente, appuie l'action de la Cour. Une annexe à la loi de financement, faisant chaque année le point de la mise en œuvre des précédentes recommandations de la Cour, pourrait ainsi être publiée.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a pris l'habitude de transmettre à la Cour les thèmes qu'elle souhaite tout particulièrement voir étudier, ce qui est une très bonne méthode de travail. Bien entendu, les demandes de la commission, afin de pouvoir prendre place dans le programme de travail de la chambre compétente de la Cour, doivent être formulées en temps utile, c'est-à-dire au moment où ce programme est établi, soit avant la fin de l'année.

Le président Jean-Michel Dubernard s'est interrogé sur les orientations futures des travaux de la Cour des comptes, soulignant que l'année 2002 a été marquée, en raison d'une crise de confiance financière, par une forte demande au plan national et international en direction des institutions en charge de la certification comptable, qu'il s'agisse de l'argent public ou privé. Chacun a présent à l'esprit les affaires Enron, Andersen, World Com ou Vivendi. Au printemps dernier, l'audit sur les finances publiques réalisé par MM. Bonnet et Nasse a souligné l'opacité des comptes sociaux, leur complexité et les difficultés croissantes d'évaluation des dépenses sociales. Il fait

également la critique de la procédure d'audit elle-même consistant, après chaque alternance, à confier le soin de dresser l'état financier de la Nation à des magistrats retraités de la Cour des comptes. Les conclusions inattendues de cet audit imposent de s'interroger sans tarder sur les conséquences pour la Cour de la révision constitutionnelle de 1996 créant les lois de financement de la sécurité sociale et de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances prévoyant la certification des comptes de l'Etat par la Cour des comptes.

En Grande-Bretagne, pour le seul secteur associatif aidé, la Charity Commission mobilise autant de moyens humains et financiers que la Cour des comptes, soit 300 agents et 90 millions d'euros ; Véritas emploie 1 100 auditeurs, Mazard et Guérard 1 500 ! La Cour devra-t-elle recruter 4 000 agents de haut niveau, à l'instar du Congrès américain ? Quels pourraient être les voies et moyens pour qu'elle devienne une sorte de « certificateur suprême » des autres corps de contrôle tels l'IGF, l'IGAS ou les commissaires aux comptes ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a insisté sur la nécessité que les recommandations de la Cour soient suivies d'effets, véritable devoir vis-à-vis des citoyens. Il est également nécessaire que la commission transmette à la Cour des suggestions en vue de l'élaboration de son programme de travail. A cet égard, la question de l'organisation interne de l'hôpital public, sujet cher au président Jean-Michel Dubernard, mais qui intéresse aussi tous les membres de la commission comme l'a prouvé la table ronde organisée hier, rencontre les préoccupations de la Cour. Les conclusions de la mission parlementaire d'information, dont la création a été évoquée à l'issue de cette table ronde, permettront aussi de faire de nouvelles propositions.

En ce qui concerne les comptes sociaux, les soldes cumulés sur la période 1998-2001 font apparaître un excédent de seulement 0,9 milliard d'euros, alors même qu'il s'agit de la période ayant connu la croissance économique la plus forte de ces vingt dernières années. Pour 2002, le déficit annoncé se monte à 2,4 milliards d'euros : sur la période 1998-2002, les comptes présentent donc un solde cumulé négatif de 1,5 milliard d'euros. La croissance des recettes explique l'équilibre relatif des comptes sociaux mais elle ne s'est accompagnée d'aucune réforme structurelle, les dépenses ayant de leur côté augmenté de 39 milliards d'euros, soit + 3,8 % par an.

Le souhait de la Cour d'aller vers plus de transparence, de clarté et de sincérité des comptes doit être suivi d'effets, pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 comme pour l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Pour cette dernière, l'excédent initialement annoncé par le précédent gouvernement s'est transformé en six mois en un déficit de 2,4 milliards d'euros. Les recommandations de la Cour doivent impérativement être appliquées, afin d'éviter les « tripatouillages » à vocation cosmétique. Ainsi en 2000 le gouvernement a « chargé la barque » du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) pour présenter des comptes satisfaisants en 2001. Il faut espérer que la réforme de la comptabilité, exprimée désormais en droits constatés, permettra d'augmenter la clarté des comptes. Celle-ci est indispensable : la fiabilité des comptes sociaux est une condition indispensable pour pouvoir demander des efforts aux acteurs de la santé.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a tout d'abord souligné la sous-estimation des coûts induits par la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Celle-ci, conjuguée avec la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) conçue pour augmenter le taux d'encadrement en établissement, la pression des familles et des personnels, la signature de nouvelles conventions tripartites et la réduction du temps de travail, a nui à la lisibilité du système et contribué à augmenter les coûts, ce qui conduit finalement à s'interroger sur le mode de financement de l'APA. A cet égard, rétablir le recours sur succession serait une fausse bonne idée.

Le retard dans la médicalisation des lits est un autre sujet de préoccupation. Alors que les personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible à domicile, il arrive qu'elles soient brutalement obligées de s'orienter vers un établissement médicalisé avec des services pour cas chroniques. Mais il existe des listes d'attente, parfois longues de plusieurs années.

En ce qui concerne la sincérité des comptes, **M. François Logerot, premier président de la Cour des comptes**, a souligné que la Cour examine toujours une situation après coup. Il est très difficile d'examiner les comptes publics en cours d'année, comme l'ont fait MM. Bonnet et Nasse à la demande du Gouvernement, cet exercice étant d'une autre nature que celui du rapport annuel sur la sécurité sociale puisqu'il prend en compte les décalages entre les réalisations et les prévisions en matière économique ainsi que les reports de charges et les mesures nouvelles intervenues en cours d'année. De manière générale, la nouvelle loi organique relative aux lois de finances ainsi que la comptabilité en droits constatés devraient permettre d'introduire plus de sincérité dans les comptes.

M. Gabriel Mignot, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, a souligné que le rapport de la Cour analyse pour la première fois la partie de l'ONDAM relative au secteur médico-social. S'il est souhaitable que l'évaluation de la politique de santé publique soit la plus complète possible, il faut néanmoins rappeler que le secteur médico-social se situe à la frontière de l'action de la sécurité sociale, de l'Etat et des collectivités locales. L'imbrication des compétences rend donc toute évaluation difficile. De plus, les outils de prévision et de maîtrise de ces dispositifs sont encore très limités, ce qui risque de conduire à une sous-estimation des charges et de leur évolution dans les prochaines années.

M. Denis Morin, rapporteur général chargé du rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, a apporté les éléments d'information suivants :

- Pour ce qui est de la lisibilité des comptes en droits constatés, ceux-ci souffrent d'un défaut de normalisation comptable car l'agrégation des comptes des différentes caisses est compliquée par l'absence d'harmonisation dans la présentation de ces comptes. De plus, les comptes produits découlent des encaissements-décaissements et font l'objet d'un retraitement statistique pour pouvoir être présentés sous forme de droits constatés. Ce retraitement comporte bien évidemment des aléas que la Cour cherche ensuite à corriger. Une amélioration devrait être possible en 2003 avec la mise en place d'une nouvelle base de calcul qui permettra d'obtenir directement les droits constatés à partir des encaissements-décaissements, ce qui améliorera considérablement la fiabilité des comptes.

- En ce qui concerne le FOREC, deux interrogations demeurent : celle de son avenir et celle de son financement.

Le sort du FOREC n'est pas encore tranché puisque les positions semblent diverger, selon les réponses fournies à la Cour, entre le ministère des finances, plutôt favorable à sa suppression, et le ministère des affaires sociales, qui souhaiterait son maintien.

S'agissant du financement, la question ne se pose réellement qu'à partir du moment où l'Etat n'assure pas l'équilibre du fonds comme l'a prévu la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Si l'Etat ne compense plus les exonérations de charges sociales, il faut alors procéder à des transferts de ressources entre les différentes caisses pour assurer l'équilibre du FOREC, équilibre lui aussi prévu par la loi. Il s'agit donc de savoir si l'Etat a, à l'avenir, l'intention ou non d'assurer l'équilibre financier du FOREC.

M. Jean-Luc Prél a regretté que le rapport de la Cour des comptes n'ait pas pu être remis aux parlementaires plus en amont de la présente réunion afin qu'ils en tirent profit pour préparer leurs questions. Seules quelques fuites dans la presse ont permis d'avoir des indications sur son contenu.

M. François Logerot, premier président de la Cour des comptes, a expliqué qu'une publication plus précoce du rapport est difficilement envisageable compte tenu des délais. L'existence d'un dialogue permanent entre la Cour et la commission des affaires culturelles, familiales et sociales ainsi que l'organisation, dans les prochaines semaines, d'une réflexion par « ateliers » entre les commissaires et les magistrats de la Cour permettent, semble-t-il, d'effectuer un travail de fond satisfaisant.

Quant aux fuites, s'il est normal que les journalistes fassent leur métier, la publication de données partielles avant la présentation officielle du rapport pose néanmoins un vrai problème de crédibilité pour la Cour des comptes à l'égard des organismes qu'elle contrôle car les fuites se font toujours à partir de documents provisoires qui n'ont pas été validés par la Cour. De plus, les journalistes ne donnent pas toujours l'occasion aux organismes mis en cause de répondre aux informations publiées, alors que la Cour s'attache à présenter dans ses rapports les réponses de l'ensemble des organismes, ce qui permet un débat équilibré.

M. Jean-Luc Prél a ensuite souhaité avoir des éclaircissements sur :

- les 11 % d'exonérations qui ne sont pas aujourd'hui compensées par le FOREC ou le budget de l'Etat, ainsi que sur les perspectives de financement spécifique de ce fonds, par exemple par l'affectation d'une taxe adaptée autre que les droits sur les tabacs ou les alcools ;

- le mode de fixation de l'ONDAM, qui est aujourd'hui sans rapport avec la réalité médicale et devrait faire l'objet d'une réforme pour avoir un taux réaliste susceptible d'être respecté ;

- l'avenir des ARH qui, si elles constituent un progrès, souffrent toujours d'un problème de champ de compétences par rapport aux autres organismes intervenant en matière de santé publique, étant précisé que si elles devaient être transformées en agences régionales de santé (ARS), il serait souhaitable de réfléchir à leur forme

juridique - le GIP n'étant peut-être pas la forme la plus adaptée - ainsi qu'à l'avenir des DRASS et des DDASS ;

- les crédits fléchés, qui laissent peu de marges de manœuvre pour procéder à de réelles réductions des inégalités régionales entre hôpitaux ;

- l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) qui, bien que faisant l'objet d'un constat très sévère dans le rapport de la Cour, constitue néanmoins un progrès indéniable, même si, pour être véritablement satisfaisante, l'accréditation devrait prendre en compte le critère de la qualité des soins.

Après avoir observé que la Cour des comptes n'a pas à prendre position – ce qu'elle ne fait d'ailleurs pas - sur des sujets qui, comme la suppression du FOREC, relèvent de l'appréciation du Parlement, **M. Maxime Gremetz** s'est félicité de l'existence du rapport sur les comptes de la sécurité sociale qui constitue un outil sérieux, non polémique et particulièrement utile aux parlementaires pour le débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Dans cet esprit, l'adjonction d'annexes chiffrées au projet de loi est une excellente idée.

En ce qui concerne la nécessité d'une remise à jour de l'assiette des cotisations sociales, cette préconisation de la Cour est bienvenue car tant que l'analyse n'ira pas à son terme et n'aboutira pas à une réforme de grande ampleur de l'assiette, le problème du financement de la sécurité sociale continuera à se poser.

Après s'être félicité des relations que la Cour entretient avec la commission, **M. Claude Evin** a rappelé que si le rapport de la Cour n'a pu être distribué que le jour de l'audition du Premier président, d'autres rencontres sont prévues d'ici la première semaine d'octobre qui permettront d'approfondir certaines questions.

Il serait souhaitable que l'annexe demandée par la Cour sur le suivi de ses recommandations porte également sur le traitement réservé par le Gouvernement aux demandes des parlementaires. De façon générale on ne peut que regretter que ceux-ci manquent considérablement de moyens d'investigations.

Le souci de transparence et de sincérité des comptes a été soulevé régulièrement par M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général sous la législature précédente. Sur cette question, il serait intéressant de savoir comment s'articulent les travaux de la Cour avec ceux de la commission des comptes de la sécurité sociale.

On ne peut que partager le constat de carence de l'évaluation économique du secteur hospitalier, mais cette évaluation devrait aussi porter sur la médecine ambulatoire, même si les professionnels de ce secteur rejettent fortement toute approche comptable. L'évaluation médicale de l'offre de soins doit, en effet, être assortie d'une analyse de l'affectation des moyens par une utilisation effective du PMSI. Il faudrait également définir les modalités de prise en compte de l'évaluation hospitalière pour l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Il est évident que le travail de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) doit être amélioré. Il ne faut toutefois pas perdre de vue qu'en quelques années des efforts considérables ont été faits, alors que l'on partait d'une situation où pratiquement rien n'existait. Il conviendrait peut-être de revoir la

composition du conseil d'administration de l'ANAES qui, à la différence des autres agences sanitaires, est composé majoritairement de représentants des professionnels et des établissements de santé qui sont justement destinés à être évalués et accrédités. Il est à craindre, en effet, que cette composition atypique ne soit un frein au développement de l'accréditation.

M. Pascal Terrasse a souhaité que le rôle de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales soit mieux défini dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. En particulier, un suivi et un contrôle tout au long de l'année seraient indispensables et le vote du projet de loi à l'automne devrait être précédé au printemps d'un débat sur les orientations de la politique de santé.

Il s'est ensuite interrogé sur la pertinence d'un suivi des ressources de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) par branche affectataire, en raison des possibilités de fongibilité des fonds et des nombreux transferts financiers, et sur la possibilité de faire la part, au sein des dépenses d'assurance maladie, des dépenses de nature structurelle et de celles liées à des mesures nouvelles.

Le président Jean-Michel Dubernard a précisé qu'il est dans les intentions du Gouvernement d'organiser un débat d'orientation au Parlement sur la politique de santé.

M. Gabriel Mignot, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, a délivré les éléments d'information suivants :

- Les relations entre le Parlement et la Cour des comptes doivent être effectivement renforcées, la confrontation du processus de contrôle devant un tiers étant toujours un gage de qualité. Ainsi en Grande-Bretagne les commissions parlementaires de contrôle, présidées par l'opposition, sont divisées en sous-commissions qui examinent systématiquement les résultats des contrôles effectués par des organismes extérieurs indépendants.

- L'articulation du travail de la Cour avec la Commission des comptes de la sécurité sociale est claire. Les comptes de la commission sont élaborés par la direction de la sécurité sociale, qui effectue d'ailleurs un travail de qualité, même si l'administration se heurte à des difficultés techniques résultant de la phase de transition entre l'établissement des comptes en encaissements-décaissements et en droits constatés. La Cour des comptes n'a cependant pas vocation à effectuer à nouveau cette démarche mais à commenter les comptes déjà retraités par la commission. Il est à regretter que la recommandation formulée par la Cour l'an dernier tendant à moderniser la présentation des comptes de la sécurité sociale et à créer un Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, ayant pour fonction de suivre et de promouvoir l'amélioration de la qualité des comptes, n'ait pas été suivie d'effet en pratique, cet organisme bien que créé ne s'étant encore jamais réuni.

- S'agissant des ARH, une clarification doit être apportée entre les compétences respectives des différentes autorités régionales : on a ainsi confié aux ARH l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) sans leur conférer de pouvoir de contrôle et d'évaluation. En tout état de cause, il est nécessaire de renforcer la transparence du fonctionnement des établissements hospitaliers. Par exemple, 25 % des établissements consultés n'ont pas répondu à une enquête sur l'utilisation des plateaux chirurgicaux. L'Etat a également trop souvent tendance à

court-circuiter les ARH pour distribuer directement des crédits supplémentaires ; pour autant, aucun outil ne permet de savoir si les crédits supplémentaires sont bien affectés à leur objet. Tout cela ne va pas dans le sens d'une politique de restructuration. Par ailleurs, la Cour n'a pas formulé de recommandation sur l'éventuelle création d'agences régionales de santé.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé que la question des compétences et des contrôles a été longuement débattue lors de la table ronde sur l'organisation interne de l'hôpital public organisée la veille par la commission.

M. René Couanau a demandé s'il existe une synthèse des rapports des chambres régionales des comptes en ce qui concerne les établissements publics locaux que sont les hôpitaux. Il a déploré l'absence de liens entre les projets d'établissements et les contrats d'objectifs et de moyens des hôpitaux.

M. Denis Morin, rapporteur général chargé du rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, a apporté les précisions suivantes :

- Sur le financement futur du FOREC et son maintien, la Cour n'a pas formulé de recommandation. Plus généralement, s'agissant des exonérations de charges, il convient de rappeler que la loi Veil de juillet 1994 ne prévoit pas de compensation intégrale par le budget de l'Etat pour les exonérations qui existaient avant l'entrée en vigueur de cette loi.

- Il est extrêmement difficile d'avoir une connaissance précise de l'utilisation effective des crédits dans les établissements hospitaliers, alors que le montant total des crédits fléchés est supérieur à 1 milliard d'euros. Il serait souhaitable d'aller au bout d'une logique de régionalisation et d'adaptation des dotations régionales aux besoins. La tarification à la pathologie ou à l'activité et la comparaison des coûts hospitaliers sont encore des chantiers en suspens. A ce jour, la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins ne contrôle pas l'utilisation effective des crédits distribués.

- Le fonctionnement interne de l'ANAES fait l'objet de contrôles en cours de la Cour des comptes. L'agence met l'accent sur le rôle des professionnels dans sa politique d'évaluation. Il lui est impossible d'atteindre le chiffre annuel de 600 visites d'établissements mais un site Internet avec la publication des rapports d'accréditation donne des indications sur l'activité des établissements hospitaliers au sein desquels la démarche qualité progresse. Le succès de « palmarès » des établissements de santé parus dans la presse démontre l'intérêt porté à la qualité des soins. Il faut donc pousser à la médicalisation de l'accréditation.

- S'agissant de l'assiette des cotisations sociales, une annexe à la loi de financement serait nécessaire pour améliorer l'information du Parlement. La Cour a évalué à 10 milliards d'euros le coût non compensé pour la sécurité sociale des réductions d'assiette de cotisations salariales.

Concernant les « palmarès » parus dans la presse, **le président Jean-Michel Dubernard** a souligné qu'ils ne prenaient pas en compte l'innovation.

M. Bernard Perrut s'est félicité que la Cour ait étudié des sujets très concrets, lesquels préoccupent également les élus locaux, tels que l'organisation des urgences, l'insuffisance de l'hospitalisation à domicile et l'augmentation des dépenses de médicaments dans les hôpitaux. Ce dernier point est particulièrement préoccupant, non

seulement parce qu'il entraîne un dérapage des dépenses d'assurance maladie, mais aussi parce qu'il présente des risques pour les patients. Le fonctionnement actuel des procédures d'achat dans les hôpitaux ne permet pas de maîtriser les dépenses. Ne faudrait-il pas préconiser des mesures concrètes pour y remédier tels que le groupement d'achats ou les appels d'offre ?

Plus généralement, la Cour des comptes s'est déclarée favorable à une déconcentration de la planification hospitalière mais ne faudrait-il pas plutôt aller vers une décentralisation ?

Mme Chantal Bourragué s'est étonnée que les dépenses liées à la maternité soient présentées dans les comptes de la branche maladie.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a insisté sur les difficultés des restructurations hospitalières et demandé quelles seraient les voies les plus efficaces, notamment pour éviter le maintien de certains services qui n'ont plus de raison d'être. Il est regrettable à cet égard que le débat sur le nombre de lits surnuméraires ait disparu de l'actualité.

M. Edouard Landrain s'est interrogé sur le manque de coordination des caisses primaires d'assurance maladie et sur la nécessité de mutualiser leurs compétences pour une plus grande efficacité.

M. Marc Bernier a souligné que la branche accidents du travail est équilibrée mais qu'il n'y a pas d'évaluation du montant des autres accidents pris en charge par l'assurance maladie.

M. Gabriel Mignot, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, a apporté les précisions suivantes :

- La Cour des comptes a consacré en février 2002 un rapport particulier à l'analyse de la branche accident du travail et a relevé que la frontière entre assurance maladie et branche accident du travail n'est pas bien définie. Il existe une surcharge du côté de la maladie, que plusieurs commissions s'efforcent d'évaluer, afin de poser le problème des charges indues et l'implication des tiers.

- En ce qui concerne la médicament à l'hôpital, la Cour a remarqué que l'administration hospitalière ne suit pas les masses financières en jeu - ainsi la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins vient seulement de mettre en place une mission sur le sujet -, que le nouveau code des marchés publics n'est toujours pas adapté à ce type particulier d'achats - avec notamment des procédures encore plus compliquées pour les groupements d'achats - et que les règles de gestion existant dans chaque établissement ne sont pas observées (prescription individuelle ou suivi des dépenses).

- Par l'intermédiaire du système Racine, l'ACOSS affecte chaque cotisation perçue à chaque branche de la sécurité sociale. Mais ce mécanisme d'affectation *ab initio* très précis perd tout son sens avec la multiplication des transferts de recettes et de dépenses réalisés après coup. Pour autant, il n'y a pas lieu de remettre en cause l'amélioration des procédures de centralisation des comptes, car les problèmes rencontrés sur les provisions devraient être réglés d'ici quelques années.

M. Denis Morin, rapporteur général chargé du rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, a donné des éléments sur les difficultés rencontrées pour opérer les restructurations hospitalières. Il y a encore aujourd'hui 28 600 lits excédentaires : il y a eu peu d'évolution en la matière, et, même si cela est peu évoqué dans le débat public, il y a encore certains établissements qui ont trop de lits alors que d'autres en manquent. Les instruments juridiques permettant de mener à bien ces restructurations sont trop complexes et non coordonnés entre eux. Les micro-regroupements engagés au niveau local, comme la mise en commun de directions administratives ou la coordination entre établissements publics et cliniques privées, semblent stagner depuis 1999. Enfin, on ne sait pas quelle est l'évolution des coûts en conséquence des opérations de restructuration menées et, en raison de cette inconnue financière et comptable, on alloue les moyens à l'aveugle.

Le **président Jean-Michel Dubernard** a indiqué que la commission allait transmettre sans tarder des propositions de sujets d'enquête à la Cour des comptes et souhaité que soit étudiée la suggestion de la Cour tendant à joindre au projet de loi de financement de la sécurité sociale un bilan d'application des recommandations formulées par elle l'année précédente.

B. AUDITION DU MINISTRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AU BUDGET ET À LA RÉFORME BUDGÉTAIRE

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a procédé à l'audition conjointe avec la commission des finances, de l'économie générale et du plan de **M. Jean-François Mattei**, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et de **M. Alain Lambert**, ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire, sur les **prélèvements obligatoires** au cours de sa séance du mardi 8 octobre 2002.

Introduisant cette audition de la commission des finances, de l'économie générale et du plan et de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le **président Jean-Michel Dubernard** a souligné la difficulté d'avoir une vision claire du système des prélèvements obligatoires en France et tout l'intérêt qui s'attache à la mise en œuvre des dispositions de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances en ce qui concerne le rapport annuel et le débat sur les prélèvements obligatoires.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des finances, de l'économie générale et du plan, a lui aussi souligné la complexité du circuit des prélèvements obligatoires faisant intervenir l'Etat, les **collectivités locales** et la sécurité sociale. Il a insisté sur la nécessité de procéder à un débat global à cet égard.

M. Alain Lambert, ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire, a présenté le premier rapport sur les prélèvements obligatoires et leur évolution. Il a rappelé qu'aux termes de l'article 52 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, le rapport sur les prélèvements obligatoires est présenté « *en vue de l'examen et du vote du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale* », permettant ainsi d'offrir au Parlement une vision consolidée des prélèvements des administrations publiques. Ce rapport comporte également l'évaluation financière pour 2002 et pour les deux années suivantes, 2003 et 2004, de

chacune des dispositions législatives ou réglementaires envisagées par le Gouvernement.

M. Alain Lambert a rappelé que la notion de prélèvements obligatoires n'était pas une notion juridique mais une notion économique. Tels que définis par l'INSEE en application du Règlement de 1995 sur le système européen de comptabilité, les prélèvements obligatoires regroupent « *les impôts et les cotisations sociales versés de manière non volontaire au profit des administrations publiques.* » Ce champ est à la fois plus vaste et plus restreint que celui couvert par le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi les taxes parafiscales ne sont pas classées parmi les prélèvements obligatoires. Elles devront toutes avoir disparu au 1^{er} janvier 2004, en application de la nouvelle loi organique relative aux lois de finances. Il conviendra donc d'être vigilant dans les comparaisons effectuées entre la situation actuelle et la situation future.

Les prélèvements obligatoires représentaient 660 milliards d'euros en 2001, c'est-à-dire 45 % de la richesse nationale. Les organismes sociaux sont les premiers bénéficiaires avec 48 % de l'ensemble des prélèvements obligatoires. Le champ des administrations sociales dépasse celui du projet de loi de financement de la sécurité sociale car il inclut les régimes d'assurance chômage, les régimes de retraite complémentaire, le Fonds de financement de la couverture maladie universelle (CMU) et le Fonds de financement de l'allocation personnelle d'autonomie (APA). Les prélèvements obligatoires de l'Etat et des organismes centraux occupent moins de 40 % de l'ensemble. Les prélèvements obligatoires des **collectivités locales** représentent quant à eux 11 % du total et ceux de l'Union européenne 1,4 %. Comparé aux principaux pays de l'OCDE, le taux des prélèvements en France apparaît parmi les plus élevés, ce qui confirme le bien fondé de la baisse des impôts et des charges que le gouvernement veut mener à bien. Pour autant, les comparaisons internationales doivent être relativisées car les écarts reflètent souvent des choix différents en matière de protection sociale. De plus, le taux de prélèvement ne donne pas d'indication sur la structure de prélèvement. Or, celle-ci est un élément essentiel de la compétitivité et de l'attractivité d'un pays. En France, la tendance des deux dernières décennies aura été de taxer toujours davantage le travail, ce qui n'a pas été sans conséquences sur l'évolution du taux de chômage et sur la compétitivité de notre économie.

Au cours de la législature précédente, le taux de prélèvements obligatoires a eu tendance à augmenter du fait du dynamisme exceptionnel des recettes fiscales. De 1998 à 2001, ces plus-values conjoncturelles ont été utilisées pour financer les trente-cinq heures et les baisses d'impôt. Le taux de prélèvements obligatoires était de 44,8 % en 1997, avant les hausses d'impôt décidées par le précédent gouvernement ; il s'établissait à 44,8 % en 2002, avant la baisse d'impôt sur le revenu votée dans le collectif de juillet dernier. A l'inverse, le taux de prélèvements obligatoires devrait diminuer de 0,7 point de PIB sur la période 2002-2003, et passer ainsi de 45 % en 2001 à 44,3 % en 2003.

Cette évolution résulterait de trois facteurs. En premier lieu, le taux de prélèvements obligatoires diminuerait spontanément en 2003, de 0,2 point de PIB, du fait du peu de dynamisme du produit de l'impôt sur les sociétés. En deuxième lieu, les mesures prévues par le précédent gouvernement (plan Fabius et montée en charge des aides aux trente-cinq heures) contribueront à baisser le taux de prélèvements obligatoires de 0,2 point de PIB sur 2002-2003. Enfin, les mesures nouvelles du Gouvernement contribueront à baisser ce taux de 0,4 point de PIB sur 2002-2003, près

de la moitié de cette diminution étant liée à la baisse de l'impôt sur le revenu votée en collectif d'été, l'autre moitié résultant des baisses d'impôts et de charges prévues pour 2003, qui s'élèvent à 3 milliards d'euros, les allègements de charges liés au contrat jeunes n'étant pas comptabilisés par l'INSEE parmi les baisses de prélèvements obligatoires.

L'intégralité des baisses d'impôts et de charges prévues en projet de loi de finances et en projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 seront financées ou compensées par le budget de l'Etat, pour un coût global de 3,9 milliards d'euros. Sur ce total, un milliard d'euros correspond à la baisse de 1 % de l'impôt sur le revenu, à l'amélioration de la prime pour l'emploi, à la majoration de la réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile, aux mesures concernant les donations de grands-parents à petits-enfants et, dans le sens inverse, à la première étape de la réforme du régime des distributions entre sociétés. 1,9 milliard d'euros correspond à la compensation aux collectivités locales de la suppression de la part salaires de la taxe professionnelle, ainsi qu'à la réduction de la taxe professionnelle sur les bénéfices non commerciaux. 0,7 milliard d'euros de taxe sur les conventions d'assurance est transféré au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) afin de compenser l'allègement de charges décidé dans le cadre de la convergence des SMIC. Les allègements de charges en faveur des jeunes sont eux aussi compensés par l'État à hauteur de 250 millions d'euros. L'impact net des baisses d'impôt et des charges sur les prélèvements obligatoires représente 2,9 milliards d'euros, ce chiffre intégrant l'augmentation des droits sur les tabacs pour 0,7 milliard d'euros.

En conclusion, **M. Alain Lambert** a souligné que les baisses d'impôts et de charges en 2003 sont ciblées en faveur de l'emploi et du dynamisme des entreprises.

M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a rappelé que les prélèvements des administrations de sécurité sociale représentent la moitié des prélèvements obligatoires, soit plus d'un cinquième du PIB, dont une partie importante relève de la loi de financement de la sécurité sociale (plus de 300 milliards d'euros en 2003). Cette prépondérance de la sécurité sociale se retrouve dans tous les pays développés qui ont choisi de socialiser les dépenses de santé et de vieillesse à l'instar de l'Allemagne, où le niveau des prélèvements obligatoires affectés à la sécurité sociale est le même qu'en France, et de la Suède où ce taux est supérieur.

S'agissant du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, deux mesures nouvelles relatives aux recettes de la sécurité sociale doivent être soulignées, au premier rang desquelles l'augmentation des droits de consommation sur les tabacs. A propos de ces droits, l'appellation de «prélèvements obligatoires» apparaît en fait erronée. S'agissant d'une consommation volontaire, il s'agit de prélèvements obligatoires dont les usagers pourraient se dispenser. L'augmentation de ces droits, proposée par le projet de loi, obéit d'abord à des considérations de santé publique. Il faut donner la priorité à la prévention et à la réduction des risques afin, d'une part, d'améliorer la santé de nos concitoyens, et, d'autre part, de permettre à la sécurité sociale de réaliser des économies.

La consommation de tabac est la principale cause de mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans. Elle est à l'origine de 60 000 décès par an, soit 10 % du total

des décès, dont 3 000 décès de non-consommateurs du fait du tabagisme passif. Le tabagisme est aussi le principal responsable des cancers, ce qui justifie de redoubler d'efforts dans la lutte contre ce fléau. Le gouvernement a donc souhaité une réduction de la consommation, une des mesures possibles pour l'obtenir étant une hausse des droits indirects qui induit une hausse des prix. Cette hausse, qui prendrait notamment la forme d'un fort relèvement des minima de perception, devrait permettre d'augmenter d'un milliard d'euros le produit des droits de consommation sur les tabacs.

La seconde priorité du gouvernement concerne la nécessaire clarification du financement de la sécurité sociale. Les circuits de financement actuels, excessivement complexes, ont été utilisés, dans les dernières années, pour financer des dépenses qui n'entrent pas dans le champ de compétence de la sécurité sociale, telles que le financement de la réduction du temps de travail au travers du FOREC. Il devient nécessaire de « démonter » ces mécanismes de financement complexes et peu cohérents, afin de mettre en place un système clair, simple et transparent.

Dès 2003, une première étape sera franchie avec la compensation intégrale, vis-à-vis de la sécurité sociale, pour un montant d'environ 1 milliard d'euros, des allègements de charges prévus par le projet de loi relatif aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi, qui doit être prochainement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale. Par ailleurs, il est prévu d'attribuer au FOREC un supplément de recettes de 700 millions d'euros au titre de la fraction du produit de la taxe sur les conventions d'assurance qui lui est attribuée. 300 millions d'euros provenant de la hausse des droits de consommation sur les tabacs lui seront également attribués. A la suite de cette double opération, les prélèvements obligatoires de la sécurité sociale resteront inchangés.

Par ailleurs, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 prévoit de réaffecter à la sécurité sociale une partie des recettes qui avaient été utilisées pour le financement du FOREC, en modifiant la clé de répartition des droits de consommation sur les tabacs entre le fonds et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), permettant de revenir à peu près à la clé de répartition qui prévalait avant la création du fonds. Cette modification conduira à attribuer à la CNAM une recette supplémentaire de 700 millions d'euros. La part des droits de consommation sur les tabacs affectée à l'assurance maladie passera ainsi de 8,84 % en 2002 à 15,2 % en 2003.

Le gouvernement a, par ailleurs, décidé de procéder au remboursement d'une première moitié de la dette du FOREC au titre de 2000 pour un montant de 1,2 milliard d'euros.

A la suite de ces opérations, la situation se sera améliorée. En 2003, la sécurité sociale devrait « retrouver » 2 milliards d'euros de recettes de son effort de financement des trente-cinq heures.

Ces mesures ne constituent cependant qu'une étape vers la réforme du financement de la sécurité sociale souhaitée par le gouvernement pour clarifier les circuits et responsabiliser les différents acteurs, en concertation avec l'ensemble des partenaires.

M. Gilles Carrez, rapporteur général du budget, a considéré que la tenue du débat sur les prélèvements obligatoires, dont la faculté est offerte par l'article 52 de la

loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001, donnera un utile éclairage à l'examen des projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

Si la tendance à la baisse des prélèvements obligatoires de l'Etat est claire, on peut craindre que la fiscalité locale n'en vienne à constituer, elle, un « foyer de risque » à la hausse. On observe, en 2001, une augmentation des dépenses dans les départements de 3,5 %. S'agissant des dépenses de personnel de l'ensemble des collectivités locales, les effectifs sont passés, en six ans, de 1 533 000 à 1 688 000. Des interrogations peuvent surgir liées, par exemple, à la nécessité d'augmenter les cotisations de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) ou à la relance prochaine de la décentralisation, qui pourrait se traduire par de nouveaux transferts de compétence et de fiscalité.

S'agissant de la contribution française au budget des Communautés européennes, l'élargissement prochain de l'Union européenne pourrait se traduire par l'augmentation de cette contribution.

Sur la rebudgétisation nécessaire du FOREC, il conviendra de rechercher l'affectation des recettes la plus cohérente possible afin de clarifier la responsabilité de chacun, notamment en matière de politique de l'emploi et de politique de la santé publique, sans que cette clarification ne conduise à une perte de recettes pour la sécurité sociale.

Enfin, on peut se demander si l'évolution des prélèvements obligatoires de l'État par rapport au PIB n'obéit pas à un phénomène cyclique lorsque l'on observe que ces prélèvements sont passés de 16,6 % en 1995 à 17,7 % en 1999, puis à 16,6 % en 2002, à l'instar de ce qui s'était produit sur la période comprise entre 1988 et 1992.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué qu'il fallait retenir une approche globale permettant d'analyser aussi bien les impôts d'État que les prélèvements sociaux. La complexité des flux financiers a été soulignée par le rapport d'audit de MM. Bonnet et Nasse. Il convient de simplifier et de stabiliser les périmètres de financement, particulièrement pour l'assurance maladie qui doit disposer de recettes pérennes et dynamiques. Le FOREC doit voir ses ressources augmentées et leur cohérence améliorée alors que les régimes sociaux contribuent à son financement au-delà de la dette de la sécurité sociale. Il n'est pas cohérent d'affecter les droits sur les tabacs et les alcools au financement de la réduction du temps de travail et il convient de les employer au financement de l'assurance maladie.

S'agissant de la fiscalité sur les tabacs, l'objectif de diminution de la consommation s'accorde mal avec l'intérêt qui s'attache à voir augmenter le rendement des recettes fiscales. Les droits sur les tabacs pourraient être d'un moindre rendement qu'attendu cette année, comme cela a été le cas en 2002.

Un certain nombre de recettes devraient être affectées à la sécurité sociale dans un souci de clarification alors que, dans le rapport présenté par le gouvernement, elles sont rattachées à des organismes divers d'administration centrale.

Enfin, l'évolution globale des prélèvements obligatoires est conditionnée par la capacité de maîtriser les dépenses d'assurance maladie en précisant ce qui dans leur

financement doit relever de la prise en charge collective, de l'assurance et de la démarche privée.

M. Alain Lambert, ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire, a indiqué que, pour l'année 2002, la prévision du gouvernement intégrait l'augmentation de 2 % des taux des impôts locaux inscrite en moyenne dans les budgets primitifs. La stabilité optique des prélèvements s'explique par l'allègement de la taxe professionnelle. Il importe que la plus grande liberté reconnue dans le projet de loi de finances pour 2003 en matière de fixation des taux soit utilisée par les élus locaux de façon responsable.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des finances, de l'économie générale et du plan, a considéré que le système de financement des [collectivités locales](#) n'était pas vertueux car l'augmentation des dépenses entraînait mécaniquement une majoration de la dotation globale de fonctionnement.

M. Augustin Bonrepaux s'est élevé contre cette affirmation.

M. Alain Lambert, ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire, a indiqué que la discussion sur le coefficient d'intégration fiscale aurait lieu. Il a dit comprendre la crainte exprimée par le rapporteur général du budget d'un accroissement des prélèvements des [collectivités locales](#). En effet, ces prélèvements et les dépenses de collectivités locales ont augmenté ces dix dernières années. Le bilan de la première décentralisation a montré que les collectivités locales avaient dû assumer les conséquences des carences de l'État investisseur. La deuxième étape de la décentralisation doit être neutre en termes de coûts et de dépenses publiques, toute délégation de compétences aux collectivités locales devant être accompagnée du transfert de tous les moyens, humains autant que financiers, liés à l'exercice de la compétence transférée. Le législateur devrait faire preuve de prudence dans ses choix, qui ont un impact sur les comptes des collectivités locales. Le ministre a pris l'exemple du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de ses conséquences sur les budgets des départements qui conduisent à penser qu'il faudra s'interroger sur une nécessaire reconfiguration des conditions d'attribution de cette prestation.

S'agissant de la fraction de prélèvements obligatoires qui correspond au financement du budget communautaire, la croissance du prélèvement communautaire, entre les prévisions d'exécution pour 2002 et le projet de loi de finances pour 2003, apparaît peu significative, compte tenu de la sous-exécution constatée en 2002. Mais il est vrai que le problème du coût de l'élargissement se posera pour les pays contributeurs nets, dont la France.

Quant à l'existence de cycles pendant lesquels les prélèvements obligatoires croîtraient fortement, le ministre a observé qu'en période de croissance soutenue, l'élasticité du rendement des recettes fiscales à la croissance du PIB était marquée. Elle s'élevait ainsi à 2 en 1999 et 2000. Le gouvernement a retenu une élasticité de 0,8 pour le cadrage du projet de loi de finances pour 2003.

M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a expliqué que l'augmentation de la fiscalité sur les tabacs, qui porte notamment sur les minima de perception, devrait entraîner une augmentation de

15 % des prix, avec un rendement d'environ un milliard d'euros, l'objectif étant la diminution de la consommation. Il est clair qu'une moindre plus-value des recettes fiscales consécutive à la baisse de la consommation serait une bonne nouvelle, à la condition, naturellement, qu'existe un contrôle efficace des approvisionnements détournés. L'augmentation des prix, qui porte aussi bien sur la marge commerciale que sur les taxes, a été fixée après concertation avec les professionnels.

La clarification du financement est une préoccupation constante du gouvernement : il s'agit tout particulièrement de remettre en ordre les différents secteurs de l'assurance maladie qu'il s'agisse des outils de gestion, de l'hôpital ou de la médecine ambulatoire. On dépense beaucoup, il faut dépenser mieux et faire la chasse au gaspillage. Toutefois, les dépenses de santé croissent de 7 % à 10 % chaque année dans les pays industrialisés, ce qui pose le problème de l'écart de cette progression avec celle de l'économie. Il convient de s'interroger sur le mode de financement de la santé et de la place des dépenses de santé dans l'économie nationale.

M. Philippe Auberger s'est réjoui de la présentation d'un rapport sur le poids des prélèvements obligatoires en France : le débat mené à cette occasion apporte l'assurance d'une cohérence entre le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui n'existait pas auparavant. Il a estimé indispensable de simplifier les circuits de financements et s'est, à cet égard, interrogé sur le calendrier de démembrement du FOREC, qui n'a désormais plus de justification compte tenu de la volonté du Gouvernement d'adapter la législation relative aux trente-cinq heures.

S'agissant du projet de loi concernant les allègements de charges sociales, il s'est interrogé sur l'adéquation du montant des compensations envisagé et s'est demandé s'il serait possible de le réajuster ex-post en fonction des réalisations.

M. Marc Laffineur a jugé indispensable de réduire le poids des prélèvements obligatoires, afin de lutter efficacement contre le chômage et favoriser le redémarrage de l'économie. Pour cela, le Gouvernement peut compter sur une volonté politique forte de sa majorité. Compte tenu du dynamisme des dépenses de santé et de retraite, on ne pourra vraisemblablement pas réduire ce type de dépenses publiques. Il importe donc de les réduire dans les collectivités locales et aussi au sein de l'Etat.

Il a souligné que la relance de la décentralisation actuellement en préparation doit permettre de dépenser mieux et de dépenser moins. La décentralisation ne doit pas être une décentralisation des charges. Si l'on veut trouver des pistes d'économies, il faut remettre en cause certaines lois qui font peser des charges excessives sur les collectivités locales comme la loi sur la solidarité et le renouvellement urbains.

Mme Christine Boutin a souligné que le gouvernement devait mener des réformes indispensables. Pour que la décentralisation puisse réussir, il est indispensable que les transferts de compétences soient accompagnés de transferts de financements garantis.

Après avoir souligné la nécessité de réduire le poids des prélèvements obligatoires, **Mme Christine Boutin** a souhaité connaître les raisons pour lesquelles le remboursement de l'interruption volontaire de grossesse avait été transféré du budget général de l'État au budget de la sécurité sociale.

M. Denis Merville a appelé l'attention du gouvernement sur les lois qui aggravent des dépenses des collectivités locales. Il a pris l'exemple de l'APA, dont les dépenses peuvent atteindre aujourd'hui le niveau prévu pour la fin de l'année 2003 et celui de la mise en œuvre des dispositions relatives aux services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).

Il a souligné l'importance des questions de personnels. Celles-ci ont été oubliées dans la décentralisation menée au début des années 80, si bien que certaines administrations centrales représentent encore 25 % des effectifs des ministères.

Il a insisté sur le besoin de simplifier l'administration en France, et notamment de supprimer bien des organismes dont l'utilité n'apparaît pas clairement. Il a, enfin, relevé les risques inhérents à la seconde étape de la décentralisation. Prenant l'exemple du transfert éventuel des infrastructures routières aux collectivités locales, il a relevé que les crédits budgétaires de l'État s'inscrivaient en baisse depuis plusieurs années, et qu'il y avait donc un risque que l'État transfère des charges, appelées à croître fortement pour les collectivités locales, mais assorties de financements en baisse à la date du transfert.

M. Daniel Garrigue a rappelé qu'en amont de la question des prélèvements obligatoires, il convenait de s'inquiéter de l'impact des mesures de normalisation, tant nationales que communautaires. Il faudrait évaluer l'impact de cette réglementation, dont le coût s'avère élevé tant pour l'administration centrale que pour les collectivités locales. Cette réglementation est en particulier source de primes d'assurance obligatoires, qui s'ajoutent au montant des prélèvements obligatoires.

Il a enfin souhaité qu'on cesse de confier l'exercice de compétences à des syndicats intercommunaux à vocation unique. Par leur nature même, ces organismes sont source d'une croissance exponentielle de la dépense publique, puisqu'ils n'ont aucun arbitrage à rendre entre les différentes catégories de dépenses. C'est la raison pour laquelle on devrait assister, sauf modification législative en la matière, à une explosion de la dépense publique en matière de SDIS et de traitement des ordures ménagères.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des finances, de l'économie générale et du plan, a insisté sur la nécessité d'éviter les faux débats en matière de décentralisation consistant à considérer la question des transferts sans financement, sans considérer la prise en charge par l'État des compensations de la suppression d'impôts locaux comme la taxe professionnelle ou la taxe d'habitation. S'agissant des services de défense contre l'incendie et de secours (SDIS), on en arriverait presque à penser que tout est fait pour remplacer les pompiers volontaires par des pompiers professionnels afin de multiplier les services de direction. Enfin, la nouvelle circulaire d'application de la loi sur l'archéologie pose problème par ses conséquences qui ne peuvent qu'augmenter le coût des investissements.

En réponse aux différents intervenants, **M. Alain Lambert, ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire**, a indiqué :

– qu'il souhaitait pouvoir procéder au démantèlement du FOREC dans le projet de loi de finances pour 2004, des garanties devant être apportées quant au financement des allègements de charges sociales. En effet, les recettes transférées par

l'État en direction de la sphère sociale sont passées de 3,3 milliards d'euros en 1997 à 15,5 milliards d'euros aujourd'hui ;

– qu'il faisait sienne la volonté d'une décentralisation permettant de dépenser mieux en dépensant moins. La simplification est au cœur de l'enjeu de la baisse des coûts en France, enjeu qui doit devenir l'objectif majeur des administrations. Il faudra être attentif aux conditions dans lesquelles s'effectueront les transferts de compétences pour éviter une augmentation des dépenses des collectivités locales ;

– qu'il convenait, s'agissant des dépenses induites par certaines législations, et pour éviter tout dérapage de la dépense, que le prescripteur soit aussi le payeur. En ce qui concerne la question des transferts de personnels liés à la décentralisation, la notion de délégation présente un intérêt certain car impliquant de confier les responsabilités avec l'ensemble des moyens financiers et humains nécessaires pour les exercer, et donc, de procéder à des transferts de personnels afin de limiter les dépenses ;

– que les compensations versées au titre d'allègements d'impôts locaux ont effectivement un coût élevé pour l'État, et qu'il faudra procéder à un examen de la fiscalité locale.

M. Daniel Garrigue a indiqué qu'il venait de déposer un amendement sur l'archéologie préventive visant à diminuer de 20 % le montant des redevances d'archéologie dont le coût est tel qu'il en arrive à obérer la capacité d'investissement.

M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a confirmé que l'objectif était bien de parvenir à la suppression du FOREC. Il faut néanmoins demeurer attentif à ce que les allègements de charges soient compensés en totalité. Il est également souhaitable d'aller vers une clarification des comptes et la mise en place d'un groupe de travail sur les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale répond à cet objectif. La décision a été prise de transférer à l'assurance maladie la prise en charge du financement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes et de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), afin de simplifier les circuits financiers complexes qui sont à l'origine d'une perte d'énergie et d'argent. En effet, l'IVG est un acte médical payé in fine par l'assurance maladie. Il était donc logique de procéder à un tel transfert. De plus, le transfert du financement des cotisations salariales vers la contribution sociale généralisée (CSG) a supprimé l'aspect proprement symbolique du débat qui pouvait exister sur un tel financement à partir de la cotisation sociale.

C. AUDITION DU MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, DU MINISTRE DELEGUE À LA FAMILLE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AUX PERSONNES HANDICAPEES

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a procédé à l'audition conjointe avec la commission des finances, de l'économie générale et du plan de **M. Jean-François Mattei**, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, **M. Christian Jacob**, ministre délégué à la famille, et **Mme Marie-Thérèse Boisseau**, secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, sur le **projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003** au cours de sa séance du mercredi 9 octobre 2002.

M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a tout d'abord indiqué que la philosophie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 repose sur la confiance et la responsabilité. Ce projet traduit un net changement dans la façon de concevoir la politique de santé et de sécurité sociale dans notre pays. La situation actuelle se caractérise par de nombreux éléments de crise :

- le paritarisme est remis en question, suite au départ du Mouvement des entreprises de France (MEDEF) des conseils d'administration des caisses. En outre, à force d'imbrication des rôles entre l'Etat et les partenaires sociaux et de l'enchevêtrement des circuits financiers, le découragement s'est installé ;

- les médecins sont désenchantés. Il en est de même pour les établissements de santé, découragés par les contraintes administratives qui sont devenues un véritable carcan ;

- enfin, les outils de régulation ont perdu une large partie de leur crédibilité. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est devenu une enveloppe arbitraire et irréaliste, à l'origine d'une maîtrise comptable non seulement inefficace mais aussi totalement incomprise par les professionnels et les patients.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est un projet de changement car il rompt clairement aussi bien avec les méthodes qu'avec les orientations qui ont prévalu ces dernières années et qui ont conduit au malaise actuel. L'action du gouvernement est guidée par plusieurs principes : le principe d'humanité, qui doit conduire à donner à la santé la place qui lui revient dans notre société, le principe de réalité qui conduit à sortir de l'illusion comptable, des prévisions irréalistes et des circuits financiers incompréhensibles pour les citoyens : ce projet de loi de financement est un projet de transparence et de crédibilité ; enfin, le principe de la responsabilité partagée dans un système aussi complexe que notre système de santé et d'assurance maladie, chacun doit assumer son rôle.

L'équilibre financier du projet de loi marie pragmatisme et vérité. En effet, la situation prévue en 2002 et 2003 s'est considérablement dégradée.

En 2002, le solde du régime général se dégradera de plus de 4 milliards d'euros par rapport à 2001, car les dépenses augmentent à hauteur de 10 milliards d'euros, deux fois plus vite que les recettes qui devraient augmenter de 5,4 milliards. Au total, le régime général devrait, en définitive, être en déficit de 3,3 milliards d'euros en 2002. Encore ces chiffres bénéficient-ils du départ à la retraite des « classes creuses », nées pendant la seconde guerre mondiale, ce qui permet aux régimes de retraite d'afficher temporairement des excédents. Mais, il faut tenir compte de la rapide dégradation des comptes prévue à partir de 2005-2006 du fait du « papy-boom ». Dans cette évolution, l'assurance maladie est prépondérante : avec un taux d'augmentation qui devrait être, pour 2002, de 7,2 %, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) augmente bien au-delà des 4 % votés, qui n'étaient pas crédibles. Par rapport aux taux d'évolution constatés en 2000 et 2001, proches de 5,6 %, cette envolée des dépenses en 2002 tient beaucoup à la mise en place de la réduction du temps de travail à l'hôpital, qui n'était pas entièrement financée dans l'ONDAM. Pour 2003, si l'on continuait sur la même tendance, le déficit de l'assurance maladie atteindrait 10 milliards d'euros et celui du régime général dépasserait 6 milliards d'euros. Cette évolution n'est pas soutenable.

Elle nous ramènerait aux pires années du régime général en 1992-1993. Un ONDAM « vérité » fixé à 5,3 % en 2003 est donc souhaitable. Ce taux relève en effet complètement des principes nouveaux mis en œuvre : réalisme, crédibilité et responsabilité partagée.

Il est impossible d'occulter le caractère structurel de la croissance des dépenses de santé. Les taux d'évolution des dépenses dans les pays de l'OCDE sont proches du nôtre. En 2000, par exemple, les dépenses de santé ont augmenté de plus de 7 % au Royaume Uni, en Italie, en Espagne et au Canada, de 6,5 % aux Etats-Unis, alors qu'en France, le taux de croissance était limité à 5,5 %. En second lieu, l'ONDAM doit être crédible. L'ONDAM a été systématiquement dépassé au cours des dernières années – à l'exception de 1997 – pour atteindre 9 milliards d'euros cumulés en quatre ans. Enfin, la responsabilité partagée reposera sur plusieurs mesures d'économie, tel le déremboursement de certains médicaments.

Plus globalement, au demeurant, le gouvernement s'engage à présenter au printemps un projet de loi de financement rectificatif, un « collectif sanitaire et social », en cas d'écart significatif constaté entre l'évolution réelle des différents agrégats de dépenses et de recettes et les objectifs fixés.

L'équilibre financier du projet de loi en 2003 est fondé sur la clarification et la transparence. Le gouvernement fait un pas important dans le sens de la clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Toutefois, le caractère extrêmement complexe et opaque des circuits de financement actuels ne pourra être clarifié que progressivement, étant donné les contraintes qui pèsent sur nos finances publiques. Ainsi, une suppression pure et simple du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) ne serait pas raisonnable dans l'immédiat. Compte tenu de l'ancienneté du dispositif, des sommes engagées, des transferts complexes, du contexte économique et du court délai, cette mesure pourtant souhaitable ne pouvait apporter, dans la précipitation, les garanties nécessaires pour l'autonomie de la sécurité sociale et les exigences des partenaires sociaux.

Néanmoins, la réforme est suffisamment engagée pour indiquer clairement les orientations et les choix autour de trois volets essentiels :

- d'abord, l'engagement de l'Etat de compenser intégralement les nouveaux allègements de charges, soit un milliard d'euros en 2003, dont 660 millions grâce à la taxe sur les conventions d'assurance transférée depuis le budget de l'Etat et 300 millions de droits tabacs supplémentaires ;

- ensuite, le principe d'une réaffectation à la sécurité sociale d'une partie des recettes utilisées pour le financement du FOREC. La modification de la clef de répartition des droits tabacs entre le FOREC et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) apportera à l'assurance maladie 700 millions d'euros et permettra de revenir à la clef de partage prévalant avant la création du FOREC, entre 15 % et 16 %, contre 8,9 % en 2002 ;

- enfin, le remboursement de la moitié de la dette passée au titre des allègements de charges. C'est ainsi qu'1,2 milliard d'euros sera remboursé par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) au régime général, sans allonger ni la durée de vie de la CADES, ni le niveau de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

A la suite de l'ensemble de ces mesures, le déficit du régime général devrait donc atteindre 3,9 milliards d'euros en 2003 et celui de la branche maladie 7 milliards d'euros. La situation est donc loin d'être stabilisée, mais elle est significativement améliorée. Le redressement devra donc se poursuivre au cours des prochaines années.

S'agissant des mesures pour la santé et l'assurance maladie, le projet de loi de financement traduit les grandes priorités du gouvernement : la santé publique, la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie et l'excellence des soins. Il traduit aussi la philosophie de la réforme fondée sur la confiance et la responsabilité partagée entre les partenaires que sont l'Etat, les gestionnaires, les professionnels de santé et les patients.

La responsabilité de l'Etat se mesure à la priorité accordée à la santé publique. Dans notre pays, la santé publique a toujours été mal comprise et mal aimée. Nous en payons un prix élevé en termes de mortalité précoce et de gaspillages. La santé publique sera donc un objectif prioritaire. Le gouvernement déposera en 2003 un projet de loi de programmation quinquennale de santé publique. La prévention en constituera l'un des fondements. C'est le sens de la hausse des droits sur les tabacs, à hauteur d'un milliard d'euros de recettes supplémentaires, qui devrait permettre de diminuer sensiblement la consommation de tabac en France.

Dans le même esprit, le débat sur la politique de santé doit relever d'une approche plus médicale et moins comptable. Les dépenses d'assurance maladie doivent être fondées sur l'évolution de l'activité de soins. Un groupe de travail constitué au sein de la Commission des comptes de la sécurité sociale remettra ses conclusions à ce sujet au premier trimestre 2003. Déjà cette année, l'élaboration des annexes du projet de loi de financement intègre cette approche médicalisée.

Il convient également de clarifier les missions des gestionnaires de l'assurance maladie par la recherche d'une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie. Un groupe de travail constitué au sein de la Commission des comptes de la sécurité sociale est chargé d'établir un état des lieux. Sur cette base, l'ensemble des acteurs sera invité à faire des propositions à partir desquelles le gouvernement élaborera un projet de réforme.

Le présent projet de loi de financement contient une série de mesures qui rompent avec la politique suivie jusqu'à présent, notamment la suppression de la maîtrise comptable, celle des comités médicaux régionaux et l'évolution des missions du service médical des caisses, afin que soit marquée la priorité du dialogue entre les professionnels et les organismes de sécurité sociale. Un avenant à la convention d'objectifs et de gestion qui lie l'Etat et la CNAM est en cours de négociation, dans le but de réorienter l'action de l'assurance maladie.

Concernant les établissements de santé, trois mesures importantes annoncent le plan « Hôpital 2007 ». Elles vont dans le sens d'une plus grande souplesse et d'une plus grande responsabilité des acteurs hospitaliers, et visent à répondre à la grave crise que traverse le monde hospitalier malgré les efforts innombrables accomplis par le personnel des hôpitaux. Les établissements hospitaliers vont passer à la tarification à l'activité. Des expérimentations seront réalisées dans des établissements volontaires en 2003 et ce mode de financement sera généralisé en 2004.

Une mission permanente d'audit et d'expertise hospitalière réalisera des référentiels de bonnes pratiques et de bonne gestion. Enfin, l'investissement à l'hôpital sera relancé afin de moderniser les établissements et leur permettre de s'adapter aux contraintes de sécurité sanitaire et à la recomposition de l'offre hospitalière. En 2003, une première tranche d'investissement d'un milliard d'euros est prévue.

Pour ce qui concerne la médecine de ville, les professionnels doivent s'engager dans les processus de formation médicale continue, d'évaluation et de coordination des soins. Outre le renouveau du dialogue entre les professionnels de santé et les services médicaux des caisses, plusieurs mesures importantes devront concourir à l'objectif d'excellence qui s'impose aux professionnels de santé. La promotion de l'évaluation passe par le financement des actions d'évaluation proposées par les unions régionales de médecins libéraux et la suppression du mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA), en raison de la baisse de la démographie médicale. A l'inverse, la reprise d'une activité complémentaire sera facilitée pour les médecins et les infirmières en retraite, notamment dans les zones rurales.

Dans le domaine du médicament, une nouvelle politique moderne et équilibrée sera mise en œuvre. Elle repose sur un partenariat étroit entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique, qui se traduira dans un nouvel accord sectoriel.

Une augmentation de 200 millions d'euros des moyens des établissements hospitaliers pour l'achat des médicaments innovants est prévue. Elle sera accompagnée d'une amélioration des procédures d'achat des médicaments par les hôpitaux et de la mise en place d'une procédure visant à permettre l'accès au remboursement en ville en quelques semaines pour les médicaments jugés les plus innovants. Des forfaits de remboursement pour les médicaments appartenant à des groupes génériques seront établis.

Enfin, il est nécessaire de tirer toutes les conséquences de la réévaluation du service médical rendu par les médicaments, voulue par le gouvernement précédent. Le principe en est arrêté. La mise en œuvre de cette décision sera entourée de toutes les garanties de procédure et d'impartialité. Il n'y a pas de liste préétablie. La procédure sera échelonnée sur trois ans, afin de permettre aux patients et aux médecins de modifier leurs comportements et aux industriels d'adapter graduellement leurs stratégies. Cette mesure repose sur le souci de la santé publique au regard de produits anciens peu efficaces et parfois déconseillés et celui d'une solidarité plus adaptée. Les patients ont déjà été sollicités avec l'accord conventionnel sur les visites à domicile non justifiées. Ils le sont aussi avec l'instauration, prévue dans le présent projet, du forfait de remboursement des médicaments appartenant à des groupes génériques. Demain, d'autres mesures de responsabilisation devront être instaurées, tel le dossier médical partagé.

Le handicap, enfin, constitue l'un des trois grands chantiers du quinquennat que le Président de la République a lancés le 14 juillet 2002. L'objectif d'une politique du handicap est de permettre aux personnes handicapées de choisir dans toute la mesure du possible leur mode de vie et de participer à la vie en société. Or, actuellement, certaines personnes handicapées qui souhaiteraient séjourner en établissement vivent à domicile par manque de places. D'autres sont obligées d'aller à l'étranger, notamment en Belgique. En 2003, le nombre de places en établissements sera accru fortement pour diminuer les listes d'attente actuelles.

Pour ce qui concerne la médicalisation des établissements pour personnes âgées dépendantes, la réforme actuellement en cours piétine. Le calendrier doit donc être allongé jusqu'en 2006, et le dispositif doit être simplifié.

En ce qui concerne les accidents du travail, l'objectif est, dans la continuité de la loi du 25 juillet 1994, de rendre la branche accidents du travail et maladies professionnelles plus autonome. Cette branche sera donc dotée dès 2003 d'une convention d'objectifs et de gestion et d'un conseil de surveillance spécifiques. Le mode de désignation des membres de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles sera, par ailleurs, harmonisé avec celui des membres du conseil d'administration de la CNAM : ils seront désormais nommés directement par les partenaires sociaux. Enfin, l'indemnisation des victimes de l'amiante fait partie des priorités du gouvernement qui a souhaité, dès son entrée en fonctions, que les mécanismes de réparation du préjudice subi par les personnes souffrant d'une affection liée à l'amiante soient rapidement mis en place. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante a défini les montants des acomptes en juin 2002 ; le barème de l'indemnisation définitive sera prochainement établi.

La situation financière de la branche vieillesse est paradoxale. Elle est excédentaire, mais dans moins de cinq ans, elle devra supporter le « papy-boom ». Dans ces conditions, conformément aux engagements du gouvernement, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité engagera au début de l'année prochaine une concertation. Pour 2003, la revalorisation des pensions permettra d'assurer le maintien du pouvoir d'achat des retraités. Elle sera alignée sur l'inflation prévue, soit 1,5 %. Tout effort supplémentaire présumerait de l'équilibre actuel et futur de la branche.

En conclusion, **M. Jean-François Mattei** a considéré que la sauvegarde de notre sécurité sociale appelle une modernisation de son organisation et de ses structures afin de l'adapter à son nouvel environnement. Le chemin tracé par le gouvernement est clair. C'est dans la durée, dans la concertation et le respect du dialogue social que les réformes seront menées.

M. Christian Jacob, ministre délégué à la famille, a rappelé la mesure très importante du projet de loi en faveur des familles d'au moins deux enfants dont l'aîné a atteint vingt ans, âge à partir duquel, jusqu'à présent, les allocations familiales ne sont plus versées. Compte tenu du fait qu'en moyenne, les jeunes entrent plutôt à vingt-et-un ans sur le marché du travail, il est proposé de reporter d'un an l'âge limite donnant droit au versement des allocations, en accordant pendant cette période supplémentaire une allocation de 70 euros par mois, soit 840 euros par an. Ainsi, une famille de trois enfants dont l'aîné atteint vingt ans perd, dans le système actuel, 160 euros mensuels sur les 400 euros qu'elle percevait ; la réforme proposée compense cette perte pour près de la moitié de son montant.

Mme Marie-Thérèse Boisseau, secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, a indiqué que, bien qu'aucun article du projet de loi de financement ne concerne explicitement son domaine d'attributions, l'enveloppe médico-sociale au sein de l'ONDAM attribuée aux actions conduites dans le domaine du handicap sert plusieurs priorités. Dans les maisons d'accueil spécialisé et les foyers à double tarification est proposé un doublement du nombre de places initialement prévu pour 2003 (2 200 au lieu de 1 100), mesure similaire à celle inscrite dans le projet de loi de

finances pour 2003 concernant les centres d'aide par le travail (CAT), dont le nombre de places est lui aussi doublé. Le soutien aux soins ambulatoires en réseau pour personnes lourdement handicapées est réaffirmé, les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) sont confortés, et l'accueil temporaire sera mis en œuvre conformément à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Le président Jean-Michel Dubernard s'est félicité de l'organisation d'un débat et d'un vote au Parlement sur la loi de financement, dont les montants des recettes et des dépenses dépassent ceux du budget de l'Etat. Il a également tenu à saluer le travail accompli en quatre mois par le gouvernement en matière sanitaire et sociale.

Tout en notant que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 est un texte de transition, il convient de souligner combien sont grands les espoirs qu'il fait naître pour les patients qui pouvaient se sentir de plus en plus exclus du système de santé, pour tous les protagonistes de la politique de santé publique, car cette politique manquait de vision d'ensemble, pour la médecine de ville, avec la fin de la maîtrise comptable des soins, pour l'hôpital et tous les personnels soignants hospitaliers, qui voyaient les équipements se dégrader d'année en année. Sur un thème connexe, celui de l'organisation interne de l'hôpital, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales va d'ailleurs mettre en place dès la fin du mois d'octobre une mission d'information, présidée par M. René Couanau. Il faut aussi saluer le courage politique dont le texte du projet de loi porte la marque, qu'il s'agisse de l'augmentation des droits sur les tabacs, de l'affichage d'un ONDAM en progression de 5,3 %, de la systématisation du recours aux médicaments génériques, ou encore de la prise en compte de la réévaluation du service médical rendu de certaines spécialités pharmaceutiques.

M. François Goulard, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du plan, a souligné les difficultés considérables du financement de la sécurité sociale. Il est très satisfaisant à cet égard que le projet de loi ne masque pas la réalité de la situation et ouvre la voie aux moyens d'aplanir les difficultés présentes. La croissance des dépenses de santé à un rythme élevé est certes inéluctable, et il est impossible de ne pas honorer ces dépenses. De ce point de vue, le changement qui s'opère, à savoir la suppression de la régulation strictement financière de l'offre de soins au profit d'une étude du rapport entre la prestation et son coût pour la collectivité, est salutaire. Les mesures annoncées – sur les génériques et sur le déremboursement des visites non médicalement justifiées ou des médicaments dont le service médical rendu s'avère insuffisant – vont dans le bon sens. Pour les établissements hospitaliers publics comme privés, l'expérimentation de la tarification à l'activité est une étape cruciale et indispensable. Il est éminemment souhaitable que, le moment venu, le Parlement soit informé de la façon la plus complète sur ces résultats.

La partie « recettes » du projet de loi présente les séquelles du bouleversement des finances sociales provoqué par le financement des trente-cinq heures et les allègements de charges inévitables à opérer en conséquence, qui conduit aujourd'hui à l'alignement du SMIC vers le haut. Cette réforme a entraîné à une hausse considérable des prélèvements, source de difficultés colossales. Le projet de loi de financement est un projet de transition, mais cette transition qui s'ouvre sera douloureuse. Le changement tout juste amorcé, par exemple en matière de transferts financiers dans le cadre du FOREC, devra aller à son terme : ce fonds devra être supprimé, car le lien entre ses dépenses et ses recettes est purement artificiel et l'affectation des recettes ne

repose sur aucune logique. Quelles sont donc, au-delà de la transition, les perspectives à moyen terme ?

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des finances, de l'économie générale et du plan, évoquant la nécessité de concilier les trois objectifs que sont la promotion d'une médecine de qualité, la maîtrise des prélèvements obligatoires et le refus d'une médecine à deux vitesses, a demandé quelle pédagogie serait menée pour responsabiliser les patients.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, s'est félicité qu'ait été retrouvé le courage de la réforme. Dans sa volonté de « détricoter » le FOREC, le gouvernement devra passer aux actes, en allant au-delà des allègements proposés dans le projet de loi présenté par M. François Fillon, du remboursement d'1,2 milliard d'euros au titre de la dette 2000 et de la réaffectation des droits sur les tabacs. L'occasion se présente de remettre à plat l'ensemble des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Il faut, pour cela, fixer à l'assurance maladie un périmètre de financement clairement établi, de façon à responsabiliser tous les acteurs du système. La politique de la main tendue en direction des professionnels de santé, sous la forme d'une responsabilité partagée, implique que tous les acteurs contribuent à la recherche du « juste soin ».

M. Yves Bur a ensuite posé les questions suivantes :

- la régionalisation de la santé – *via* la création d'agences régionales de santé, de conseils régionaux de la santé, de structures régionales pour l'assurance maladie et la politique de santé publique et de prévention –, est-elle toujours un objectif ?

- le produit d'un milliard d'euros, attendu de l'augmentation des droits sur les tabacs, sera-t-il effectivement perçu, ou bien ne doit-on pas craindre, comme cette année, une révision à la baisse des prévisions de recettes pour cause de développement de la contrebande, ou de report de la consommation vers des produits moins chers et donc plus mauvais pour la santé ?

- La CADES, qui doit en plus rembourser 1,2 milliard d'euros de dette au titre du FOREC, a déjà été mise à contribution plusieurs fois par le précédent gouvernement ; dès lors, on peut se demander si la date de 2014, retenue pour le terme de sa mission, sera tenue.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est réjoui de l'analyse lucide et des remèdes courageux contenus dans le projet de loi, en insistant sur l'abandon de la maîtrise comptable des dépenses de santé au bénéfice d'une maîtrise médicalisée. Devant le caractère inéluctable de la hausse de ces dépenses, une maîtrise s'impose en effet. A cet égard, la mesure annoncée pour promouvoir le développement du marché des médicaments génériques est bonne, car elle laisse un libre choix pour le malade et crée de l'émulation entre les laboratoires. Cependant, le risque existe que les prix des médicaments princeps soient abaissés au niveau de ceux des génériques, ruinant ainsi l'industrie des génériques. Par ailleurs, cette mesure constitue-t-elle une étape vers un remboursement par classe thérapeutique, qui ne serait pas dénué d'effets négatifs ? Que l'on songe à ce que l'on a observé dans le cas des statines, par exemple. Enfin, cette même mesure paraît contradictoire avec l'accord conclu en juin dernier, aux termes duquel les médecins généralistes

acceptaient, en contrepartie de la revalorisation de leurs honoraires, de porter à 30 % le volume de leurs prescriptions en dénomination commune internationale (DCI).

Quel est le montant de l'économie attendue du mécanisme de déremboursement portant sur 835 spécialités, nombre ramené à 650 ? Ne risque-t-on pas de constater un transfert de la consommation vers d'autres spécialités, plus chères, mais remboursables ? Le processus de révision de l'autorisation de mise sur le marché, prévu par les textes mais inappliqué, sera-t-il mené à son terme ?

Le plan « Hôpital 2007 » est ambitieux ; il prévoit le déblocage, dès 2003, d'un milliard d'euros pour parer au plus pressé, mais les problèmes structurels vont demeurer ; à quand une grande loi hospitalière, pour réformer les services des urgences en particulier ? Il pourrait s'agir d'un volet du projet de loi à venir sur la décentralisation, et la mission d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales va peut-être formuler des recommandations à ce sujet. Enfin, pour la médecine de ville, les accords récents de revalorisation d'honoraires et de réforme de la prise en charge des visites à domicile vont dans le bon sens, mais rien n'a encore été fait en faveur des médecins spécialistes.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a salué la volonté de clarté du ministre. Certes, la branche vieillesse donne lieu à peu d'articles dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais un texte est en préparation pour l'année prochaine, texte qui privilégiera une approche globale absolument nécessaire. Le « papy boom » qui s'annonce à horizon 2006, est effectivement très inquiétant. Il est urgent de ne plus attendre. Il a été décidé dans ce projet de revaloriser les pensions au niveau de l'inflation. Il sera très probablement reproché au gouvernement de ne pas pratiquer de coup de pouce, mais l'essentiel est qu'il n'y ait pas de perte de pouvoir d'achat pour les retraités.

Concernant la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées, l'échéance est reportée à 2006, prenant acte du caractère totalement irréaliste de l'objectif initialement prévu. En effet, la simultanéité de la réforme de la tarification, de la signature des conventions tripartites, de la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et des trente-cinq heures justifie ce report ; pour autant, certaines fédérations et associations souhaitent que cette échéance ne soit pas repoussée au-delà de 2004 et une concertation approfondie avec ces fédérations paraît indispensable.

La mission sur la dépendance, qui avait, la première, posé le problème de l'autonomie des personnes âgées, avait dégagé deux grands principes : la solvabilisation des familles et l'augmentation de l'encadrement médical. Ces deux objectifs sont toujours d'actualité. Lors des discussions futures sur les moyens nécessaires pour les atteindre, il conviendra de ne pas écarter l'hypothèse de la mise en place d'un cinquième risque au sein de la sécurité sociale.

M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, s'est félicité de la qualité du débat en commission, qui contraste avec les propos, parfois convenus, que l'on entend dans l'hémicycle. Notre pays est confronté à un problème majeur dans un domaine majeur, problème face auquel le gouvernement précédent a échoué, comme d'ailleurs les autres gouvernements, qui n'ont pas davantage réussi. Il convient donc de se garder d'une approche polémique et il

faut se tourner vers l'avenir. Il est possible de trouver, comme sur certains textes d'intérêt national, un accord qui dépassera les clivages partisans ; aussi ne faut-il pas fermer la porte aux idées nouvelles, d'où qu'elles viennent. De nombreuses erreurs ont été faites par le passé : il a été tenté de limiter l'offre de soins avec le *numerus clausus*, ce qui a débouché sur une pénurie de professionnels de santé, puis a été appliquée une maîtrise comptable de la demande, sans que ni l'une ni l'autre de ces politiques n'ait eu d'effet significatif sur l'évolution des dépenses de santé. La seule chose qui n'ait jamais été tentée est de construire des réformes avec ceux qui sont destinés à les appliquer, c'est-à-dire les professionnels de santé. Il s'agit là d'un vrai pari.

Certes, la hausse des dépenses de santé est structurelle et on peut l'expliquer par de nombreux facteurs comme le progrès technique, le vieillissement de la population ou encore le désir de mieux vivre. Néanmoins, un pays qui consacre 10 % de son PIB à la santé doit s'assurer qu'il peut dépenser mieux avant de dépenser plus. Or, tous les directeurs d'hôpitaux publics affirment qu'ils peuvent faire d'importants gains de productivité pour peu qu'on cesse de leur imposer des règles non négociées et qu'on se débarrasse de certaines rigidités, comme celles que comporte le code des marchés publics. Il est indispensable de donner à l'hôpital public les moyens lui permettant d'assurer à la fois une concurrence et une complémentarité avec le secteur privé. Dans ce domaine comme dans les autres, ces réformes prendront du temps et il ne sera pas possible d'obtenir des résultats immédiats. Avant de mettre en œuvre des déremboursements ou des baisses de cotisations, il faut s'assurer du bon état de marche de notre système de santé.

Concernant les médicaments génériques, la crainte a été exprimée que les prix des princeps s'alignent à terme sur ceux des génériques : d'une part, cela semble peu probable étant donné les contraintes qui pèsent sur l'industrie pharmaceutique à l'exportation ; d'autre part, le rôle du ministre de la santé n'est pas de faire le travail qui incombe aux industriels, mais de gérer au mieux les dépenses de protection sociale dont il a la charge. En ce qui concerne les déremboursements, nous sommes à l'aube d'une révolution des pratiques médicales, qui implique que soit menée une véritable politique du médicament. Afin de responsabiliser les patients, il est nécessaire d'aller vers l'automédication. Mme Martine Aubry avait lancé le programme de réévaluation du service médical rendu des spécialités pharmaceutiques. De nombreux médicaments d'usage courant ont été déremboursés et ils ont néanmoins continué à être utilisés. Leur déremboursement permettra de mettre l'accent sur le financement des médicaments innovants luttant contre les fléaux que sont le cancer, le SIDA et les maladies dégénératives... Il est nécessaire de faire des choix. Par ailleurs, les médicaments ont leur propre vie : ainsi un médicament a récemment fait l'objet d'une évaluation de service médical rendu insuffisant, sur ses indications initiales ; on s'est néanmoins aperçu qu'il était très utile dans la lutte contre la mucoviscidose et son déremboursement, bien sûr, ne peut plus être envisagé lorsqu'il est prescrit à cette fin. Des médicaments déremboursés ont vu leur chiffre d'affaires augmenter. Aussi faut-il se méfier des jugements sommaires ou trop rapides en la matière. Le forfait de remboursement pour les médicaments figurant dans un groupe générique n'est pas contradictoire avec l'engagement de prescription souscrit dans le cadre de l'accord conventionnel du 5 juin dernier ; les deux mesures sont complémentaires.

Il faut reconnaître que les patients sont parfois déresponsabilisés, en particulier avec la carte Vitale et le tiers payant, qui leur donnent l'impression que les soins sont gratuits. Il est indispensable de leur faire comprendre qu'ils sont également responsables

des fonds sociaux qui financent ces soins, mais ce n'est pas simple. Pourquoi ne pas, par exemple, les associer à la gestion de l'assurance maladie, dans le cadre de la nouvelle gouvernance souhaitée par le gouvernement ? Les associations de patients peuvent jouer un rôle très utile, comme l'ont prouvé les associations de consommateurs dans la gestion de la crise bovine liée à la maladie du prion.

La régionalisation est un des axes prioritaires de la politique de santé du gouvernement. Les agences régionales de l'hospitalisation ont montré leur efficacité. La création d'agences régionales de santé (ARS) permettra d'aller plus loin, en associant médecine de ville et hospitalisation.

M. Claude Evin a rappelé qu'à la fin de 1993, le gouvernement d'alors avait déjà mis en avant l'instrument de la responsabilisation des professionnels de santé. Ceci relativise le caractère inédit de la politique annoncée aujourd'hui.

Les comptes 2002 reflètent certainement une part d'héritage, pourtant le déficit de l'assurance maladie, tel qu'évalué par la Commission des comptes de la sécurité sociale, s'est creusé de 900 millions d'euros entre juillet et septembre, en raison des premières mesures prises par le nouveau gouvernement. Il faut d'ailleurs rappeler qu'en 1997, le déficit du régime général a atteint 4,5 milliards d'euros.

Pour 2003, le déficit prévisionnel, compte tenu des mesures annoncées, serait de 3,9 milliards d'euros. Il faut toutefois préciser que ce résultat n'est pas atteint grâce à une politique de maîtrise des dépenses, mais par des augmentations de recettes comme les droits sur les tabacs et le prélèvement sur la CADES, qui ne pourront pas être renouvelées.

Les mesures structurelles qui sont annoncées sont très réduites et reprennent bien souvent des dispositifs déjà existants, qu'ils soient prévus par la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé ou par celle du 27 juillet 1999 relative à la couverture maladie universelle (CMU) pour ce qui est de la tarification à la pathologie. Sur les autres points, il apparaît en fait que ce sont les patients qui devront assumer des dépenses supplémentaires : ce sera le cas pour les visites à domicile, comme pour le médicament. Dans le cas, par exemple, où le patient n'aurait pas été informé de l'existence d'un générique ou n'aurait pas bénéficié de la substitution par le pharmacien, il aura au bout du compte à acquitter un coût supérieur.

Il faut être particulièrement vigilant par rapport aux travaux du groupe de travail annoncé par le ministre sur la répartition entre couverture de base et couverture complémentaire en matière d'assurance maladie, afin de veiller à ce que notre système reste bien fondé sur la solidarité.

M. Bernard Accoyer a remercié le ministre de la lucidité de son approche et de sa volonté de sauvegarder les principes de solidarité.

Les déficits cumulés qui conduisent aujourd'hui à faire appel à la CADES résultent des dérives d'un système d'assurance maladie non maîtrisées entre 1998 et 2001, dans une forte période de croissance économique. En effet, rien n'a alors été fait ces dernières années pour garantir l'avenir de l'assurance maladie, des retraites, ou pour conduire une politique adéquate en direction des personnes handicapées ou des familles.

Il ne peut y avoir de régime d'assurance maladie pérenne que si les responsabilités sont partagées entre les praticiens, les gestionnaires de régime de base

comme complémentaire, et les patients. Il faut maintenant définir la voie commune de la concertation et de l'équilibre.

M. Jean-Luc Prél s'est réjoui d'un projet de loi de transition qui va dans la bonne direction, de la fixation d'un taux réaliste de l'ONDAM, même si il devrait être encore plus médicalisé, ainsi que de la suppression des lettres clefs flottantes et des CMR, et des mesures relatives aux médicaments et à l'hospitalisation avec le plan « Hôpital 2007 ». En revanche, on peut regretter, tant la crise est profonde, qu'il n'ait pas été procédé à un audit de la santé. La question de l'apurement des comptes reste également entière, sachant qu'aujourd'hui les reports de charges représentent environ 3 % des budgets des hôpitaux. De même, l'enveloppe hospitalière pour 2003 devra prendre en compte ces reports de crédits.

Un certain nombre de questions demeurent aussi posées en matière de médecine ambulatoire : la revalorisation des honoraires des spécialistes, les frais de déplacement des infirmières, la création d'un ordre des kinésithérapeutes, des podologues et des infirmières. Pour les personnes âgées se posent également les problèmes de la médicalisation des établissements d'hébergement, du droit à partir à la retraite avec 40 annuités de cotisation, des droits des conjoints survivants et de l'assurance veuvage, question qui n'est pas mentionnée dans le rapport annexé.

En conclusion, **M. Jean-Luc Prél** a observé que le transfert du financement des majorations de pensions pour enfant du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) vers la branche famille est tout aussi inacceptable cette année que les années précédentes.

M. Jean-Pierre Brard a fait les remarques suivantes. Dans son intervention, le ministre n'a évoqué ni l'existence, ni le devenir des maisons médicales d'urgence. Ces structures sont pourtant porteuses d'avenir et il conviendrait de généraliser leur expérimentation. Le budget alloué aux centres de soins spécialisés aux toxicomanes pour 2003 est réduit de 14 % et on constate également une baisse de 30 % des crédits de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Cette baisse est catastrophique, au regard des résultats obtenus par ces centres qui sont remarquables, tant du point de vue sanitaire que de la réduction des nuisances dans l'espace public. En la matière, il conviendrait d'associer plus étroitement les efforts du ministère de la santé et ceux du ministère de l'intérieur, plutôt que de privilégier une approche unilatérale.

M. Etienne Pinte s'est réjoui du changement d'approche de la politique de santé publique introduite par le projet de loi. Il est cependant regrettable que le transfert du financement des majorations de pensions pour enfants du FSV vers la branche famille soit maintenu et augmenté pour l'année prochaine, alors que le Président de la République a clairement annoncé qu'il était favorable à une gestion séparée des branches.

M. Jean-Louis Dumont s'est tout d'abord exprimé au nom de M. Gérard Bapt, rapporteur spécial des crédits de la santé. Ce dernier s'étonne de n'avoir, jusqu'à présent, reçu aucune réponse écrite à son questionnaire budgétaire pour 108 questions posées. Il existe pourtant des délais fixés par la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, délais expirés. En conséquence, M. Gérard Bapt se réserve le droit de ne pas rapporter tout ou partie de ce budget, lors de son examen en commission des finances ou en séance publique. Comme l'a constaté le Président Pierre Méhaignerie, il n'est pas admissible que la loi organique soit aussi mal respectée.

M. Jean-Louis Dumont a ensuite posé les questions suivantes :

- quel avenir pour la médecine générale en milieu rural ?
- quels sont les moyens pour parvenir à une meilleure utilisation des gros appareillages dans les hôpitaux, particulièrement des imageries à résonance magnétique (IRM) ?

Mme Jacqueline Fraysse a exprimé son accord avec le ministre concernant l'augmentation inévitable des dépenses de santé rapportées à la richesse nationale dans les prochaines années. Il est néanmoins regrettable de ne pas tirer pas les conclusions d'une telle situation qui devrait conduire à une réforme globale du mode de financement de la sécurité sociale, associée à l'augmentation des moyens financiers mis à sa disposition.

Mme Jacqueline Fraysse a ensuite fait les observations suivantes :

- s'il est légitime de s'interroger sur le déremboursement des médicaments dont l'efficacité thérapeutique n'est pas prouvée, il est par contre urgent de stopper le remboursement des médicaments inefficaces voire dangereux pour la santé. Par ailleurs, il est souhaitable de débloquer des moyens en faveur de l'utilisation des médicaments innovants dans les hôpitaux. Mais n'y a-t-il pas un risque de dérive financière, si les laboratoires fixent eux-mêmes le prix de tels médicaments ?

- la taxe sur les salaires pour les personnels hospitaliers va-t-elle être supprimée ?

- le ministre envisage-t-il d'étendre le bénéfice de la CMU aux titulaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) et aux bénéficiaires du minimum vieillesse ?

Le président Jean-Michel Dubernard a indiqué à M. Jean-Louis Dumont que la question posée par M. Gérard Bapt ne relève pas du cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais que le gouvernement devra, naturellement, y répondre, dans le cadre de la loi de finances.

M. René Couanau s'est félicité du souci d'efficacité qui guide l'action du ministre et des mesures qu'il a annoncé en direction des personnes handicapées. Pour autant, il existe un décalage important dans le temps entre le moment où une décision est prise et le moment où ses effets se traduisent. Ainsi, les mesures contenues dans le présent projet n'entreront pas dans les faits avant 2005 ou 2006. Il est important de trouver les moyens d'une plus grande réactivité de l'action publique.

M. Marc Bernier a insisté sur l'injustice d'une médecine à deux vitesses. Ainsi, le remboursement des prothèses oculaires, dentaires ou auditives n'est-il pas pris en charge par la sécurité sociale de manière satisfaisante et tous les Français n'ont pas les moyens de s'offrir une bonne assurance complémentaire.

M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a apporté les réponses suivantes :

- le dérapage des dépenses de santé constaté entre le mois de juin et aujourd'hui est la conséquence d'un double phénomène : d'une part, la baisse des ressources en conséquence de la réduction de 0,2 point de la croissance de la masse salariale – en liaison mécanique avec la recrudescence du chômage – qui induit une

moindre ressource de 300 millions d'euros, et le coût des dernières décisions prises par le précédent gouvernement, pour un montant de 400 millions d'euros, qui n'étaient pas financées ; d'autre part, trois mesures nouvelles décidées par le gouvernement actuel : la levée des pénalités financières pour les médecins spécialistes du secteur 1, l'accord du 5 juin 2002 avec les médecins généralistes (230 millions d'euros) et la revalorisation du tarif de la consultation pour les pédiatres. Ces trois mesures étaient nécessaires ; elles ont été prises. Cependant, il n'appartient pas au gouvernement d'aller plus avant sur ces sujets car ils relèvent du dialogue social et de la négociation. Est-il logique qu'une visite de généraliste coûte 20 euros et une visite de spécialiste 22,5 euros, alors que cette dernière dure, souvent, deux fois plus longtemps ?

- le maintien des maisons médicales d'urgence est une nécessité. Ces structures ont fait la preuve de leur efficacité, notamment pour soulager les services d'urgence des hôpitaux. M. Charles Descours, sénateur honoraire, a été chargé de faire des propositions en ce sens. Il n'existe pas de solution univoque en la matière. On ne peut que constater que certaines maisons médicales fonctionnent mieux que d'autres, notamment en milieu rural. Il est important de ne pas faire table rase du passé au seul nom de la modernité. Certaines structures ont démontré leur efficacité : on redécouvre ainsi l'utilité des dispensaires de campagne et des services de porte des hôpitaux ;

- en matière de lutte contre la toxicomanie, l'expérience montre que pour être efficace, l'action doit s'effectuer au plus près du terrain. En ce sens, le rôle des associations est primordial. Le gouvernement n'entend donc pas réduire les crédits alloués à la MILDT et aux centres de soins spécialisés aux toxicomanes. La réduction des crédits observée par M. Jean-Pierre Brard n'est que le résultat d'une clarification comptable : les crédits alloués aux centres de soins spécialisés dans la toxicomanie sont désormais inscrits au budget de l'assurance maladie et non plus au budget de l'Etat et la création de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) entraîne mécaniquement un transfert du budget de communication antérieurement inscrit dans les crédits de la MILDT vers cette nouvelle structure ;

- il est difficile de faire des pronostics sur le déficit de la branche maladie en 2003, compte tenu de l'assiette des cotisations sociales ;

- la sécurité sociale a été instituée en 1945, essentiellement pour les travailleurs salariés et leurs familles. Depuis, une protection sociale concernant aujourd'hui d'autres populations que les salariés s'est développée. Aussi le lien entre travail et offre de soins s'est-il progressivement distendu. C'est une des raisons pour lesquelles le MEDEF s'est désengagé des conseils d'administration des caisses. C'est pourquoi une réflexion d'ensemble doit être engagée dans le sens d'une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie ;

- il faudra assurément revenir sur la CMU afin de donner « un coup de pouce » aux populations situées juste au-dessus du seuil ouvrant l'accès à cette couverture. La CNAM a déjà mis en place une aide fort utile. Probablement faudra-t-il retenir des incitations fiscales pour la généralisation des couvertures complémentaires ;

- les contributions de la branche famille au financement des majorations de retraite pour enfants ont été maintenues. En effet, la branche famille dégage des excédents considérables. Il faut les utiliser, et ils le sont à des fins de politique familiale. Il convient de noter d'ailleurs que la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)

a voté les articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale relatifs à la famille ;

- s'agissant des équipements d'IRM, il convient de ne pas traiter de la même façon tous les établissements publics et privés. Même si quelques hôpitaux publics peuvent les mettre en service rapidement, les cliniques privées sont hélas souvent plus performantes ;

- une ordonnance de simplification des procédures administrative sera prise par le gouvernement, notamment afin de réduire les délais ;

- les questions relatives au remboursement des prothèses sont pertinentes. Elles ne pourront toutefois être traitées au fond que dans le cadre du groupe de travail sur la répartition entre la couverture de base et la couverture complémentaire.

II.- EXAMEN DU RAPPORT

La commission a examiné le rapport de **M. Yves Bur pour les recettes et l'équilibre général** au cours de sa séance du mardi 22 octobre 2002.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

Après avoir souligné qu'il s'agissait d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale de transition, **M. Jean-Luc Prétel** a déclaré que le groupe l'UDF aurait la volonté d'aider le gouvernement à rétablir la confiance et à préparer l'avenir.

Le dépôt du projet de loi intervient dans un contexte difficile, marqué par un lourd héritage et une croissance économique moins forte que prévue. S'agissant des retraites, il faut impérativement trouver des solutions afin de remédier aux effets négatifs du « papy boom ». En ce qui concerne la politique de la famille, le groupe UDF, qui attend que la conférence de la famille prévue en 2003 propose des mesures adéquates, n'apprécie pas l'article 41 du projet de loi prévoyant un nouveau prélèvement sur les excédents de la branche famille afin de financer les majorations de pensions pour enfants.

S'agissant du financement, il faut espérer que le taux de croissance de l'économie, prévu à 2,5 %, sera finalement confirmé. La hausse des droits sur les tabacs devra être réaffectée intégralement à l'assurance maladie, notamment pour des actions de prévention. En outre, on peut s'interroger sur le maintien du FOREC, qu'il aurait fallu supprimer dès cette année plutôt que d'attendre l'année prochaine comme le gouvernement s'y est engagé.

Il est impératif de repartir sur de nouvelles bases en matière de politique de santé. Les hôpitaux souffrent à la fois de reports de charges en dépenses de fonctionnement, reports qu'il faut financer, et de retards d'investissements. Le projet de loi prévoit une dotation supplémentaire de 300 millions d'euros pour financer les investissements dans les hôpitaux ; il faut toutefois s'interroger sur la nature de l'effet de levier décrit dans le projet, qui transforme ces 300 millions en un milliard. Les hôpitaux comme les collectivités locales ne disposent pas des moyens nécessaires. Enfin, il faudra bien un jour traiter le sujet de l'organisation des urgences et de la démographie médicale.

Il faut se féliciter de la nouvelle approche des dépenses de médecine de ville *via* la maîtrise médicalisée, illustrée par la suppression des comités médicaux régionaux. La confiance retrouvée passera également par la création d'ordres des professions paramédicales. Enfin, le codage des actes et des pathologies ainsi que la création d'un INSEE de la santé constitueront des outils fiables de pilotage des politiques publiques, dans un contexte où les professionnels de santé se méfient des caisses d'assurance maladie.

Après avoir reconnu que les comptes s'étaient dégradés, **M. Claude Evin** a fait remarquer que cette dégradation s'était accentuée depuis le mois de mai d'un montant d'un milliard d'euros. Des accords suscités par le gouvernement ont augmenté les honoraires des généralistes, sans contrepartie en termes d'amélioration de la situation des assurés sociaux.

Le projet de loi ne comprend aucune disposition relative à la maîtrise des dépenses, sauf en matière de médicament. La politique du médicament ne comporte aucune mesure structurelle, mais procède à des remboursements qui pénaliseront les assurés sociaux.

La transparence des comptes a toujours été un problème : en la matière, le rapporteur poursuivra sans doute le travail de clarification entamé par son prédécesseur, M. Alfred Recours. En attendant, le gouvernement crée de nouveaux tuyaux particulièrement opaques, par exemple en ce qui concerne le prélèvement sur la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

L'ouverture de trois « chantiers », qui n'est pas explicitement prévue par ce projet, a été annoncée par M. Jean-François Mattei dans le cadre de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Il faudra être très vigilant sur les conclusions des groupes de travail concernés.

En conclusion, ce projet de loi est inquiétant, non par ce qu'il contient mais par ce qu'il ne contient pas, la maîtrise des dépenses, ce qui conduira inéluctablement à remettre en cause la solidarité nationale.

M. Pascal Terrasse a rappelé le mot clé de « confiance », soulignant que les professionnels de santé attendaient de voir. Ainsi, les pressions exercées par les médecins spécialistes, les dentistes et les maisons de retraites se font fortes.

Ce projet de loi est un budget de privatisation. Il évite la question de la maîtrise des dépenses, pourtant incontournable en raison de la diminution des ressources et de l'ampleur des dépenses nouvelles au bénéfice des généralistes ou des pédiatres.

Concernant le financement, le déficit actuel est imputable aux deux majorités. Cependant, la ponction opérée sur la branche famille n'est pas acceptable. En outre, une mesure de prélèvement de 800 millions d'euros au titre des compensations démographiques, qui n'est pas contenue dans ce projet, a constitué un véritable hold-up sur la branche vieillesse et a été vécue comme un mauvais coup porté au paritarisme.

Après avoir rappelé qu'à chaque automne le projet de loi de financement de la sécurité sociale était inmanquablement présenté comme un budget de transition, **M. Maxime Gremetz** a considéré que le projet de loi pour 2003 ne répondait pas aux besoins, même s'il présentait, au moins, l'avantage de se fonder sur une analyse de ceux-ci.

La question centrale reste le choix du mode de financement de la sécurité sociale. Les comptes se dégradent en raison de l'augmentation du chômage et de la modération des salaires : 7 000 emplois de moins diminuent d'un milliard d'euros les recettes de la sécurité sociale, et 1 % d'augmentation des salaires représente 9 milliards d'euros. Ce projet continue également de financer des exonérations de cotisations patronales d'une grande ampleur.

Une des recommandations de la Cour des comptes consiste à publier une annexe présentant un état des dispositions affectant l'assiette des cotisations patronales. En outre, la Cour des comptes suggère de revoir l'assiette des cotisations. Il est en effet

impératif de mettre à contribution les revenus financiers. Des amendements seront déposés par le groupe communiste à cet effet.

Il n'y a pas trop de dépenses de santé : il y a un problème de ressources. Il faut supprimer le FOREC, qui regroupe des contributions dont l'objet lui est complètement étranger, notamment les produits de la fiscalité sur les tabacs et sur les alcools. Un financement assurant des ressources pérennes est indispensable. Actuellement, lorsqu'on arrête de fumer, on diminue les ressources de la sécurité sociale, ce qui est une contradiction majeure. Une solution à approfondir serait d'augmenter la contribution sociale sur les bénéfiques et de créer des contributions sur les revenus financiers et sur la valeur ajoutée des entreprises.

M. Jean Le Garrec a considéré que le rappel de l'héritage est un passage obligé de toute nouvelle législature. La santé étant un bien premier, il faudra un arbitrage, dans les pays développés, pour la financer et remédier aux inégalités. Or, sans la maîtrise des dépenses, cet arbitrage devient impossible. L'argumentation du rapporteur a d'ailleurs témoigné d'une approche purement comptable de la situation.

La nouvelle majorité utilisera d'abord des recettes de poche avec le tabac et l'alcool, et finira soit par augmenter les cotisations, soit par diminuer les remboursements, ce qui est déjà le cas avec les médicaments à service médical rendu insuffisant. Sa tâche sera rendue plus difficile par une croissance économique réduite. La tuyauterie du financement de la sécurité sociale est encore complexifiée par le nouveau prélèvement opéré sur la CADES, qui constitue un chèque tiré sur l'avenir.

M. Simon Renucci a observé qu'affronter la complexité des problèmes causés par la sécurité sociale sera toujours une épreuve de modestie, d'autant plus que les questions de santé sont le problème majeur de notre société. Il a ensuite interrogé le rapporteur sur les mécanismes envisagés pour la maîtrise des dépenses de santé, alors que l'augmentation des honoraires médicaux a été décidée sans contrepartie structurelle, sur le rôle des unions régionales de médecins libéraux, sur la place de l'évaluation, sur le rôle du paritarisme et sur la promotion de l'égalité des soins.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé que le déficit de la sécurité sociale pour 2002 s'élèverait à 3,2 milliards d'euros et celui pour 2003 à 3,9 milliards d'euros. On peut penser que le total des besoins de financement, pour ces deux années, sera en fait d'environ 10 milliards d'euros. Le projet de loi ouvre d'ailleurs la possibilité de recourir à des emprunts de trésorerie à hauteur de 11,4 milliards d'euros. Il est donc essentiel de savoir comment le gouvernement entend assurer le financement de ces déficits cumulés.

M. Pierre Hellier s'est félicité de l'approche mesurée des problèmes de la santé et de la sécurité sociale qui caractérise ce projet de loi de financement, mais a rappelé que la maîtrise des dépenses de santé avait échoué parce que la participation effective des professionnels de santé n'avait pas été recherchée. Il faut aujourd'hui renouer le dialogue pour faire face à une situation critique, en raison de laquelle les vocations ont tendance à disparaître.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a apporté les éléments de réponse suivants :

- Il serait effectivement commode de pouvoir passer par pertes et profits les déficits des années précédentes, mais la réalité est incontournable. La situation

financière délabrée de la sécurité sociale implique qu'en soient tirées toutes les conséquences. En 1997, on se trouvait dans une phase d'amélioration lente des comptes de la sécurité sociale qui, grâce à une période de croissance extrêmement forte, a permis d'atteindre l'équilibre. Aujourd'hui, on est en présence d'un déficit de même ampleur qu'en 1992-1993 alors que la situation économique est beaucoup moins favorable.

- Il est vrai que l'opposition de la précédente législature s'était opposée au financement des majorations de pensions pour enfants par la branche famille. Mais le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour 2002, dont les réserves ont été épuisées par l'intermédiaire de la tuyauterie du FOREC, rend malheureusement indispensable ce transfert.

- Il serait souhaitable que l'ensemble du produit des droits sur les tabacs serve à financer l'assurance maladie. Le gouvernement a d'ailleurs décidé de les augmenter de façon considérable et, par amendement, il sera proposé d'aller encore plus loin. Cette réforme doit s'inscrire dans une refonte d'ensemble du financement de la sécurité sociale, ce qui est un travail de longue haleine. Il ne suffit pas de supprimer le FOREC pour faire disparaître les déficits. De même, il est vrai que 10 milliards d'euros de réductions d'assiette de cotisations ne sont pas comptabilisés, ainsi que l'a indiqué la Cour des comptes.

- Il faudra donner un contour stable à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Pendant cinq ans, le choix d'une maîtrise contraignante a été fait et il n'a évité ni l'augmentation des dépenses de médecine de ville, ni l'envolée des dépenses de médicaments, ni la pénurie à l'hôpital.

- Les difficultés que rencontrent les maisons de retraite ont la même cause que celles existant à l'hôpital : elles résultent de l'application inadaptée de la réduction du temps de travail à ces établissements.

- Quand on impute le déficit de 2002 aux mesures prises par le gouvernement depuis le mois de juin, il ne faut pas oublier que l'accord sur le tarif des consultations agréé par Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, a coûté 220 millions d'euros à la sécurité sociale avant de rappeler que celui agréé par M. Jean-François Mattei a coûté 190 millions d'euros. En outre, 700 millions d'euros promis pour l'hôpital n'étaient en réalité pas financés pour 2002 et il a fallu accorder une rallonge budgétaire en juillet.

- Si tout le monde peut être d'accord pour considérer la santé comme le bien premier des Français, le véritable problème est plutôt de savoir qui va en assumer la charge. Celle-ci relève-t-elle entièrement de l'assurance maladie ou met-elle aussi en jeu des comportements qui contribuent à la préservation de la santé. La prise en charge doit-elle être entièrement collective ou une part peut-elle être individualisée ? Cela renvoie à la question de la définition du contenu du panier de soins et à l'accès véritable de tous au système de santé. La couverture maladie n'est toujours pas universelle, puisque qu'aujourd'hui 9 % des Français n'ont aucune couverture complémentaire. On peut donc se demander s'il ne faudrait pas aller plus loin et créer une allocation personnalisée à la santé.

- La question du financement de la dette reste posée. Sous la législature précédente, en 1998, la CADES a déjà été rouverte. Il faudra donc définir les moyens appropriés pour financer cette dette importante qui coûte 400 millions d'euros chaque année à la sécurité sociale.

III.- EXAMEN DES ARTICLES

La commission a procédé à l'examen des articles du présent projet de loi au cours de ses séances des mercredi 23 octobre 2002.

TITRE I^{ER}

ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE

Article premier

Approbation du rapport annexé

En application du 1^o du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article permet au Parlement d'approuver les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale. Ces orientations et ces objectifs sont définis dans le rapport qui est annexé au projet de loi de financement, en application de l'article L.O. 111-4 du même code.

Ce rapport aborde successivement : la politique de santé et d'assurance maladie, la branche accidents du travail, la politique de la famille, la politique d'assurance vieillesse et, pour terminer, le financement et l'équilibre de la sécurité sociale. A la différence des rapports des années précédentes, ce rapport annexé énonce clairement les intentions du gouvernement, sans rappeler l'état de la situation présente ni lister différents indicateurs sanitaires ou démographiques. Il permet ainsi véritablement au Parlement d'exprimer par un vote son accord sur ces orientations.

Pour approfondir encore le débat sur les orientations, les objectifs et les priorités de la politique de santé, le plus en amont possible, un débat spécifique sur la santé sera organisé au Parlement au printemps, en application de l'article 34 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Le gouvernement s'est également engagé à déposer avant la fin du premier semestre 2003 un projet de loi de programmation quinquennale de santé publique, qui permettra de donner une vision pluriannuelle de ces orientations, avant qu'elles ne soient déclinées chaque année dans le rapport annexé.

*

La commission a examiné le rapport annexé à l'article premier.

La commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Luc Prével précisant que le système de santé est trop orienté vers le curatif.

Elle a ensuite *adopté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen indiquant qu'un meilleur accès à la prévention et aux soins des usagers constitue une des lignes directrices de la stratégie du gouvernement, puis un amendement du même auteur précisant que la politique nationale de santé doit prendre en compte les inégalités territoriales existantes.

La commission a *adopté* un amendement de M. Jacques Kossowski prévoyant le rétablissement des institutions ordinaires, notamment celle des masseurs kinésithérapeutes, dans le cadre de la future loi de programmation de santé publique.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen rappelant que le gouvernement s'engage à pérenniser les différents plans de lutte contre les maladies chroniques mis en œuvre par le précédent gouvernement.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé que ces plans doivent être poursuivis car il s'agit d'actions essentielles pour améliorer la prévention et lutter contre les maladies chroniques. Ces plans sont poursuivis mais il apparaît anormal qu'ils ne figurent pas dans les annonces des actions du gouvernement devant figurer dans le rapport annexé.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a considéré qu'il ne fallait plus inscrire dans le rapport annexé de simples intentions non chiffrées car faire part de vœux ne suffit pas à résoudre les problèmes de santé qui se posent.

M. Pierre Hellier a souhaité ne pas faire de catalogue de ces plans.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que certains plans annoncés par le précédent gouvernement n'ont pas réellement été mis en œuvre. Ainsi, seuls trente-deux départements sont aujourd'hui concernés par le plan de lutte contre le cancer.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant une action efficace de prévention du tabagisme, notamment par le remboursement des produits favorisant le sevrage tabagique.

M. Pierre Hellier a soutenu cet amendement au motif qu'il permettra de faire faire des économies à l'assurance maladie.

M. Jean-Marie Le Guen a précisé qu'il s'agit à la fois d'assumer une priorité de santé publique et de mener une véritable politique de prévention.

M. Maxime Gremetz a indiqué qu'il déposera un amendement prévoyant le remboursement des patchs anti-tabac par l'assurance maladie.

La commission a *adopté* cet amendement.

Elle a ensuite *adopté* un amendement du même auteur indiquant que les associations de malades seront représentées dans la commission d'orientation sur le cancer.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen rappelant que la loi du 6 mars 2002 a permis de rénover les rapports conventionnels, après que **M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a considéré que le renouveau de l'esprit conventionnel n'avait pas été décrété par la loi mais résultait de la politique de la main tendue du nouveau gouvernement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen indiquant que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) n'est ni sincère, ni objectif.

Elle a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével demandant la création d'un INSEE de la santé.

M. Jean-Luc Prével a indiqué qu'il est nécessaire de créer un institut indépendant avec des statisticiens experts en santé pour analyser toutes les données en provenance de l'assurance maladie et les communiquer de manière impartiale à tous les acteurs. On constate en effet actuellement une méfiance des professionnels de santé par rapport aux informations fournies par les caisses.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé qu'il existe déjà beaucoup d'instruments de collecte d'informations en matière de santé et que le chantier de la médicalisation de l'ONDAM permettra de garantir la sincérité de ces informations.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a considéré que le partage de l'information entre tous les acteurs de la santé est essentiel et que ce partage, difficile avec un système de contraintes, est aujourd'hui plus facile avec la confiance retrouvée. Une meilleure qualité des informations résultera également de la mise en œuvre effective du codage des actes en médecine de ville, parallèlement à la généralisation de la tarification à l'activité dans les établissements de santé.

M. Jean-Marie Le Guen a considéré qu'en ce qui concerne le codage des actes, toujours en chantier depuis maintenant quinze ans, il serait sans doute utile de mettre en place une mission de contrôle parlementaire.

Mme Catherine Génisson a souligné le caractère tout à fait intéressant de l'amendement car il n'est pas possible de ne pas partager les informations avec tous les acteurs du système de santé.

M. Jean-Luc Prével a considéré qu'il n'est pas possible de mettre en place une véritable maîtrise médicalisée des dépenses de santé sans codage des actes.

M. Pierre Hellier n'a pas estimé possible de régler ces problèmes de partage d'informations au détour d'un amendement.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant que la mise en œuvre du codage des actes se substitue aux comptes par pathologie.

M. Jean-Luc Préel a estimé nécessaire d'avoir une approche plus réaliste de la médecine ambulatoire et hospitalière pour prendre en compte l'activité réelle des professionnels et des établissements de santé.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, n'a pas jugé souhaitable de passer par pertes et profits les comptes par pathologie qui sont une innovation intéressante pour assurer la médicalisation de l'ONDAM. La mise en œuvre du codage des actes en ville, où le retard est encore plus important qu'en établissement, ne résultera en rien de l'adoption d'un tel amendement.

M. Claude Evin a rappelé que la loi du 4 janvier 1993 avait donné une base législative au codage des actes.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a souligné l'importance de la mise en œuvre du codage des actes et le retard trop important de la France en la matière ce qui nécessite la demande d'un rapport au gouvernement sur cette question.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a ensuite examiné un amendement présenté par M. Jean-Luc Préel visant à accélérer le rythme de la régionalisation de la santé.

Après que **M. René Couanau** a indiqué qu'il était préférable d'attendre les résultats de la concertation en cours et sur avis défavorable de **M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen visant à inscrire dans le rapport annexé d'une part que les objectifs de la politique conventionnelle comprenaient l'évolution des modes de rémunération des professionnels de santé et l'incitation à l'installation dans des zones géographiques déficitaires, et d'autre part que l'accélération de l'ouverture du *numerus clausus* et la réforme des études médicales permettraient d'améliorer la qualité des soins de ville.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, indiquant que l'amendement proposé comprenait des dispositions très hétérogènes, a émis un avis défavorable.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Puis elle a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen tendant à mentionner dans le rapport annexé une disposition de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, concernant la formation médicale continue obligatoire.

Après que **M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a émis un avis défavorable, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement présenté par M. Jean-Luc Préel visant à restaurer les ordres des professions paramédicales, ainsi qu'à créer des unions régionales rassemblant les professionnels libéraux.

Après que **M. Jean-Luc Préel** a exposé que son amendement répondait à l'objectif de restauration de la confiance et de l'amélioration de la qualité des soins, **M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a rappelé que la commission a déjà adopté un amendement répondant au premier objectif recherché et que la création d'unions régionales conduirait à multiplier inutilement les structures.

Suivant l'avis défavorable émis par le rapporteur, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel proposant que, pour lutter contre la désertification médicale des zones rurales les plus défavorisées, le gouvernement envisage la création de maisons médicales.

M. Jean-Luc Préel a précisé que les maisons médicales permettraient aux médecins de se regrouper et de se relayer pour les gardes.

M. Jean-Pierre Door a fait part de son accord au sujet de la création de maisons médicales, tout en estimant qu'il serait préférable de réfléchir tout d'abord au statut fiscal et social du médecin de campagne.

M. Pierre Hellier a estimé qu'il convenait d'inciter les médecins concernés à organiser eux-mêmes, car ils en sont capables, les gardes de fin de semaine et de nuit, ainsi que les urgences. Au demeurant, une réflexion globale sur le sujet est souhaitable.

M. Pascal Terrasse a évoqué le problème, plus large à ses yeux, du remplacement des médecins en milieu rural. Un accord conventionnel a déjà été pris, qui prévoyait une prime à l'installation. Le Conseil de l'ordre ayant refusé la création de cette prime, il n'y a aujourd'hui aucun outil d'incitation existant ; dans ce contexte, l'amendement proposé va dans le bon sens.

M. Jean-Paul Anciaux a exprimé son accord avec l'amendement, en rappelant qu'il était impérieux d'avancer sur ce dossier qui relève du domaine de l'aménagement du territoire.

M. René Couanau a relevé, dans l'amendement, un reliquat de culture centralisatrice et jacobine. Il a suggéré un sous-amendement substituant au mot : « *envisage* », les mots : « *favorise et encourage* », en ce qui concerne le rôle du gouvernement.

M. Pierre Hellier a indiqué que le département demeurait le partenaire privilégié du maintien de la médecine de ville en zones rurales.

M. Jean-Marie Le Guen a souligné la contradiction d'une majorité libérale faisant appel à l'intervention des pouvoirs publics dès qu'un problème se présentait.

Mme Catherine Génisson a évoqué les réalisations des conseils généraux dans le domaine de la régulation des gardes et de l'implantation des maisons médicalisées. Elle a souhaité l'adoption de l'amendement modifié.

M. René Couanau a rappelé l'attachement général au maintien de la médecine de proximité. Les collectivités locales ont un rôle majeur à jouer dans le domaine de la

coopération entre les gardes et l'hôpital et peuvent participer au financement des besoins.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a proposé l'adoption de la rédaction suivante : « *Le gouvernement favorise et encourage les initiatives pour assurer la permanence des soins avec l'ensemble des acteurs locaux* ».

M. Simon Renucci ayant estimé qu'il fallait mentionner, dans la rédaction proposée, les unions régionales des médecins libéraux. **M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, lui a répondu qu'il ne fallait pas lister les organismes concernés dans un souci de souplesse.

La commission a *adopté* l'amendement ainsi modifié.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à associer les patients au contrôle des dépenses de santé, au moyen d'un contrat passé avec le médecin.

M. Jean-Marie Le Guen s'est prononcé contre l'adoption de cet amendement au motif qu'il prévoit une responsabilisation de l'assuré mais aucune responsabilisation des médecins.

M. Pascal Terrasse s'est insurgé contre un retour du carnet de santé.

M. Jean-Luc Prével a précisé qu'il s'agissait d'un contrat moral et que le G 14, groupe de réflexion qui comprend notamment la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), les mutuelles et MG France, a formulé des propositions allant dans ce sens. Deux autres dispositifs peuvent être envisagés : le carnet de santé présenté et opposable et la caution remboursable.

M. Simon Renucci a souligné le caractère indispensable de l'outil proposé.

M. René Couanau s'est prononcé contre cet amendement en estimant que la notion de contrat n'est pas claire. Il y a un accord général pour dire qu'il y a trop de textes, mais il ne faudrait pas que cela débouche sur une nouvelle mode tendant à se faire jour, qui est celle du contrat : contrat d'intégration, contrat entre l'élève et son professeur, contrat entre le médecin et son patient,...

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a dénoncé l'aspect illusoire de la mesure proposée. Il faut attendre les résultats de la concertation initiée par M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, en ce qui concerne la responsabilisation de tous les acteurs de la santé.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à instituer le principe de la caution remboursable pour l'assurance complémentaire.

M. Claude Evin a exprimé son accord avec le principe d'une responsabilisation partagée, mais il y a un trop grave déséquilibre en faveur des médecins avec les dispositifs proposés par la majorité.

M. Pierre Hellier a estimé que la carte Vitale déresponsabilise les patients.

Mme Hélène Mignon a répliqué que, si la carte Vitale déresponsabilise les patients, les mutuelles participent alors aussi de cette déresponsabilisation.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a estimé que le débat sur le rapport annexé ne saurait être le lieu approprié pour épuiser la question de la responsabilisation des patients. Le débat sur ce thème doit concerner tous les acteurs. Les patients doivent aussi être impliqués à travers la définition d'un panier de soins.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Paulette Guinchard-Kunstler relatif à la prise en considération du vieillissement dans la société.

M. Pascal Terrasse a souligné l'intérêt de cet amendement qui rappelle la nécessité de donner toute sa place à l'âge dans la société.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a estimé que cet amendement relève de la déclaration d'intention et n'apporte rien de nouveau.

Mme Catherine Génisson s'est insurgée contre ce propos en faisant valoir que, dans ces conditions, il y avait lieu de considérer le rapport annexé lui-même comme une pétition de principe sans intérêt.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel tendant à engager une réforme du système de retraites dans le sens de l'équité entre secteur public et secteur privé.

M. Pascal Terrasse a estimé qu'il convenait de rester prudent sur ce sujet.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que la réforme des retraites a déjà été annoncée par le gouvernement pour la fin du premier semestre de l'année 2003.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement présenté par M. Jean-Luc Préel tendant à renforcer le dialogue social et le paritarisme dans le domaine de la retraite, après que **M. Jean-Luc Préel** a indiqué qu'il était important de faire référence à la réforme des retraites dans le rapport annexé.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel tendant à associer les associations de personnes âgées à la réforme des retraites.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé que les adolescents devaient avoir, eux aussi, leur place dans ce débat puisqu'ils sont les payeurs de demain.

M. René Couanau a fait part de son accord avec le principe posé par l'amendement tout en se demandant si cette mention devait figurer au rapport annexé.

M. Pascal Terrasse a estimé que les associations représentatives des retraités doivent être consultées plus souvent et que le gouvernement n'a toujours pas nommé un nouveau président à la tête du Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA).

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que la consultation des organismes représentatifs des retraités et les personnes âgées sera bien entendu réalisée par le gouvernement.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével disposant que la maladie d'Alzheimer est prise en compte parmi les priorités de santé publique, notamment pour le développement de l'aide aux familles et de l'accueil de jour.

Mme Hélène Mignon a regretté que l'amendement vise exclusivement la maladie d'Alzheimer et non pas l'ensemble des maladies neuro-dégénératives.

M. Pascal Terrasse a approuvé cet amendement, qui concerne une maladie touchant aujourd'hui 300 000 personnes. Un plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer ayant été annoncé il y a quelques mois, il est bon de rappeler cette préoccupation dans le rapport annexé.

M. Jean-Pierre Door a approuvé l'amendement en observant qu'il s'agit d'une maladie qui frappe tout particulièrement l'opinion publique. De plus, tous les élus locaux doivent se sentir concernés par le problème de l'aide aux familles et de l'accueil de jour.

M. Simon Renucci a souhaité que l'amendement soit modifié pour faire également référence à la prévention de la maladie d'Alzheimer et pas seulement à ses conséquences dramatiques.

M. Jean-Marie Geveaux a rappelé que le Sénat a d'ores et déjà adopté un texte sur cette maladie. Par ailleurs, la question de l'accueil et de l'aide aux familles est particulièrement importante car il s'agit d'une maladie qui peut toucher des personnes relativement jeunes alors que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est réservée aux personnes de plus de soixante ans.

M. Pierre Hellier a considéré que l'amendement est important et utile, compte tenu du nombre de cas de maladie d'Alzheimer en France.

M. Pierre Morange a également estimé que l'amendement est intéressant mais qu'il peut sembler trop précoce de l'adopter, compte tenu de l'annonce d'un projet de loi de programmation de santé publique pour l'année prochaine, où il aura davantage sa place.

M. René Couanau a souhaité que cet amendement soit adopté afin de marquer fortement la priorité accordée à la lutte contre cette maladie.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé que le diagnostic de certitude de la maladie d'Alzheimer n'a pas été clairement défini et qu'il faut la plupart du temps attendre l'autopsie pour pouvoir la distinguer des autres maladies neuro-dégénératives.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a approuvé ce rappel et proposé de modifier l'amendement pour viser l'ensemble des maladies neuro-dégénératives, dont la maladie d'Alzheimer n'est que la manifestation la plus spectaculaire.

M. Pascal Terrasse a estimé que l'amendement ne devait pas être modifié car il y a une urgence particulière pour la maladie d'Alzheimer, compte tenu des avancées de la recherche et du nombre de personnes touchées.

MM. Bernard Accoyer et Pierre Hellier ont apporté leur soutien à une rédaction de l'amendement visant l'ensemble des maladies neuro-dégénératives, dont la maladie d'Alzheimer.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, tout en convenant de l'intérêt de l'amendement, a considéré qu'une telle déclaration de priorité pourrait être formulée pour de nombreuses autres maladies qui sont autant de fléaux sociaux. La loi de programmation de santé publique prévue pour le printemps prochain apparaît comme un cadre beaucoup plus adapté pour définir le programme de santé publique ainsi que les maladies à traiter en priorité.

La commission a *adopté* le sous-amendement proposé par M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, puis l'amendement de M. Jean-Luc Préel ainsi modifié.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel rappelant la situation des conjoints survivants et la nécessité de prendre en compte leurs difficultés dans l'élaboration de la politique sociale.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, tout en convenant de la réalité du problème visé par l'amendement, a observé que le rapport annexé ne pouvait pas évoquer la situation de toutes les catégories sociales.

M. Pascal Terrasse a soutenu l'amendement en saluant la persévérance de M. Jean-Luc Préel dans la défense des conjoints survivants.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a rappelé que le sujet avait été évoqué en commission lors de la discussion générale sur l'assurance vieillesse et considéré qu'il serait préférable de traiter cette question dans le cadre de la future réforme des retraites.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin précisant que la mise en place d'une réparation intégrale des risques professionnels doit être pleinement engagée et non plus seulement étudiée.

M. Claude Evin a rappelé que plusieurs rapports ont déjà été réalisés sur cette question et qu'il convient désormais d'affirmer clairement la volonté d'aller vers une réparation intégrale.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a expliqué que la dernière mission d'étude mise en place par le précédent gouvernement avait été prolongée car ses travaux manquaient d'informations financières. Le texte du rapport annexé est donc pour le moment satisfaisant et il n'est pas souhaitable de le modifier sur ce point.

M. Pascal Terrasse a observé que la mise en œuvre de la réparation intégrale fait partie des engagements pris par le Président de la République lors de la campagne présidentielle et constitue une demande forte des associations de victimes d'accidents du travail.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen demandant au gouvernement de s'engager à présenter au Parlement, dès le premier semestre 2003, les moyens financiers destinés à assurer l'équilibre des comptes sociaux.

Après que **M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a indiqué que le gouvernement exposera le moment venu les moyens de financement des déficits sociaux accumulés, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant que le gouvernement inscrira la deuxième lecture du projet de loi relatif à la bioéthique à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale au premier semestre 2003.

Le président Jean-Michel Dubernard a indiqué que ce texte devrait être examiné par le Sénat avant la fin de l'année et inscrit à l'Assemblée, en deuxième lecture, au premier trimestre 2003.

Après que **M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a considéré qu'un tel amendement n'avait pas sa place dans le rapport annexé, la commission l'a *rejeté*.

M. Jean-Marie Le Guen a tenu à signaler que, contrairement à l'attitude de blocage adoptée par l'opposition sur la discussion du rapport annexé sous la précédente législature, l'opposition actuelle s'est montrée constructive dans ses interventions et a choisi de les cibler sur certains points.

Le président Jean-Michel Dubernard a salué le climat serein qui a présidé au débat sur le rapport annexé.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a estimé que cette attitude était déjà celle de la précédente opposition.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que l'accueil bienveillant de la majorité à certains amendements de l'opposition n'était pas étranger à cette sérénité.

La commission a *adopté* l'article premier et le rapport annexé ainsi modifié.

TITRE I^{ER} BIS (NOUVEAU)

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

La commission a *adopté* un amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, insérant une division additionnelle.

Article additionnel après l'article premier

(article 6 *octies* nouveau de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958)

Création d'un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé

La commission a examiné un amendement présenté par le président Jean-Michel Dubernard visant à créer un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS).

Le président Jean-Michel Dubernard a déclaré que la santé publique, sous ses divers aspects - prévention, dépistage - constitue à n'en pas douter l'un des enjeux majeurs des années à venir. Depuis la réforme constitutionnelle du 22 février 1996, le Parlement est amené, chaque année, à débattre de projets de loi de financement de la sécurité sociale. D'année en année, la qualité des débats augmente grâce aux travaux des rapporteurs et à ceux de la Cour des comptes. Cependant, l'Assemblée nationale manque d'informations pour débattre de manière réellement satisfaisante et exercer pleinement sa mission de contrôle. La création d'un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, inspiré pour son mode d'organisation, de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, viendra pallier ce défaut en dotant le Parlement des moyens d'évaluation, d'expertise et de proposition nécessaires à sa mission en matière de santé publique.

Après avoir indiqué que cet amendement permettra également d'améliorer le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, **M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a donné un avis très favorable à son adoption.

M. Pascal Terrasse a rappelé qu'il avait fait appel à des fins d'expertise à l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques en tant que rapporteur d'une proposition de résolution créant une commission d'enquête parlementaire sur les amalgames dentaires sous la précédente législature et que sa demande n'avait jamais été honorée. Cette expérience démontre la nécessité pour la commission de doter le Parlement d'un nouvel outil d'évaluation particulier en matière de politique de santé.

M. Claude Evin a rappelé l'importance pour le Parlement d'être éclairé et informé au mieux avant de prendre ses décisions, en particulier relatives aux choix de politiques de santé. Il se pose néanmoins un problème institutionnel. Il existe déjà un Haut conseil de la santé qui, chaque année, publie un rapport. Cependant, la France manque d'un organe capable de définir les priorités de santé publique, en tenant compte de leur impact économique et financier et le Parlement manque d'un outil lui permettant d'évaluer les priorités dans le domaine de la santé publique, en liaison avec les choix budgétaires. Ce sont les études en amont qui sont les plus nécessaires. Il convient avant tout d'œuvrer pour une meilleure coordination entre tous les organismes déjà existants. Les évaluations réalisées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

(ANAES) et les unions régionales de médecins libéraux (URML) ne doivent pas être remises en cause.

Il n'est pas étonnant que la création de cet office soit proposée par le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. En effet, les moyens dont dispose la commission sont insuffisants. Les pouvoirs d'investigation, sur pièces et sur place, dont disposent les rapporteurs du projet de loi de financement de la sécurité sociale sont aussi étendus que ceux du rapporteur général du budget sur le projet de loi de finances. Mais, étant donné la sous dotation en administrateurs de la commission, les rapporteurs sont dans l'incapacité d'exercer pleinement toute l'étendue de leurs prérogatives en matière de contrôle. Dans ces conditions, créer un outil extérieur à la commission est sans doute une bonne chose, mais risque de déplacer le problème sans lui apporter de solution. Une autre possibilité serait de modifier le champ des compétences de la commission pour qu'elle ait les moyens de mener à bien ses travaux. La mise en place d'un office parlementaire d'évaluation des politiques de santé est donc un vrai sujet mais ne constitue pas forcément une bonne réponse au problème posé.

Le président Jean-Michel Dubernard a indiqué que l'étendue du champ de compétences de la commission constitue un réel problème mais que celui-ci ne trouvera pas de réponse à court terme car la solution passe obligatoirement par la fusion de deux commissions existantes ou par une révision constitutionnelle. De ce fait, la solution la plus adaptée serait de renforcer les moyens humains dont dispose la commission. Par ailleurs, le risque de télescopage des travaux des différentes institutions d'évaluation des politiques de santé n'est pas fondé. L'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, une fois créé, pourra utilement s'appuyer sur les travaux du Haut conseil de santé et sera un outil précieux pour les rapporteurs du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il est indispensable que le Parlement se dote de son propre outil d'évaluation en matière de politique de santé.

M. Jean-Marie Le Guen a déclaré qu'à court terme on assistera à une évolution importante dans le mode de gouvernance de la sécurité sociale. Les modalités de création d'un office doivent donc participer d'une réflexion plus globale sur cette gouvernance et sur le rôle du Parlement dans le contrôle et l'évolution de l'application des lois de financement de la sécurité sociale et le suivi des politiques de santé sous l'angle de la prévention mais aussi des soins. Des structures d'évaluation existent déjà mais sont peu connues ou travaillent chacune de leur côté, sans mise en relation de leurs travaux. Il doit y avoir un outil parlementaire, au-delà du rôle de la commission.

Tout en souscrivant à l'amendement, **M. Simon Renucci** a indiqué que l'ANAES pratique déjà une évaluation des politiques de santé. Cependant, l'évaluation n'est pas le contrôle. Un organisme d'évaluation compare les politiques. Si tel était le but de l'office, la dénomination d'observatoire lui conviendrait mieux. Il importe donc de clarifier les missions et les moyens de cet office parlementaire, qui permettrait notamment d'avoir des chiffres incontestables.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé le rôle essentiel de contrôle que doit exercer le Parlement. Le but de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé est de doter le Parlement des outils lui permettant un contrôle efficace de l'action du Gouvernement en matière de santé publique. Cependant, le contrôle n'exclut ni l'évaluation, ni le suivi des politiques, ni le pouvoir de proposition. Il s'agit uniquement de mettre un nouvel outil à la disposition des parlementaires. Il a,

par ailleurs, indiqué que le ministre chargé de la santé, ancien parlementaire, avait réservé un accueil très favorable à la création de cet office.

M. René Couanau a indiqué qu'il était important que le Parlement marque par l'adoption de cet amendement sa volonté d'exercer pleinement sa mission de contrôle. Pour cela, il a proposé de modifier la rédaction de l'amendement en substituant aux mots : « *à des évaluations* », les mots : « *au contrôle, au suivi et à l'évaluation de ces politiques de santé* ».

Le président Jean-Michel Dubernard a accepté de rectifier son amendement dans ce sens.

M. Claude Evin s'est interrogé sur la composition de l'office, constitué de douze députés et douze sénateurs et non de dix-huit comme l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. En effet, l'expérience montre qu'un nombre de parlementaires important permet d'assurer une meilleure rotation.

La commission a *adopté* l'amendement ainsi modifié à l'unanimité.

Article additionnel après l'article premier

(article L. 134-1 du code des juridictions financières)

**Examen de la gestion des centres hospitaliers régionaux
par la Cour des comptes**

La commission a examiné un amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, visant à renforcer les pouvoirs d'investigation de la Cour des comptes dans le cadre de sa mission de contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, afin de lui permettre d'examiner la gestion des centres hospitaliers régionaux (CHR).

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé qu'il s'agit de donner les moyens juridiques à la Cour des comptes d'enquêter sur la gestion des CHR, qui relèveront cependant toujours du champ de compétence des chambres régionales des comptes en matière de contrôles juridictionnel et budgétaire.

En réponse à une question de M. Jean-Marie Le Guen, **M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a précisé que l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) est également comprise dans les nouveaux champs de contrôle de la Cour des comptes.

M. Claude Evin a demandé quel est exactement l'objectif recherché et pourquoi l'on veut donner à la Cour des comptes un tel pouvoir de contrôle, alors que les chambres régionales sont mieux placées pour conduire ce type d'investigations et que l'amendement est contraire au processus de régionalisation.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que les chambres régionales des comptes ne disposent pas d'une vision complète de la gestion hospitalière et que la Cour des comptes peut avoir quelques difficultés pour se coordonner avec les chambres régionales des comptes. L'amendement permettra à la

Cour de présenter un rapport complet et exhaustif sur la gestion hospitalière, ce qu'elle n'a pas pu faire cette année.

M. Jean-Marie Le Guen, tout en considérant qu'il n'appartient pas à la Cour des comptes de porter des jugements d'opportunité sur les choix des politiques de santé, a considéré que, pour contrôler des institutions aussi puissantes que les CHR, le poids de la Cour des comptes est sans doute nécessaire.

M. Etienne Pinte a demandé si seuls les centres hospitaliers généraux seront dans le champ de compétence de la Cour des comptes.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que l'objectif de cet amendement n'est pas d'« évincer » les chambres régionales des comptes mais de permettre au Parlement d'avoir une vision plus globale de la gestion hospitalière.

La commission a *adopté* cet amendement.

Après l'article premier

La commission a examiné un amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, demandant au gouvernement d'indiquer les suites qu'il entend réserver aux recommandations de la Cour des comptes concernant l'application des lois de financement de la sécurité, dans un rapport qui serait transmis au Parlement.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé qu'il s'agit d'une demande de la Cour des comptes formulée lors de la présentation de son rapport de septembre 2002, qui permettra de savoir pourquoi de nombreuses recommandations de la Cour ne sont pas prises en compte.

M. Jean-Marie Le Guen a critiqué l'amendement en indiquant qu'il revient au Parlement de demander des comptes au Gouvernement et non à la Cour des comptes. De surcroît, il ne faut pas encourager les « fuites » sur les rapports dont la presse s'empare pour stigmatiser telle ou telle politique et qui encouragent une certaine forme de populisme. Les magistrats de la Cour se parent de leur indépendance statutaire pour se permettre de critiquer en opportunité les politiques gouvernementales. Cela est d'autant plus choquant qu'un certain nombre d'entre eux ont participé à des cabinets ministériels qui ont concouru à l'élaboration de ces politiques.

M. René Couanau est intervenu dans le même sens, considérant que l'amendement élargit par trop la mission de la Cour des comptes alors que son rôle doit se limiter à fournir des informations au Parlement en ce qui concerne l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que la répartition des pouvoirs est respectée car c'est le Parlement qui demande des réponses au Gouvernement sur les recommandations de la Cour des comptes.

M. Jean-Luc Prél s'est étonné que l'on puisse envisager d'exiger du Gouvernement qu'il réponde à la Cour des comptes, alors que celle-ci se saisit librement de ses sujets d'investigation.

Après avoir souligné que son amendement visait seulement à obtenir des réactions du gouvernement aux propositions de la Cour des comptes, **M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, l'a retiré.

Article additionnel après l'article premier

(article L. 1411-7 nouveau du code de la santé publique)

Commission des comptes de la santé

La commission a examiné un amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant à donner une base législative à la Commission des comptes de la santé et à rendre obligatoire la transmission au Parlement de son rapport.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a précisé qu'il convient d'améliorer l'information du Parlement en matière de dépenses de santé, notamment en mettant à sa disposition des comptes par pathologie et en permettant aux parlementaires de siéger à la Commission des comptes de la santé.

M. Claude Evin a indiqué que ce rapport est d'ores et déjà public et que l'on peut le consulter sur Internet. De surcroît, la Commission des comptes de la santé sera-t-elle en mesure de donner des réponses aux questions du Parlement ?

M. Jean-Marie Le Guen a dénoncé une contradiction entre cet amendement et la création de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

M. Jean-Pierre Door a fait observer que la Commission des comptes de la santé existe et qu'il n'y a pas lieu de consolider ses pouvoirs.

M. Etienne Pinte s'est étonné qu'il faille une disposition législative pour rendre obligatoire la communication d'un rapport que les députés peuvent d'ores et déjà obtenir sur simple demande à la Commission des comptes de la santé.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, ayant fait observer que la seule publication d'un rapport sur Internet n'est pas satisfaisante, et **le président Jean-Michel Dubernard** ayant indiqué qu'il n'y aurait pas de concurrence entre le fonctionnement de cette commission et l'office, la commission a adopté l'amendement.

Article additionnel après l'article premier

Rapport de la Commission de la transparence

La commission a examiné un amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, prévoyant la transmission au Parlement d'un rapport annuel de la Commission de la transparence,

chargée de donner un avis sur le service médical rendu des médicaments, et de la Commission chargée d'établir la liste des dispositifs médicaux remboursables.

M. Jean-Marie Le Guen a considéré que le fait de demander toujours plus de rapports n'aboutissait que rarement à l'objectif poursuivi : le nombre de fonctionnaires mobilisés pour la rédaction de ces documents croît mais la qualité des informations fournies n'est pas forcément à la hauteur des attentes.

M. Etienne Pinte a jugé anormal de légiférer sur cette question, alors qu'il suffit de réclamer à telle ou telle administration les informations voulues en temps utile.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a indiqué que le fait d'obliger certains services ou administrations à remettre tel ou tel rapport répond à une volonté des rapporteurs de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale d'être mieux informés. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a ainsi prévu que le Comité économique des produits de santé transmet son rapport d'activité au Parlement.

La commission a *adopté* cet amendement.

Articles additionnels après l'article premier

Rapports au Parlement sur le codage des actes et sur l'évolution des indemnités journalières maladie

La commission a examiné deux amendements de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, prévoyant la remise par le gouvernement de deux rapports au Parlement, avant le 15 octobre 2003, l'un sur la mise en place du codage des actes, l'autre sur l'évolution des indemnités journalières maladie, et proposant des réformes en la matière.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que le codage des actes de médecine de ville n'a toujours pas été réalisé et que les indemnités journalières maladie ont augmenté de 16 %, une évolution qui n'est pas acceptable. Le Parlement doit disposer d'une étude précise sur ces questions afin de prendre les mesures adéquates à l'occasion de l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Jean-Luc Prél a demandé pourquoi l'amendement qu'il a précédemment présenté au rapport annexé et demandant au gouvernement d'étudier la question du codage des pathologies a été rejeté par la commission, alors qu'il poursuivait la même logique que celle de l'amendement présenté par le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. S'agissant de l'amendement sur les indemnités journalières, il ne semble pas opportun de demander sur cette question un rapport supplémentaire spécifique. Ce type d'informations pourrait être inclus dans un rapport plus général.

M. Claude Evin a fait les remarques suivantes :

- La nécessité de réfléchir sur le codage des actes est évidente. Le fait de demander un rapport particulier sur ce point permet en effet de susciter un large débat

sur une question d'importance, même si ce dossier pourrait être valablement traité dans le cadre du rapport annexé.

- La question des indemnités journalières maladie appelle d'autres interrogations et renvoie plus généralement au débat sur le champ de la couverture assurantielle. Cet amendement du rapporteur n'est donc pas opportun.

- D'une manière générale, il faut se méfier de la logique consistant à demander toujours plus de rapports au gouvernement. Les annexes au projet de loi de financement sont déjà longues. On pourrait même considérer que les rapporteurs de la commission disposent finalement d'un trop plein d'informations plus que d'un déficit. Or trop d'information nuit à l'information.

M. René Couanau a fait les observations suivantes :

- Le fait de demander par voie législative la transmission de nouveaux rapports ne va pas dans le sens de la lutte contre la tendance générale à l'alourdissement des textes de loi. Il eût été préférable de poser le principe de la transmission des rapports à l'article 1^{er} plutôt qu'après l'article 1^{er}.

- Les questionnaires adressés par les rapporteurs de la commission aux ministères peuvent être suffisamment larges et complets pour couvrir l'ensemble des besoins d'information des rapporteurs.

Le président Jean-Michel Dubernard a relevé que les amendements proposés par les rapporteurs visent à leur permettre d'obtenir des informations auxquelles ils ont difficilement accès en l'état. Le but poursuivi est bien d'améliorer la qualité des conditions du débat. Quant à l'idée d'amender l'article 1^{er} du projet de loi, elle se heurte à la nature même du rapport annexé qui n'a pas de valeur impérative.

M. Jean-Marie Le Guen a considéré que le fait de réclamer aux administrations compétentes de nouveaux rapports constitue une piste sans issue pour les rapporteurs, qui risquent de n'obtenir que des rapports sans intérêt.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que bon nombre de réponses obtenues aux questionnaires envoyés au ministère étaient soit laconiques, soit inexistantes sur le fond, soit parvenues très en retard. Cela pose donc le problème crucial des conditions mêmes d'examen par la commission du projet de loi de financement de la sécurité sociale, les relations entre cette commission et les services du ministère restant insatisfaisantes. Les amendements proposés visent à pallier cette carence de communication.

La commission a *adopté* les deux amendements.

Article additionnel après l'article premier

**Rapport au Parlement sur l'impact financier
de l'indemnisation des victimes de l'amiante**

La commission a *adopté* l'amendement n° 3 présenté par M. François Goulard, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du plan, prévoyant la remise au Parlement d'un rapport sur le coût financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et les vingt années suivantes.

Article 2

(article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997)

Création d'une annexe sur la médicalisation de l'ONDAM

Cet article crée un nouveau rapport rattaché à l'annexe *b* du projet de loi de financement de la sécurité sociale, décrivant l'évolution de l'activité des soins qui fonde l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant pour des raisons de constitutionnalité à substituer à la nouvelle annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale prévue par cet article un simple rapport du gouvernement au Parlement.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a relevé qu'une modification de la loi organique du 22 juillet 1996 sur la nature des annexes aux lois de financement de la sécurité sociale serait opportune.

M. Claude Evin a confirmé que le présent article n'est pas constitutionnel en son état initial et ajouté qu'il n'est pas seul dans ce cas. Une modification de la loi organique avait été envisagée sous la législature précédente mais refusée par le Sénat. On ne peut qu'être favorable à sa révision afin d'enregistrer les contraintes qu'elle impose et de revoir le champ même du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Quant à la question de l'utilité du rapport proposé par l'amendement, elle renvoie au débat précédent : comment croire qu'un rapport de plus permettra d'avancer sur la voie de la médicalisation de l'ONDAM ?

La commission a *adopté* l'amendement et l'article 2 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 2

Rapport au Parlement sur les coûts de gestion des relations entre l'Etat et la sécurité sociale

La commission a examiné un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, demandant un rapport au gouvernement sur l'état des coûts de gestion entre l'Etat et la sécurité sociale et proposant des réformes en la matière.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que cette demande de rapport, inspirée du traditionnel amendement dit « fermier général », vise à clarifier les règles de facturation croisée relatives notamment aux frais d'assiette et de recouvrement entre l'Etat et la sécurité sociale. L'amendement « fermier général » a été voté à plusieurs reprises à l'unanimité par la commission et devrait cette fois permettre d'arriver à une solution dans la mesure où le gouvernement s'est engagé à remettre les conclusions d'une enquête sur le sujet confiée à l'Inspection générale des

affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale des finances (IGF) avant le 1^{er} septembre prochain.

Le président Jean-Michel Dubernard a relevé qu'une clarification et un meilleur contrôle du budget de la sécurité sociale s'imposent à l'évidence, d'autant que ce budget est supérieur à celui de l'Etat et que les moyens de la commission doivent être renforcés à cet effet.

M. Claude Evin a confirmé que l'amendement « fermier général » a été voté à l'unanimité à plusieurs reprises mais objecté qu'il l'avait été dans une rédaction sensiblement différente. En effet, la notion de « coûts de gestion » fait traditionnellement référence aux frais de fonctionnement interne des organismes de sécurité sociale, contrairement à l'exposé des motifs qui semble, à juste titre, viser les frais liés au recouvrement et à la fixation de l'assiette des prélèvements : cette rédaction prête donc à confusion et ne saurait être acceptée, en particulier avant que le débat sur la nouvelle gouvernance de la sécurité sociale ne soit arrivé à son terme.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a proposé de préciser que les coûts de gestion évoqués dans l'amendement sont ceux afférents aux relations entre l'Etat et la sécurité sociale.

La commission a *adopté* l'amendement ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 2

(article L. 114-1-2 nouveau du code de la sécurité sociale)

Création d'un Comité des finances sociales

La commission a examiné en discussion commune un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, tendant à créer un Comité des finances sociales dont le rôle serait d'évaluer les modalités de compensation par l'Etat aux organismes de sécurité sociale des exonérations de cotisations sociales et de proposer des réformes du financement de ces compensations, et quatre amendements de M. Jean-Luc Prével visant à supprimer le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que son amendement répond à un objectif de clarification et de transparence, la question de l'avenir du FOREC étant évidemment posée.

Il s'est déclaré convaincu de la nécessité de le supprimer à terme, mais cette suppression ne peut se faire qu'à la condition expresse qu'elle n'entraîne pas de perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale. Le comité qu'il est proposé de créer aura donc pour mission de veiller au caractère intégral de la compensation par l'Etat et à sa juste répartition entre les différentes branches.

M. Pascal Terrasse a observé que la création de multiples structures par les rapporteurs revêt un caractère paradoxal compte tenu de la prétendue volonté de simplification. S'agissant de l'avenir du FOREC, la dénomination de celui-ci pourra être revue mais la majorité devra à l'évidence conserver sous une autre appellation une structure équivalente.

M. Jean-Luc Prével a souhaité la suppression immédiate du FOREC. Cette suppression conduirait à un retour à la situation antérieure à sa création, sans préjudice pour les organismes de sécurité sociale puisque le principe de la compensation intégrale par l'Etat est affirmé depuis 1994 : dès lors, il est possible de supprimer « l'usine à gaz » que constitue la tuyauterie du FOREC sans créer un nouveau comité. Il a ensuite interrogé le rapporteur sur le montant et le devenir des exonérations de cotisations sociales créées avant 1994. Seront-elles ou non compensées par l'Etat ?

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé que, selon les termes mêmes de M. Jean-Luc Prével, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale constitue un texte de transition et que tout n'est pas possible tout de suite.

M. Claude Evin a estimé que l'on pouvait peut-être supprimer le FOREC, mais à la condition de savoir par quoi le remplacer. Il n'est en effet évidemment pas envisageable que le Comité des finances sociales proposé par l'amendement du rapporteur se substitue au FOREC. Par ailleurs, on peut s'interroger sur l'utilité de créer un organisme de plus, même si le besoin de clarifications et d'outils de connaissance est indéniable.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que la suppression du FOREC a un coût financier important pour la sécurité sociale. Il faut donc, en attendant de pouvoir le faire, se donner les moyens de rétablir la transparence et la clarté dans le financement de la sécurité sociale, ce que permettra la création du Comité des finances sociales. L'ensemble des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale doit être remis à plat dans le cadre du chantier de la nouvelle gouvernance de la sécurité sociale ouvert par le gouvernement. Il faut quand même rappeler que le précédent gouvernement a créé quinze fonds.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur et *rejeté* les quatre amendements de M. Jean-Luc Prével.

Après l'article 2

La commission a *rejeté* un amendement de M. Claude Evin demandant un rapport sur la mise en œuvre du nouvel « allègement Fillon » et sa compensation aux régimes de sécurité sociale par le budget de l'Etat.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Avant l'article 3

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin visant à élargir l'assiette des cotisations patronales à la valeur ajoutée des entreprises.

M. Jean Le Garrec a souligné que cet amendement clef permet de privilégier les entreprises de main-d'œuvre et a réfuté l'argument selon lequel un tel dispositif obérerait les efforts d'investissement et de recherche des entreprises.

M. Pascal Terrasse a indiqué que cet amendement permettrait d'éviter de nombreuses délocalisations d'entreprises.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a tout d'abord rappelé qu'un amendement identique présenté à l'occasion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 par l'actuelle opposition avait été rejeté. Il a ensuite insisté sur les nombreuses difficultés techniques d'application que revêt ce dispositif et considéré qu'il va à l'encontre de la réforme de la taxe professionnelle, dont la part salariale est supprimée alors qu'elle fait partie, avec les investissements, de la valeur ajoutée.

Après que **M. Jean Le Garrec** a rappelé que la précédente majorité s'était heurtée à des refus de la technocratie de Bercy, la commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a *rejeté* trois amendements de Mme Jacqueline Fraysse tendant à créer une contribution sur les revenus financiers des entreprises et à moduler les cotisations patronales en fonction de la valeur ajoutée des entreprises.

Article 3

(articles L. 131-10 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale, article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

Affectation du droit de consommation sur les tabacs

Cet article définit une nouvelle clef de répartition pour le droit de consommation sur les tabacs.

Bénéficiaire	Loi de finances pour 2000	LFSS 2001	LFSS 2002	PLFSS 2003
Etat	5,9 %	-	-	-
CNAM	16 %	2,61 %	8,84 %	15,2 %
FOREC	77,7 %	97 %	90,77 %	84,45 %
Fonds préretraites amiante	0,39 %	0,39 %	0,39 %	0,35 %

La loi de finances pour 2001 a affecté l'intégralité du produit du droit de consommation sur les tabacs aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale et aux organismes créés pour concourir à leur financement. Il revient dès lors à la loi de financement de la sécurité sociale de répartir ce produit chaque année.

Le **I** de cet article affecte 84,45 % du droit de consommation sur les tabacs au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), pour un produit attendu de 8 115 millions d'euros, soit une diminution de 6,32 % du montant total du produit affecté au bénéfice de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), mais pour une augmentation de 300 millions d'euros du produit reçu par le fonds compte tenu des effets sur la fiscalité de l'augmentation de 15 % des prix du tabac en 2003.

Le **II** en affecte 15,2 % à la CNAM, pour un produit attendu de 1 461 millions d'euros, soit une augmentation de 6,36 %.

Le **III** affecte 0,35 % du droit de consommation sur les tabacs au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), créé par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, pour un produit attendu de 34 millions d'euros identique à celui prévu en 2002, la diminution de 0,04 % du produit affecté étant compensée par les effets de l'augmentation des prix du tabacs.

Le **IV** précise que ce transferts du produit des droits sur les tabacs, du FOREC vers la CNAM, pour un montant attendu de 700 millions d'euros, s'applique aux sommes perçues par les services fiscaux de l'Etat à compter du 1^{er} janvier 2003.

*

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse tendant respectivement à affecter à l'assurance maladie la totalité de l'augmentation d'un milliard d'euros du produit du droit de consommation sur les tabacs et à faire financer le FOREC par une contribution sur les revenus financiers des entreprises.

La commission a *adopté* l'article 3 sans modification.

Après l'article 3

La commission a *rejeté* un amendement de M. Claude Evin supprimant les frais d'assiette et de recouvrement perçus par les services fiscaux de l'Etat en matière de fiscalité affectée à la sécurité sociale.

M. Jean Le Garrec a souligné qu'un amendement identique avait été adopté à plusieurs reprises à l'unanimité sous la précédente législature avant d'être supprimé en loi de finances rectificative.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que cette question sera abordée sur de nouvelles bases à partir du rapport que le gouvernement remettra au Parlement sur ce sujet le 1^{er} septembre 2003.

Article 4

(articles 572, 572 bis, 575, 575 A et 575 C du code général des impôts)

Montant du droit de consommation sur les tabacs

Cet article augmente les minima de perception applicables pour le droit de consommation sur les tabacs prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts, et met le régime fiscal de ces droits en conformité avec les normes et la jurisprudence communautaires en la matière.

Il convient de rappeler en préambule que les prix du tabac sont libres en France depuis 1994 : les fabricants les déterminent librement et les font homologuer par l'Etat (direction générale des douanes et des droits indirects) avant de les appliquer, l'homologation permettant seulement d'assurer l'unité des prix sur tout le territoire national. L'augmentation de 15 % des prix, souhaitée par le gouvernement, ne peut être obtenue qu'en incitant les fabricants, par une modification du régime fiscal, à augmenter leurs prix.

Tel est l'objet du minimum de perception qui existe pour les différentes catégories de tabacs. Le droit de consommation perçu par l'Etat (au bénéfice de la sécurité sociale) ne peut pas être inférieur à un montant fixé par mille unités (cigarettes, cigares) ou par mille grammes. De ce fait, une hausse des minima de perception incite fortement les fabricants à augmenter leurs prix, car sinon ils devraient payer un droit de consommation supérieur au profit fait sur un paquet de cigarettes, et donc vendre à perte, ce qui est prohibé par le droit de la concurrence. Il n'est donc pas nécessaire d'augmenter le taux de taxation pour augmenter les prix et la recette fiscale en matière de tabacs, à la différence de la TVA.

C'est pourquoi le **D du I** de cet article augmente l'ensemble des minima de perception, ainsi que le récapitule le tableau suivant :

Minimum de perception par catégorie de produit	LFSS 2002	PLFSS 2003	Augmentation
Cigarettes blondes	90 €	106 €	17,7 %
Cigarettes brunes	87 €		21,8 %
Tabacs à rouler	45 €	53 €	17,7 %
Cigares	55 €	64 €	16,3 %

Le gouvernement propose d'augmenter les minima de perception d'un montant plus important que ce qui est nécessaire pour obtenir une hausse des prix du tabac de 15 %, afin d'éviter un déport de consommation vers les produits les moins chers, de mauvaise qualité et donc encore plus nocifs pour la santé. Cela permettra de resserrer l'éventail des prix entre le paquet de cigarettes le plus cher et le moins cher, qui a augmenté de 45 centimes d'euros en 2001 à 60 centimes d'euros en 2002.

Une mesure de mise en conformité avec la jurisprudence communautaire est aussi réalisée, à travers l'alignement du minimum de perception des cigarettes brunes sur celui des cigarettes blondes. La possibilité de différencier les deux types de cigarettes est supprimée à l'avenir (**3° du D du I**), conformément à une décision de la Cour de justice des Communautés européennes du 27 février 2002 (affaire C-302/00) condamnant la France au motif que des produits substituables ne peuvent pas subir une taxation différenciée. Rejetant l'argument défendu par le gouvernement français, la Cour a considéré que tabac blond et tabac brun peuvent être considérés comme des produits fiscalement similaires car ils répondent au même besoin (le besoin de nicotine du fumeur) et sont donc dans un rapport de concurrence.

La même décision a également condamné la France pour avoir mis en place, en loi de finances pour 1998, un prix de vente minimal interdisant aux fabricants de vendre leurs cigarettes à un prix moindre lorsqu'elles sont conditionnées dans des formats différents (dix ou trente unités par exemple, alors que les produits les plus vendus sont les paquets à vingt cigarettes). La Cour a constaté que cette règle entrave la liberté des fabricants de fixer un prix de vente à l'unité, liberté qui doit être entière quel que soit le mode de conditionnement choisi. Cette disposition est donc supprimée par le **A du I**, le **B du I** étant une mesure de coordination rappelant que le prix de vente aux débiteurs ne

peut pas être inférieur au prix de vente homologué, exprimé aux mille unités ou aux mille grammes, quel que soit donc le conditionnement du produit : ce prix pourra ainsi être différent pour différents produits d'une même marque.

Cet article transpose également en droit interne la directive 2002/10/CE du Conseil du 12 février 2002 modifiant les directives 92/79/CEE, 92/80/CEE et 95/59/CE en ce qui concerne la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés. Cette directive devait être transposée au plus tard le 1^{er} juillet 2002 ; pour une fois, la France n'est pas trop en retard ! L'essentiel des dispositions de cette directive sont déjà appliquées en France, compte tenu des montants du droit de consommation et des prix appliqués. L'article 3 impose notamment de fixer le minimum de perception à un montant ne dépassant par le droit perçu sur les cigarettes appartenant à la classe de prix la plus demandée (il s'agit de la Marlboro) : avec une augmentation des prix de 15 %, cela correspondrait à un montant maximal du minimum de perception de 122 € aux mille cigarettes. La directive est donc respectée sur ce point.

L'article 1^{er} de la directive impose également de fixer un minimum de taxation de 60 € (et 64 € à partir du 1^{er} juillet 2006) par mille unités pour les cigarettes appartenant à la classe de prix la plus demandée. Ces montants sont littéralement repris par le **2° du C du I**, le **3° du C du I** étant une simple mesure de coordination. Ils n'ont aucune utilité pratique puisque la taxation réelle en France est d'ores et déjà du double.

Enfin, cet article clarifie le régime de taxation des tabacs directement importés, sans passer par le réseau des débitants (vente en boîtes de nuit par exemple). Le **1° du C du I** et le **E du I** alignent le régime fiscal des produits importés sur celui des tabacs manufacturés vendus en France, en précisant que le droit est dû, lors de l'importation, directement par l'importateur. Ce droit demeure recouvré comme les droits de douane.

Le **II** précise que les nouvelles règles fiscales prévues au présent article s'appliquent à compter du 6 janvier 2003, jour qui correspond au premier lundi du mois, afin de ne pas perturber le mode de distribution normal des débitants de tabacs.

*

La commission a *adopté* deux amendements de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, visant à augmenter les minima de perception sur les cigarettes et sur le tabac à rouler, afin d'éviter un déport de consommation vers les produits moins chers, de moins bonne qualité et donc encore plus nocifs pour la santé.

La commission a *adopté* l'article 4 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 4
(article 520 A du code général des impôts)

Surtaxation des bières fortes

La commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, visant à surtaxer les bières fortes titrant plus de 8 %, après que **M. Pascal Terrasse**, tout en étant d'accord sur le fond, a souligné le risque de non-conformité de cet amendement au droit communautaire de la concurrence.

Article 5

(articles 2 et 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)

Remboursement de la moitié de la dette du FOREC par la CADES

Cet article détermine les modalités de remboursement, par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), de la moitié de la dette de l'Etat liée à la non compensation intégrale à la sécurité sociale, en 2000, des exonérations de cotisations, en raison de la non-constitution et du déficit du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) cette année-là.

En l'absence de mise en place du FOREC en 2000, et conformément aux dispositions transitoires prévues par l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, les recettes du fonds ont été versées à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui les a enregistrées dans des comptes spécifiques. Afin de permettre une comptabilisation par les caisses de sécurité sociale sur l'exercice 2000 des opérations liées au FOREC, l'ACOSS a réparti les recettes qu'elle avait enregistrées entre les différentes branches du régime général de sécurité sociale et le régime des salariés agricoles, conformément aux instructions figurant dans une lettre du 22 février 2001 signée par M. Laurent Fabius, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, et Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a donné à titre rétroactif une base légale à cette lettre.

Toutefois, les recettes ainsi affectées sur l'exercice 2000 au titre du FOREC n'ont pas permis de financer intégralement les exonérations de cotisations qui auraient dû être prises en charge par le fonds pour leur montant total, ou à défaut par le budget de l'Etat. En conséquence, les organismes de sécurité sociale présentaient au 31 décembre 2000 une créance sur l'Etat au titre de ces exonérations non prises en charge en 2000, pour un montant total de 2 454 millions d'euros.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a tenté d'annuler cette créance et de rouvrir en conséquence les comptes clos des organismes au titre de l'année 2000 pour la contre-passer comptablement. Ce faisant, il remettait en cause à la fois les règles constitutives du FOREC, qui doit être équilibré, et l'article L. 137-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit, à défaut, la compensation intégrale par le budget de l'Etat des exonérations de cotisations sociales.

Dans sa décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001, le Conseil constitutionnel a censuré cette disposition en considérant que l'annulation d'une créance sur l'Etat garantie par la loi et constituée à l'actif des bilans des régimes de sécurité sociale était contraire à « *l'exigence constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale, eu égard au montant de cette créance et à la situation financière de ces régimes.* » Pour autant, le gouvernement précédent a persévéré et, en violation d'une décision qui s'impose pourtant à tous les pouvoirs publics en application de l'article 62 de la Constitution, a imposé aux caisses d'annuler cette créance. Pour ce faire, M. Laurent Fabius, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, et Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, ont de nouveau envoyé des lettres *contra legem*, le 21 février 2002, demandant aux caisses de sécurité sociale de passer au titre de l'exercice 2001 une provision pour le montant total de leur créance sur l'Etat.

La constitution de cette provision comptable a pesé fortement sur les résultats en droits constatés des régimes de sécurité sociale en 2001, réduisant de 2,4 milliards d'euros leur excédent. Pour autant, la dette de l'Etat n'a pas été annulée et figure toujours dans les comptes de bilan des régimes, cette « créance irrecouvrable » selon les termes employés par le précédent gouvernement ne pouvant être admise en non-valeur sans décision législative.

Le nouveau gouvernement a décidé de rembourser ladite créance et d'honorer ainsi les engagements non tenus par le gouvernement précédent. Il s'est engagé à mener cette opération lourde financièrement sur deux ans, la première moitié du remboursement intervenant cette année.

Le **1° du I** de cet article confie à la CADES, établissement public créé par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 pour apurer d'ici 2014 les dettes cumulées de la sécurité sociale de 1992 à 1998 grâce au produit de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), la mission de rembourser, en 2003, la moitié de la créance du régime général sur l'Etat au titre du FOREC, soit 1 097 millions d'euros, et l'intégralité des créances des autres régimes, soit :

- 171,5 millions d'euros au régime des salariés agricoles (MSA) ;
- 10,5 millions d'euros au régime d'assurance maladie des clercs et employés de notaire (CRPCEN) ;
- 2,1 millions d'euros au régime minier (CANSSM) ;
- 1,8 million d'euros au régime des marins (ENIM).

Le **2° du I** est une simple disposition de coordination au sein de l'ordonnance du 24 janvier 1996, complétant les missions de la CADES par la mention du versement à intervenir au titre du remboursement de la dette du FOREC.

Le **II** précise le mode de répartition entre les trois caisses nationales du régime général (CNAM, CNAF et CNAV) de la somme de 1 097 millions d'euros versée par la CADES à l'ACOSS en application du I.

La somme étant versée par la CADES en 2003, elle est comptabilisée au titre de cet exercice, alors même qu'elle vient annuler des provisions concernant un exercice antérieur : à la différence de ce qui avait été proposé par le précédent gouvernement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, aucun compte clos n'est rouvert. Il s'agit d'un principe de base de la comptabilité qui est ainsi respecté.

Cette somme est inscrite sur le compte de l'ACOSS correspondant aux exonérations de cotisations prises en charge par le FOREC : ristourne « Juppé », aides « Aubry I » et « Aubry II » et allègement « de Robien ». Elle peut ainsi venir en déduction directe des provisions constituées sur ces comptes en 2001.

La répartition de cette somme de 1 097 millions d'euros par l'ACOSS entre les trois caisses se fera au prorata des exonérations de cotisations supportées par chaque branche, soit :

- CNAM : 474 millions d'euros ;

- CNAM – AT/MP : 90 millions d'euros ;
- CNAV : 329 millions d'euros ;
- CNAF : 204 millions d'euros.

En 2003, ces sommes versées, pour un montant total de 1 283 millions d'euros tous régimes confondus, viendront donc à la fois augmenter le fonds de roulement des caisses et améliorer leur exercice comptable, par l'intermédiaire d'une reprise sur provision. Il s'agit d'un effet bénéfique bienvenu pour réduire le déficit du régime général.

*

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Claude Evin, l'un de suppression de l'article, l'autre visant à abonder le Fonds de réserve pour les retraites avec les excédents de la CADES.

La commission a *adopté* deux amendements de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, fixant au 1^{er} avril 2003 la date des versements de la CADES.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Claude Evin visant à diminuer le versement de la CADES au budget de l'Etat à due concurrence du versement de la CADES à la sécurité sociale, après que **M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a indiqué que l'article 5 permet de trouver une solution acceptable à la « défaillance de l'Etat », sciemment organisée par le précédent gouvernement au détriment de la sécurité sociale par l'intermédiaire du FOREC.

La commission a *adopté* l'article 5 ainsi modifié.

Article 6

(articles L. 245-2 et L. 245-4 du code de la sécurité sociale)

Contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques

Cet article modifie l'assiette et le taux de la contribution due par les laboratoires pharmaceutiques au titre de leurs dépenses de promotion des médicaments remboursables auprès des praticiens. Cette contribution, instituée en 1983, est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale qui en verse le produit à la Caisse nationale d'assurance maladie et au Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique.

En raison de la multiplication des contentieux relatifs à l'assiette de cette taxe, il est proposé de clarifier les règles applicables en la matière. La loi se contentant de mentionner les « *frais de prospection et d'information des praticiens* », il revient au décret de définir les éléments précis d'assiette, ce qui n'est guère conforme à l'article 34 de la Constitution. L'article R. 245-1 du code de la sécurité sociale liste ces éléments d'assiette, qui n'ont cependant pas un caractère exhaustif :

« a) *les frais de toute nature, notamment les salaires et charges sociales et fiscales y afférents, les dépenses de transport et autres frais, engagés par les réseaux de*

visiteurs médicaux ou toute autre catégorie de personnes visitant des praticiens, des établissements de santé, des établissements de cure ou de prévention et des dispensaires ;

« b) les frais de congrès et des manifestations de même nature ;

« c) les frais d'échantillonnage ;

« d) les frais de publication et d'insertion dans la presse professionnelle ;

« e) les frais afférents aux informations adressées au domicile ou au cabinet des praticiens. »

Le I de cet article aménage le régime fiscal de la contribution. Il propose tout d'abord une nouvelle définition législative, plus restrictive, de l'assiette de la contribution. Seront désormais seuls pris en compte pour le calcul de la taxe :

1° les rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale et les charges sociales et fiscales, des visiteurs médicaux, salariés ou indépendants, qui font de l'information par démarchage ou de la prospection pour des médicaments remboursables auprès des professionnels et des établissements de santé ;

2° les remboursements de frais de transport, de repas et d'hébergement des visiteurs médicaux ;

3° les achats d'espaces publicitaires mentionnant un médicament remboursable.

La réduction d'assiette provient notamment de l'exclusion des frais de colloques scientifiques et médicaux et des études d'échantillonnage réalisées après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché. On peut considérer que seuls des éléments dont le caractère promotionnel n'est pas contestable donnent lieu à taxation.

Le gouvernement souhaitant maintenir constant le rendement de cette contribution (246 millions d'euros prévus pour 2003), il a calculé de nouveaux montants d'abattements et de nouveaux taux barémisés pour compenser la réduction, estimée par lui à 25 %, de l'assiette. Il semble toutefois que les nouvelles règles d'assiette proposées par le gouvernement, si elles permettent effectivement de clarifier la situation, aboutissent à une réduction d'assiette de 13 % seulement et non de 25 %.

Les abattements sur l'assiette actuellement prévus par la loi sont reconduits dans leur principe mais avec des montants modifiés :

- un abattement général, comportant une part forfaitaire (345 000 € au lieu de 460 000 €), qui avantage les petits laboratoires, et une part proportionnelle (3 % des dépenses salariales exposées pour la promotion des médicaments), qui vise à prendre en compte l'activité de pharmacovigilance des visiteurs médicaux ;

- (a) un abattement en faveur des médicaments génériques (pour 30 % au lieu de 40 % du chiffre d'affaires réalisé à ce titre) ;

- (b) un abattement en faveur des médicaments orphelins (pour 30 % au lieu de 40 % du chiffre d'affaires réalisé à ce titre).

Le taux de la contribution due par chaque entreprise demeure calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport entre d'une part l'assiette et d'autre part le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France. Le présent article augmente les taux de la contribution due pour chaque tranche (l'augmentation est quatorze fois plus importante pour la tranche la plus basse que pour la tranche la plus haute) et diminue d'un tiers tous les seuils de passage d'une tranche à l'autre du barème, comme le récapitule le tableau suivant :

Tableau comparatif du barème et des taux de la contribution

Rapport « R » entre l'assiette et le chiffre d'affaires		Taux de la contribution par tranche	
LFSS 2002	PLFSS 2003	LFSS 2002	PLFSS 2003
R < 10 %	R < 7,5 %	10,5 %	13,5 %
10 % < R < 12 %	7,5 % < R < 9 %	17 %	19 %
12 % < R < 14 %	9 % < R < 10,5 %	25 %	27 %
R > 14 %	R > 10,5 %	31 %	32 %

Le **II** de cet article précise les conditions d'exonération de la contribution. Pour apprécier le seuil de 15 millions d'euros en dessous duquel un laboratoire n'est pas redevable de la taxe, il est fait référence au chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos (reprise de l'article R. 245-2 du code de la sécurité sociale). Il est toutefois prévu une nouvelle exception à cette exonération : le seuil sera désormais appliqué globalement si un laboratoire possède au moins la moitié du capital d'un ou plusieurs autres laboratoires.

Il faut noter que, pour clarifier les concepts, il est fait mention dans l'ensemble des dispositions de l'article relatives au chiffre d'affaires des laboratoires, que celui-ci concerne à la fois la France métropolitaine et les départements d'outre-mer.

Enfin, le **III** de cet article précise que les nouvelles règles fiscales prévues au présent article s'appliquent au calcul de la contribution due au titre de l'année 2003, l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale disposant que la contribution due au titre d'une année est versée au plus tard le 1^{er} décembre de celle-ci.

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, qui augmente l'abattement forfaitaire général à 500 000 € pour favoriser les petits laboratoires, étend l'abattement sur les génériques à toutes les spécialités pharmaceutiques auxquelles s'appliquent un tarif de responsabilité, revient

aux tranches actuelles du barème et diminue le taux applicable à la première tranche de 13,5 % à 12 %, en conséquence d'une mauvaise évaluation par le gouvernement de la réduction d'assiette de la contribution.

En conséquence, six amendements présentés par M. Bruno Gilles ainsi qu'un amendement présenté par M. Jean-Luc Prél, modifiant l'assiette et les taux de la contribution, sont *devenus sans objet*.

La commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, de coordination avec le mode de détermination de la clause de sauvegarde.

La commission a examiné un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, mettant à la charge des laboratoires pharmaceutiques les frais liés à l'examen de leurs demandes d'organisation de colloques qui sont aujourd'hui assumés par les ordres des professions médicales.

En réponse à une question de **M. Claude Evin** sur les nouveaux contours de la contribution sur la promotion, **M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a précisé que l'article 6 exclut de cette assiette les frais de colloques, ce qui rend d'autant plus logique de demander aux laboratoires de payer les frais relatifs à l'instruction des demandes d'agrément, qui représentent un coût non négligeable pour les ordres professionnels de 500 000 euros par an.

La commission a *adopté* l'amendement et l'article 6 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 6

(articles L. 245-6-1 à L. 245-6-4 du code de la sécurité sociale)

Suppression de la taxe sur les ventes directes

La commission a examiné deux amendements, l'un de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, l'autre de M. Bruno Gilles, supprimant la taxe due par les laboratoires sur leurs ventes directes aux officines pharmaceutiques.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que cette taxe ne rapporte que 22 millions d'euros et complexifie inutilement le circuit de distribution des médicaments. Sa suppression permettra aux pharmaciens de négocier directement avec les laboratoires, ce qui introduira plus de concurrence.

M. Bruno Gilles a observé qu'en outre la légalité de cette taxe a été contestée devant la Cour de justice des Communautés européennes.

M. Jean Dionis du Séjour a déclaré partager les préoccupations du rapporteur.

M. Pascal Terrasse s'est déclaré en accord avec le principe de cet amendement mais s'est inquiété de l'avenir des grossistes-répartiteurs dans les zones rurales. Les laboratoires pharmaceutiques y intervenant peu, il risque donc de se poser un véritable problème de distribution des médicaments dans les zones les plus reculées.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que les pharmaciens font souvent partie de groupements d'achats qui leur ouvrent une

capacité de négociation. Les grossistes-répartiteurs ne seront pas défavorisés. La seule différence viendra du fait que les pharmacies seront sans doute conduites à gérer des stocks supplémentaires. Ce sera d'autant plus facile que, pour les génériques, ces stocks pourront se concentrer sur quelques références.

M. Bruno Gilles a retiré son amendement au profit de celui du rapporteur.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur.

En conséquence, un amendement de M. Jean-Luc Prével étendant l'exonération de la taxe sur les ventes directes aux produits non génériques qui relèvent du même tarif de référence qu'un produit générique est *devenu sans objet*.

Article 7

Clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés

Cet article procède à l'ajustement annuel du mode de calcul de la clause de sauvegarde définie par l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, qui est une contribution applicable à la progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques.

Les laboratoires n'ayant pas passé de convention avec le Comité économique des produits de santé sont en effet assujettis à une contribution lorsque le taux de progression de leur chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France sur les médicaments remboursables excède celui de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dénommé taux K pour le calcul de la contribution.

L'article L. 138-10 établit en effet 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 des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés pour la même période de référence : si le taux de croissance de leur chiffre d'affaires est supérieur à celui de l'ONDAM, les entreprises sont alors redevables d'une contribution globale, progressive en fonction du dépassement de l'ONDAM :

- si le dépassement est de moins de 0,5 %, la contribution due est égale à 50 % du dépassement ;

- s'il est compris entre 0,5 % et 1 %, elle est de 60 % du dépassement ;

- s'il est supérieur à 1 %, elle est de 70 %.

Cette contribution rapporte assez peu (487 222 € en 2002) car la quasi-totalité des laboratoires pharmaceutiques sont conventionnés (il n'y a eu que 14 entreprises redevables en 2002). Pour autant, la détermination du taux K est très importante car elle fixe le cadre de la négociation des remises conventionnelles entre le Comité économique des produits de santé et l'industrie pharmaceutique.

Afin d'encadrer plus spécifiquement l'évolution des dépenses de médicament en ville, un taux de progression de l'ONDAM spécifique pour le calcul de la contribution est fixé chaque année. Pour 2003, un taux K de 4 % a été retenu par le gouvernement, alors qu'une application mécanique de la clause de sauvegarde aurait été

faite sur la base d'un taux K de 5,8 %, ce taux de 5,8 % étant obtenu par rapprochement entre le montant de l'ONDAM révisé pour 2002 et celui proposé pour 2003.

La fixation d'un taux K à 4 % est liée au dépassement important du poste médicaments au sein de l'enveloppe soins de ville de l'ONDAM (+ 9,1 % en 2001), mais elle laisse un espace certain à la négociation, alors que le précédent gouvernement avait retenu un taux de seulement 3 % pour 2002. Elle devrait permettre de stabiliser le produit attendu de la clause de sauvegarde tout en constituant un cadre favorable à la renégociation de l'accord sectoriel avec l'industrie pharmaceutique.

*

La commission a *rejeté* un amendement de M. Bernard Perrut portant de 4 % à 5,3 % le taux K.

La commission a *adopté* l'article 7 sans modification.

Article additionnel après l'article 7

(articles L. 380-3 et L. 380-3-1 nouveau du code de la sécurité sociale)

Affiliation à l'assurance maladie des travailleurs frontaliers en Suisse

La commission a examiné deux amendements identiques, l'un de M. Bernard Accoyer, l'autre (n° 1) du gouvernement, relatifs à l'affiliation à l'assurance maladie des travailleurs frontaliers résidant en Suisse et travaillant en France.

M. Bruno Gilles a rappelé que le problème de la prise en charge des dépenses de santé des travailleurs frontaliers résidant en France et travaillant en Suisse n'avait jamais été réglé. En effet, le régime d'assurance volontaire a été supprimé par la loi du 27 juillet 1999 relative à la couverture maladie universelle et, dans un premier temps, la France n'a pas accepté qu'ils bénéficient du droit d'option en faveur du régime français d'assurance maladie. Ce droit d'option est aujourd'hui accepté. Sa mise en œuvre nécessite une adaptation de la législation française relative au régime de la couverture maladie universelle de base.

Après que **M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, se soit déclaré favorable à ces amendements qui permettent de régler une situation qui était inacceptable, la commission les a *adoptés*.

Après l'article 7

La commission a *rejeté* deux amendements, l'un de Mme Jacqueline Fraysse, l'autre de M. Claude Evin, élargissant le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire aux allocataires du minimum vieillesse, de l'allocation adulte handicapé et de l'allocation de parent isolé.

Article 8

Fixation des prévisions de recettes pour 2003

En application du 2° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article prévoit, par catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement (FOREC, FSV et fonds de réserve).

La nomenclature de présentation des produits, qui n'est pas fixée par la loi organique, reprend à un niveau agrégé la classification retenue par la Commission des comptes de la sécurité sociale. Elle consiste à distinguer la partie contributive, elle-même dissociée en cotisations effectives et cotisations fictives, des autres ressources, lesquelles évoluent moins directement en fonction de l'activité économique.

- Les **cotisations effectives (184,15 milliards d'euros)** comprennent à la fois les cotisations effectivement prélevées sur les salaires, les revenus de remplacement et les revenus des entrepreneurs individuels, ainsi que les cotisations prises en charge par l'Etat au titre de la politique de l'emploi.

Ce chiffre est très dépendant de la croissance de la masse salariale du secteur privé. Pour 2003, l'hypothèse retenue à ce titre par la Commission des comptes est de 4,1 %. On constatera le relatif optimisme de cette prévision en rappelant que la masse salariale devrait n'avoir évolué que de 3,7 % en 2002 et que les perspectives d'évolution de l'économie ne sont pas très sûres.

- Les **cotisations fictives (32,48 milliards d'euros)** correspondent, conformément aux conventions de la comptabilité nationale, aux cas où l'employeur fournit directement des prestations sociales. Elles recouvrent pour l'essentiel des prestations vieillesse servies par certains régimes spéciaux (pensions civiles et militaires, SNCF, RATP, Banque de France) et des prestations maladie, invalidité et accidents du travail servies également directement, sans contrepartie en termes de cotisations par les salariés.

- Les **contributions publiques (11,4 milliards d'euros)** sont des participations du budget général de l'Etat à certains régimes de sécurité sociale pour garantir leur équilibre financier. Elles regroupent deux éléments principaux : des remboursements de prestations (5,64 milliards d'euros) dus par l'Etat ou des organismes publics (pour l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation de parent isolé) et des subventions d'équilibre (5,47 milliards d'euros) versées par l'Etat à certains régimes spéciaux, dont le BAPSA.

- Les **impôts et taxes affectés (94,15 milliards d'euros)** regroupent l'ensemble des ressources de nature fiscale affectées aux régimes de base et aux fonds de financement (FOREC, FSV et fonds de réserve). Le tableau ci-dessous détaille les différentes taxes et impositions concernées, en incluant à titre d'information la CRDS qui n'entre pas dans le champ du présent article car elle est affectée à la CADES, ainsi que la part de la CSG affectée au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui ne figure pas plus en loi de financement.

Impositions affectées à la sécurité sociale
(en droits constatés et en millions d'euros)

	2001	2002	2003
CSG maladie	42 871	44 206	45 807
CSG CNAF	9 302	9 540	9 894
CSG FSV	9 718	9 115	9 454
CSG APA	-	868	900
Total contribution sociale généralisée (CSG)	61 890	63 729	66 056
Prélèvement social de 2 % sur le capital	1 923	1 921	1 965
Contribution remboursement de la dette sociale (CRDS)	4 599	4 788	4 882
Contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S)	3 080	3 287	3 420
Taxes sur les alcools	3 252	3 037	3 073
Droit de consommation sur les tabacs	8 760	8 610	9 610
Contribution sociale sur les bénéfices (CSB)	1 056	870	870
Taxe générale sur les activités polluantes (TGAP)	522	656	529
Taxe sur les primes d'assurance auto	911	950	967
Taxe sur les véhicules des sociétés	701	750	780
Taxe sur les conventions d'assurances	1 054	1 448	2 152
Taxe sur les contributions de prévoyance	384	566	500
Taxes pharmaceutiques	630	630	676
Taxes BAPSA (dont TVA)	4 401	4 520	4 712

- Les **transferts reçus (210 millions d'euros)** sont constitués par la prise en charge de cotisations opérées par un régime au profit de ses bénéficiaires. Les transferts internes aux régimes de base, qui figurent en dépenses selon leur origine, ne figurent pas dans cet agrégat. De même, les transferts entre les régimes de base et les fonds de financement (prise en charge des cotisations par le FOREC par exemple) ont été consolidés.

- Les **revenus des capitaux (1,04 milliard d'euros)** constituent une recette de trésorerie sur les placements réalisés. Cette ressource doit évoluer en fonction inverse des besoins de trésorerie, lesquels sont d'autant plus grands que le déficit augmente. Par conséquent, le creusement du déficit de la sécurité sociale risque de diminuer la situation de trésorerie pour les régimes et donc la possibilité de bénéficier de gains sur des placements de trésorerie.

- Les **autres ressources (4,07 milliards d'euros)** incorporent les recours contre tiers, les recettes des départements d'outre-mer - pour des motifs tenant à la fiabilité des outils statistiques - et les recettes diverses qui ne figurent pas dans l'une des autres rubriques.

Pour éviter les doubles comptes, la présentation consolidée opérée par le présent article ne tient pas compte des transferts internes aux régimes de base ou entre régimes et fonds de financement, ni des cotisations ou des prestations prises en charge par les régimes de sécurité sociale.

Le total des recettes s'élève à **327,5 milliards d'euros**, en augmentation de 3,9 % par rapport à 2002.

L'impact des mesures nouvelles du présent projet sur l'agrégat de recettes pour 2003, après opérations de consolidation, est rappelé dans le tableau suivant.

***Impact du Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003
sur les agrégats de recettes***

	Régime général	Autres régimes de base	FOREC	Total des recettes
Versement CADES (art. 5 plfss)	1 125	155		1 280
Modifications droits tabacs (art. 3 et 4 plfss)	700		300	1 000
Transfert taxe assurances au FOREC (art. 28 plf)			660	660
Total	1 825	155	960	2 940

Le tableau ci-après présente une répartition plus détaillée des différentes catégories de ressources pour l'ensemble des régimes de base et leurs fonds de financement.

Ensemble des régimes de base et fonds de financement – produits par catégorie
(en droits constatés et en millions d'euros)

PRODUITS	2002	2003	Variation
Cotisations effectives	175 589	184 153	4,9 %
- cotisations des actifs	173 152	180 335	4,1 %
- cotisations des inactifs	657	675	2,7 %
- autres cotisations	651	669	2,7 %
- majorations et pénalités	660	699	5,9 %
- reprises nettes de provisions	- 719	852	218,5 %
- pertes sur créances irrécouvrables	- 1 599	- 1 409	- 11,8 %
- cotisations prises en charge par l'Etat.....	2 787	2 332	- 16,3 %
Cotisations fictives d'employeurs	31 776	32 480	2,2 %
Contributions publiques	11 216	11 402	1,7 %
- Remboursements de prestations	5 539	5 643	1,9 %
- Subventions d'équilibre	5 370	5 465	1,8 %
- Autres contributions publiques.....	307	294	- 4,1 %
Impôts et taxes affectés à la sécurité sociale	89 693	94 150	5,0 %
- CSG.....	62 860	65 156	3,7 %
- Taxes et droits sur les alcools.....	3 037	3 073	1,2 %
- Droits sur les tabacs	8 657	9 658	11,6 %
- Taxe auto	950	967	1,8 %
- Taxe prévoyance	566	500	- 11,7 %
- CSB.....	870	870	0 %
- TGAP	656	529	- 19,4 %
- Contributions pharmaceutiques.....	630	676	7,4 %
- C3S	2 842	3 172	11,6 %
- Prélèvement social de 2 % sur le capital	1 921	1 965	2,3 %
- Autres impôts et taxes affectés.....	6 704	7 584	13,1 %
Transferts reçus	177	209	18,1 %
Revenus des capitaux	785	1 036	31,9 %
Autres ressources	5 960	4 075	- 31,6 %
- Recours contre tiers	1 017	1 019	2,4 %
- Produits de gestion courante	1 001	924	1,9 %
- Autres produits.....	628	832	37,0 %
- Remboursements de frais et remises	193	253	- 3,11%
- Contributions diverses	7 838	832	- 70,7 %
TOTAL DES PRODUITS	315 196	327 504	3,9 %

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, excluant les cotisations sociales prises en charge par l'Etat de l'agrégat des cotisations effectives, pour créer une nouvelle ligne comptable individualisée afin de mieux rendre compte de la réalité du financement de ces cotisations.

La commission a *adopté* l'article 8 ainsi modifié.

Article 9

Fixation des prévisions de recettes révisées pour 2002

En vertu du dernier alinéa du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, seules des lois de financement peuvent modifier les dispositions qui font partie de leur domaine obligatoire. Il en est ainsi des prévisions de recettes par catégorie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement.

Cet article permet de faire apparaître les évolutions constatées depuis le vote de la dernière loi de financement en matière de recettes. En revanche, en l'absence de transferts financiers en cours d'année, il ne valide aucune mesure nouvelle de recettes pour 2002.

Le tableau ci-dessous compare les chiffres votés en loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et les montants révisés dont l'adoption est proposée par le présent article.

Recettes par catégorie en milliards d'euros pour 2002

	LFSS 2002	PLFSS 2003
Cotisations effectives	176,18	175,59
Cotisations fictives	31,95	31,78
Contributions publiques	10,66	11,22
Impôts et taxes affectés	89,77	89,69
Transferts reçus	0,15	0,18
Revenus des capitaux	0,83	0,78
Autres ressources	6,93	5,96
Total des recettes	316,47	315,2

Les principaux écarts entre les prévisions votées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et les prévisions soumises aujourd'hui au vote du Parlement sont les suivants :

• Cotisations effectives : - 590 millions d'euros

L'agrégat des cotisations effectives diminue par rapport à la prévision initiale pour 2002. Cette évolution est surtout due à la révision à la baisse de la prévision de croissance de la masse salariale du secteur privé, envisagée à 5 % lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et à seulement 3,7 % par la Commission

des comptes de la sécurité sociale de septembre 2002 qui a servi à préparer la présente loi de financement.

• **Cotisations fictives : - 170 millions d'euros**

La baisse de cet agrégat s'explique principalement par une diminution des produits pour certains régimes spéciaux (le régime des fonctionnaires, celui de la RATP et celui d'EDF).

• **Contributions publiques : + 560 millions d'euros**

L'augmentation de cet agrégat provient essentiellement de la révision à la hausse de la contribution d'équilibre versée au régime des exploitants agricoles (400 millions d'euros), ainsi qu'à la révision des contributions au titre du remboursement de prestations servies par la branche famille (AAH et API).

• **Impôts et taxes affectés : - 80 millions d'euros**

La révision à la baisse de la CSG (effet masse salariale) mais également du rendement attendu de la CSG sur les revenus du patrimoine et des placements explique principalement la diminution de cet agrégat.

• **Autres ressources : - 970 millions d'euros**

La diminution de cet agrégat est causée par l'évolution des produits du fonds de réserve pour les retraites et des produits de gestion courante de la CNAF.

Pour le fonds de réserve, les ressources UMTS ont chuté de 1,8 milliard d'euros depuis la prévision initiale ; en contrepartie, il y a eu un apport de 1,2 milliard d'euros issu de recettes de privatisation (Autoroutes du Sud de la France).

Pour la CNAF, il s'agit d'une modification du mode de comptabilisation de ses charges et produits de gestion courante, ainsi que de prestations indues à récupérer.

*

La commission a *adopté* l'article 9 sans modification.
