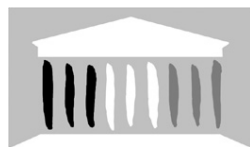


Document
mis en distribution
le 25 octobre 2004



N° 1876

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2004.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,
FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la
sécurité sociale pour 2005* (n° 1830)

TOME II

ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

PAR M. JEAN-PIERRE DOOR,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
I.- LES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE	11
A. LE MODE DE CALCUL DE L'ONDAM N'EST PAS MÉDICALISÉ	12
B. L'ONDAM 2004 ATTEINT 131 MILLIARDS D'EUROS	14
II.- LA MÉDECINE DE VILLE : DES DÉPENSES AU CŒUR DE LA RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE	17
A. LE DYNAMISME DES DÉPENSES DÉLÉGUÉES CONNAÎT UN CERTAIN RALENTISSEMENT EN 2004.....	17
1. Les dépenses en 2003 ont fortement augmenté en raison des mesures de revalorisation tarifaire	18
2. La croissance modérée des soins de ville hors médicament en 2004	18
a) <i>L'augmentation de l'objectif délégué en 2004 est soutenable</i>	18
b) <i>La vie conventionnelle en 2004 n'a pas été marquée par des revalorisations massives</i>	18
B. LA LOI DU 13 AOÛT 2004 RELATIVE A L'ASSURANCE MALADIE ENGAGE UN AUTHENTIQUE PROCESSUS DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE ET UNE MODERNISATION DE LA GOUVERNANCE DE L'ASSURANCE MALADIE	19
1. Des économies sont attendues dans le domaine de la maîtrise médicalisée et des indemnités journalières.....	19
a) <i>Le suivi des assurés atteints d'une affection de longue durée est renforcé</i>	20
b) <i>Il n'y a pas de fatalité de la croissance des dépenses relatives aux indemnités journalières</i>	21
2. Les premiers rendez-vous de la réforme de l'assurance maladie : appliquer la politique de la qualité	21
a) <i>Le succès de la réforme repose sur les changements de comportement des acteurs du système de l'assurance maladie</i>	24
b) <i>L'élaboration d'une nouvelle nomenclature est une des conditions de la modernisation de l'assurance maladie</i>	25

<i>c) Le premier rendez-vous important sera la conclusion d'une convention entre l'assurance maladie et les spécialistes</i>	26
III.- LE MÉDICAMENT : UN PLAN D'ÉCONOMIES AMBITIEUX POUR ENRAYER DURABLEMENT LA CROISSANCE DES DÉPENSES	27
A. L'APPARITION DE SIGNAUX ENCOURAGEANTS MALGRÉ LA PROGRESSION CONTINUE DES DÉPENSES	27
1. La progression des ventes et des remboursements de médicaments est restée dynamique en 2003 et en 2004	27
2. La part croissante des médicaments les plus coûteux et la rétrocession sont les facteurs principaux de croissance	28
<i>a) L' « effet structure », une spécificité du marché du médicament</i>	28
<i>b) La rétrocession hospitalière fait désormais l'objet d'un encadrement réglementaire</i>	29
2. Les comportements des assurés et des professionnels de santé peuvent évoluer	30
<i>a) Des antibiotiques de moins en moins automatiques</i>	30
<i>b) Des génériques de plus en plus généralisés</i>	31
B. LA RÉUSSITE DU PLAN MÉDICAMENT NÉCESSITE LA MOBILISATION DE TOUS LES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ	32
1. Soigner mieux en dépensant mieux : le bon usage des soins	32
<i>a) Un impératif de santé publique</i>	32
<i>b) La Haute autorité de santé, le catalyseur du changement</i>	33
2. Soigner aussi bien en dépensant beaucoup moins	33
<i>a) Les génériques, un gisement d'économies considérables</i>	33
<i>b) Une gestion plus dynamique du prix des médicaments en fonction du cycle de vie des produits</i>	35
3. Pour mieux soigner demain : promouvoir la recherche et garantir l'accès de tous à l'innovation	35
IV.- L'HÔPITAL ET LES CLINIQUES PRIVÉES : MAINTENIR L'EXCELLENCE, MODERNISER L'ORGANISATION ET REMÉDIER AU « DÉSENCHANTEMENT HOSPITALIER »	37
A. LE POIDS DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES NE FAIBLIT PAS	37
1. La hausse des dépenses des établissements reste soutenue	37
2. Les causes de la croissance des dépenses des établissements sont bien identifiées	38
<i>a) La hausse est-elle inéluctable ?</i>	38
<i>b) Faire face aux reports de charge des budgets des hôpitaux publics</i>	38
B. LE GOUVERNEMENT RÉFORME L'HÔPITAL	39

1. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie va induire de profonds changements à l'hôpital.....	39
<i>a) La loi relative à l'assurance maladie comprend des dispositions générales qui concernent les établissements.....</i>	40
<i>b) La loi relative à l'assurance maladie comprend des dispositions spécifiques aux établissements.....</i>	40
2. Le plan « Hôpital 2007 » accompagne la modernisation des établissements.....	41
3. La réforme de l'organisation interne de l'hôpital est en cours.....	42
C. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2005 COMPLÈTE LA RÉFORME PORTANT TARIFICATION À L'ACTIVITÉ	43
1. La tarification à l'activité permet de sortir du carcan du budget global.....	43
<i>a) Les objectifs et la mise en œuvre de la réforme portant tarification à l'activité répondent à l'exigence d'efficacité.....</i>	43
<i>b) Des instruments de régulation ont été mis en place</i>	44
2. La tarification à l'activité connaît des difficultés d'application, prises en compte par le gouvernement	45
<i>a) Le gouvernement a réagi face aux difficultés d'application.....</i>	45
<i>b) Il importe de ne pas dénaturer la réforme, qui vise à apprécier l'activité réelle des établissements</i>	46
3. La nécessité des restructurations hospitalières est toujours d'actualité.....	48
<i>a) La « boîte noire » de l'hôpital public doit devenir transparente</i>	48
<i>b) L'effort de restructuration hospitalière doit être poursuivi.....</i>	48
V.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES : UNE BRANCHE EN COURS DE MUTATION.....	51
A. UN ENJEU MAJEUR DE PRÉVENTION.....	51
1. L'évolution générale des accidents du travail et des maladies professionnelles	51
<i>a) Une tendance structurelle à la baisse des accidents du travail</i>	51
<i>b) Une meilleure reconnaissance des maladies professionnelles.....</i>	51
2. L'amélioration de la gestion du risque	52
<i>a) L'assurance maladie met en œuvre des actions de formation et d'information en matière de prévention.....</i>	52
<i>b) Le gouvernement a engagé un programme ambitieux de prévention en matière de santé environnementale et de santé au travail</i>	52

B. LA CROISSANCE DU DÉFICIT S'EXPLIQUE PAR LA MONTÉE EN CHARGE DES FONDS LIÉS À L'AMIANTE	53
1. Le déficit de la branche AT-MP s'est accru en 2003.....	53
2. Les charges des fonds destinés à la prise en charge des victimes de l'amiante connaissent une montée en charge rapide	54
C. LES ÉVOLUTIONS À VENIR DE LA BRANCHE.....	55
1. Il est nécessaire d'adapter le financement du Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante	55
2. Les partenaires sociaux doivent engager une réflexion sur les modalités de réparation et sur l'avenir de la branche.....	56
EXAMEN DU RAPPORT PAR LA COMMISSION.....	57
ANALYSE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE ET AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL	63
TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE	63
<i>Article 6</i> (article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et article 36 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie) : Tarification à l'activité	63
<i>Article 7</i> : Avances de trésorerie aux établissements privés et aux professionnels exerçant à titre libéral dans ces établissements	66
<i>Article 8</i> (Article L. 753-4 du code de la sécurité sociale) : Possibilité de majorations des prix et des tarifs de responsabilité des médicaments et des dispositifs médicaux dans les départements d'outre-mer	68
<i>Article 9</i> (article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001) : Financement et missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	70
<i>Article 10</i> (articles L. 162-22-2, L. 162-22-9, L. 174-1-1, L. 227-1 du code de la sécurité sociale et article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles) : Fongibilité entre les différentes enveloppes de l'ONDAM	73
<i>Article 11</i> (article L. 322-3 du code de la sécurité sociale) Exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux adolescents en classe de cinquième	74
<i>Article 12</i> (article L. 712-10-1 du code de la sécurité sociale et article L. 722-24-1 du code rural) : Affiliation des enseignants et documentalistes contractuels ou agréés des établissements privés sous contrat au régime d'assurance maladie des fonctionnaires	76
<i>Article 13</i> : Dotation de financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)	77
<i>Article 14</i> : Dotation de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)	80

<i>Article 15</i> (article 51 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) : Participation de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de prophylaxie et de traitement nécessaires en cas de menace sanitaire grave	83
<i>Article 16</i> : Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé pour 2004	85
<i>Article 17</i> : Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2005	87
<i>Article 18</i> : Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2005	92
TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE	94
Section 1 - Branche accidents du travail et maladies professionnelles	94
<i>Article 19</i> : Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)	94
<i>Article 20</i> : Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)	96
<i>Article 21</i> : Contribution des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)	98
<i>Article 22</i> : Montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	100
<i>Article 23</i> : Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2005	102
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	105

INTRODUCTION

Si les lois de financement de sécurité sociale de 2003 et 2004 ont constitué des transitions nécessaires, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale vise principalement à compléter la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Fixant un taux de croissance de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2005 assez volontariste, il tire les conséquences du plan ambitieux et complet de mesures de maîtrise médicalisée adopté l'été dernier par le gouvernement.

Le gouvernement ayant annoncé que la loi organique relative aux lois de financement de sécurité sociale sera modifiée, ce projet est probablement le dernier à s'inscrire dans un cadre strictement annuel.

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ayant mis en place tous les outils de la réforme et modernisé le cadre institutionnel de l'assurance maladie, il reste aux acteurs du système à s'appropriier ces changements.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale les y invite.

I.- LES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

« Chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie », précise l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Le contenu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), faute de disposition législative ou réglementaire, est fixé par convention. Il comprend, pour la métropole et les départements d'outre-mer, les dépenses de soins remboursées par les régimes obligatoires de base (prestations en nature et en espèces) pour les risques maladie et accidents du travail et les prestations en nature pour le risque maternité. En sont exclues les indemnités journalières maternité, les rentes d'accidents du travail et les indemnités journalières versées directement par l'employeur aux agents des services et entreprises publics, des collectivités locales et de l'Etat. L'ONDAM est également défini en retranchant aux dépenses d'assurance maladie les remises conventionnelles versées par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au titre du dépassement de l'objectif d'évolution de leur chiffre d'affaires, dans le cadre des accords signés avec le Comité économique des produits de santé. Ces remises, ainsi que la clause de sauvegarde fiscale pour les entreprises non conventionnées, correspondent à un remboursement de dépenses excédentaires par rapport à l'objectif fixé. Cette diminution de dépenses est enregistrée sur l'enveloppe des soins de ville, qui comprend le poste médicaments.

Il importe de bien distinguer l'ensemble des dépenses des régimes de l'assurance maladie et l'ONDAM, ces deux agrégats se superposant mais restant bien distincts. A titre d'exemple, les aides en capital attribuées aux établissements dans le cadre du plan Hôpital 2007, si elles correspondent à des crédits versés par les régimes de l'assurance maladie, ne sont pas incluses dans l'ONDAM.

L'ONDAM voté par le Parlement est décomposé en enveloppes par le gouvernement, dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale. Il est d'usage que la décomposition de l'ONDAM, qui ne figure ni dans le projet de loi ni dans la loi adoptée, soit indiquée par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie lors de la discussion du projet de loi. Les départements d'outre-mer et les ressortissants français à l'étranger sont traités à part compte tenu de l'imprécision des données statistiques les concernant.

L'enveloppe « soins de ville » comprend :

– les honoraires des professionnels de santé libéraux, y compris lorsqu'ils exercent à titre privé à l'hôpital ou en clinique ;

– les prescriptions (médicaments et dispositifs médicaux, y compris les consommations intermédiaires des cliniques) ;

– les prestations en espèces, à l’exception des indemnités journalières de maternité et des prestations d’incapacité permanente.

L’enveloppe des hôpitaux publics regroupe les versements sous forme de dotation globale aux établissements publics de santé, aux établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), y compris les établissements dont le financement relevait du prix de journée préfectoral et qui ont opté pour le régime de la dotation globale à compter du 1^{er} janvier 1998, et aux hôpitaux militaires.

L’enveloppe des cliniques privées comprend les dépenses (hors consommations intermédiaires) des établissements à tarification conventionnelle, entrant ou non dans le champ de l’objectif quantifié national (OQN) relatif aux établissements privés d’hospitalisation. Sont notamment exclus de l’OQN les associations d’hospitalisation à domicile, les activités de dialyse exercées sous statut associatif, les soins de long séjour, les soins pour le traitement de l’insuffisance respiratoire, les dépenses relatives à la réadaptation fonctionnelle ou professionnelle et les prestations relatives à l’interruption volontaire de grossesse (IVG). En 2005, ces enveloppes relatives aux dépenses en établissements sont restructurées et la régulation par la tarification à l’activité s’applique, avec des aménagements dus à la période de transition¹.

L’enveloppe médico-sociale comprend les dépenses des établissements prenant en charge les personnes âgées et/ou dépendantes, l’enfance inadaptée et les adultes handicapés.

Par ailleurs, une dotation nationale spécifique pour le développement des réseaux de soins a été identifiée au sein de l’ONDAM depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

A. LE MODE DE CALCUL DE L’ONDAM N’EST PAS MÉDICALISÉ

Le taux de croissance proposé de l’ONDAM pour l’année N dépend du dénominateur choisi. Pour un même montant d’objectif, le taux sera plus faible si la « base » (dépenses de l’année précédente) est plus élevée. Le « rebasage » consiste à prendre en compte, pour calculer l’évolution de N-1 à N, la base égale non pas à l’objectif de l’année N-1 *voté* par le Parlement, mais le montant *réalisé* de l’année N-1 tel qu’il est évalué par la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre de l’année N.

¹ Pour plus d’informations sur la tarification à l’activité, se reporter à la section relative aux établissements.

La répartition définitive de l'ONDAM en enveloppes prend en compte des opérations de transferts internes opérés entre ces enveloppes au titre de diverses opérations : par exemple, la transformation d'un établissement de santé en établissement médico-social ou le transfert du financement de médicaments entre les budgets hospitaliers et la médecine de ville. La base retenue pour le calcul de l'objectif voté par le Parlement est abaissée sur une enveloppe et augmentée à due concurrence sur une autre enveloppe.

Le taux de croissance d'une enveloppe est ensuite obtenu en appliquant le taux de croissance affiché au Parlement à cette nouvelle base corrigée des transferts. Le taux de croissance de l'objectif étant différent suivant les enveloppes, la somme des enveloppes calculées à partir des bases corrigées des transferts peut être légèrement inférieure ou supérieure à l'ONDAM voté. C'est pourquoi l'ONDAM voté intègre une petite marge de manœuvre qui n'est pas affectée *a priori* à une enveloppe.

Chaque année, on enregistre des transferts d'enveloppe : d'une part des transferts « de fongibilité », qui correspondent à des changements de statut des établissements ou à des modifications de prise en charge de certaines prestations d'assurance maladie, et d'autre part des transferts statistiques, liés à l'amélioration de l'information statistique qui permet le reclassement d'un certain nombre de dépenses à l'intérieur de l'ONDAM.

L'article 10 du présent projet vise d'ailleurs à instaurer une fongibilité totale entre les différentes enveloppes de l'ONDAM. Le tableau suivant récapitule les principaux transferts effectués depuis 2003.

Tableau récapitulatif des transferts internes à l'ONDAM entre 2002 et 2004

(En millions d'euros)

	Total des effets de champ 2002	Total des effets de champ 2003	Total des effets de champ 2004
Soins de ville	- 110,5	- 15,5	- 19,1
Objectif délégué	- 76,2	- 10,7	- 19,1
Autres dépenses de ville	- 34,3	- 4,8	0,0
Versements aux établissements	112,1	14,8	30,3
Etablissements sanitaires	- 33,1	- 36,5	- 34,7
Médico-social	158,2	62,3	75,7
Personnes handicapées	57,8	28,4	21,7
Personnes âgées	100,4	33,9	54,0
Cliniques privées	- 12,9	- 11,1	- 10,7
Ressortissants français à l'étranger	0,0	0,0	0,0
Prestations DOM	0,0	1,1	4,6
Marge de manœuvre résiduelle	- 1,2	- 0,4	- 16,1
ONDAM	0,4	0,00	0,0

Source : ministère de la santé et de la protection sociale.

En 2004, en sus des transferts entre enveloppes retracés ci-dessus, le montant de l'enveloppe dédiée aux réseaux (dotation nationale de développement des réseaux, DNDR) triple presque par rapport à la dotation 2003 et atteint 125 millions d'euros. L'article 31 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de sécurité sociale pour 2004 a précisé qu'elle s'impute sur les autres enveloppes.

Elle est donc financée par redéploiement (51 millions d'euros sur l'enveloppe médecine de ville et 74 millions d'euros sur l'enveloppe des établissements). Ce redéploiement se justifie par le fait que l'action des réseaux porte à la fois sur la médecine de ville, les établissements et la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. En 2004, on ne compte en revanche pas de transferts entre l'Etat et l'assurance maladie.

En 2005, hormis les transferts de fongibilité, 300 millions d'euros de transferts sont envisagés ; ils résultent du transfert du financement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) vers les régions à hauteur de 178 millions d'euros et de diverses autres opérations de rebasage.

B. L'ONDAM 2004 ATTEINT 131 MILLIARDS D'EUROS

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2004 a été fixé à 129,7 milliards d'euros, en augmentation de 4 % par rapport à la base 2003 telle qu'elle était estimée en septembre 2003.

A partir des données du régime général en date de soins disponibles, la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2004 a estimé que les prévisions de dépenses sur le champ de l'ONDAM devraient atteindre 131 milliards d'euros, soit une croissance réelle de l'ordre de 5,2 % par rapport au montant « constaté » de l'ONDAM 2003. Le dépassement se monte en valeur absolue à 1,3 milliard d'euros dont 0,9 milliard au seul titre des dépenses de soins de ville.

Le tableau suivant permet de recenser les avenants ayant un impact financier sur l'ONDAM 2004. Il ne comprend pas l'effet de l'accord avec les chirurgiens intervenu le 24 août dernier.

Récapitulatif de l'impact sur 2004 des mesures prises en 2003 et 2004

(en millions d'euros)

	Effet des mesures 2003 en 2004	Effets des mesures 2004 en 2004	Total de l'effet des mesures en 2004
Omnipraticiens	27	12	39
Spécialistes	119	15	133
Chirurgiens-dentistes	8	0	8
Sages-femmes	0	0	0
Infirmières	51		52
Masseurs-kinésithérapeutes	10	0	42
Orthophonistes	0	32	1
Orthoptistes	0	1	0
Biologistes	0	0	1
Transports sanitaires	32	1	42
		10	
Honoraires	246	72	318
Centres de santé	13	0	13
Médicaments	- 258	- 153	- 411
Autres soins de ville	- 245	- 153	- 399
Total	1	- 81	- 80

Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

II.- LA MÉDECINE DE VILLE : DES DÉPENSES AU CŒUR DE LA RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

Les dépenses de médecine de ville sont l'une des composantes de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). L'objectif de dépenses de soins de ville est décomposé entre un agrégat « dépenses déléguées », dont la gestion est déléguée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), et un agrégat « autres soins de ville » placé sous la responsabilité de l'Etat.

Les dépenses déléguées englobent les remboursements des honoraires des professions de santé et les transports sanitaires. Le poste « autres soins de ville » comprend les dépenses de médicaments, les dépenses de dispositifs médicaux et les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail. Cette section étudie les dépenses déléguées et les indemnités journalières de travail, dans les perspectives ouvertes par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Une autre section du présent rapport aborde les questions relatives aux médicaments et aux dispositifs médicaux.

Eu égard au riche contenu de ce dernier texte, le présent projet de loi ne comprend pas de mesures relatives à la médecine de ville, à l'exception de l'article 11 relatif aux entretiens de santé à destination des adolescents. La loi relative à l'assurance maladie met en place les outils d'une réforme profonde, en permettant aux acteurs de procéder à une régulation médicalisée efficace des dépenses dans le cadre d'une « sortie par le haut » grâce à une politique de la qualité. L'évolution des dépenses de l'objectif délégué en 2005 sera un bon test de la robustesse des instruments élaborés par la réforme. Nul doute que la responsabilisation des acteurs et le renouveau du dialogue conventionnel sauront confirmer le premier succès qu'a constitué le vote de la loi relative à l'assurance maladie.

A. LE DYNAMISME DES DÉPENSES DÉLÉGUÉES CONNAÎT UN CERTAIN RALENTISSEMENT EN 2004

Les dépenses déléguées, qui comprennent le remboursement des honoraires et les frais de transports sanitaires, sont particulièrement difficiles à maîtriser, dans un contexte où les syndicats de médecins spécialistes et les caisses d'assurance maladie n'ont toujours pas conclu de convention.

1. Les dépenses en 2003 ont fortement augmenté en raison des mesures de revalorisation tarifaire

Comme les magistrats de la Cour des comptes le notent dans leur rapport sur l'exécution de la loi de financement de sécurité sociale de septembre 2004, l'ensemble des dépenses de soins de ville a progressé en 2003 de 7,5 %. Les dépenses déléguées ont augmenté de 7,2 %. La croissance des remboursements, qui, les années précédentes, avait surtout concerné les médicaments et les dispositifs médicaux, s'est étendue aux remboursements d'honoraires en 2002 et plus encore en 2003. Ceux-ci ont en effet augmenté de 7,9 % en 2003 contre 7,1 % l'année précédente. La majeure partie de cette croissance est imputable aux « effets reports » des revalorisations de 2002 ; le reste l'est à de nouvelles revalorisations intervenues en 2003. Le coût des mesures tarifaires est évalué par la commission des comptes de la sécurité sociale à environ 700 millions d'euros annuels pour 2002 et 2003. Il est à noter que cette augmentation vigoureuse est aussi à mettre sur le compte d'une nette reprise du nombre d'actes.

2. La croissance modérée des soins de ville hors médicament en 2004

a) L'augmentation de l'objectif délégué en 2004 est soutenable

Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2004, le rythme de croissance des dépenses de médecine de ville a décéléré en 2004. Le taux de croissance 2004 s'établirait en effet à 5,1 %. La progression de l'objectif délégué atteint 3,6 %, contre 7 % en 2003.

La progression des dépenses d'honoraires est moins forte qu'en 2002 et 2003, en raison d'une certaine modération des volumes, d'un contexte épidémique favorable, de l'éloignement de l'effet des revalorisations tarifaires pris en 2002 et 2003 et enfin grâce aux mesures d'économies prises par la loi de financement de sécurité sociale pour 2004. En outre, la suppression par décret du ticket modérateur pour les soins consécutifs à un acte dont la cotation est supérieure à 50 a joué un rôle dans cette modération des dépenses.

b) La vie conventionnelle en 2004 n'a pas été marquée par des revalorisations massives

En ce qui concerne les tarifs des médecins spécialistes, l'avenant n° 6 (arrêté du 19 décembre 2003) annexe trois contrats de pratiques professionnelles (CPP) :

- un contrat relatif à la fonction de coordination et de suivi péri et post opératoire en anesthésie-réanimation ;
- un contrat relatif à la fonction de coordination et de suivi péri et post opératoire en chirurgie ;
- un contrat relatif à la réalisation d'échographies obstétricales.

Ces trois contrats concernent les médecins exerçant en secteur conventionné. En échange d'une rémunération forfaitaire, ils fixent, pour les anesthésistes réanimateurs et les chirurgiens, des engagements en matière de coordination de l'équipe médicale. Le contrat relatif à la pratique de l'échographie permet aux médecins de s'engager dans l'utilisation de matériel de qualité. Ces trois contrats prévoient, d'une part, une rémunération forfaitaire liée à l'activité exercée et, d'autre part, la participation de l'assurance maladie à la prise en charge d'une partie des primes de responsabilité civile pour les médecins qui ont eu à leur charge une prime supérieure à 1 000 euros en 2002. Le coût financier pour les régimes de l'assurance maladie de ces contrats a été évalué à 12,7 millions d'euros.

Un accord avec les chirurgiens a été conclu le 24 août dernier. Les tarifs des actes chirurgicaux cotés en KCC devraient être revalorisés de 12,5 % à compter du 1^{er} octobre. Il s'agit d'une majoration transitoire applicable jusqu'à la mise en place de la nouvelle classification des actes. Selon les informations communiquées au rapporteur, l'impact de cet accord a bien été pris en compte dans l'élaboration de l'ONDAM 2005.

B. LA LOI DU 13 AOÛT 2004 RELATIVE A L'ASSURANCE MALADIE ENGAGE UN AUTHENTIQUE PROCESSUS DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE ET UNE MODERNISATION DE LA GOUVERNANCE DE L'ASSURANCE MALADIE

Compte tenu des déséquilibres financiers des régimes de l'assurance maladie et de la nécessaire amélioration de la qualité des soins, le gouvernement a fait adopter cet été par le Parlement la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. D'un point de vue financier, l'objectif est de parvenir à un effort global d'économies de 15 milliards d'euros en 2007, pour permettre un retour progressif vers l'équilibre de la branche maladie.

Cette loi est une réforme d'ensemble et beaucoup de ses dispositions concernent le système de l'assurance maladie dans sa globalité. Elle vise notamment à en supprimer les cloisonnements. Outre l'instauration d'un dossier médical personnel et de protocoles de soins scientifiquement validés, la réforme incite l'assuré à s'inscrire dans des parcours de soins (dispositif du médecin traitant), le responsabilise financièrement (contribution forfaitaire d'un euro) et renforce les contrôles. Enfin, elle rénove profondément la gouvernance de l'assurance maladie, ce qui facilitera la régulation de l'objectif des dépenses déléguées.

1. Des économies sont attendues dans le domaine de la maîtrise médicalisée et des indemnités journalières

La Cour des comptes, dans son rapport sur l'exécution de la loi de financement de sécurité sociale de septembre 2004, insiste sur quatre points qui font, selon les magistrats, l'objet de contrôles insuffisants :

- le suivi des malades atteints d'une affection de longue durée (ALD) ;
- les transports sanitaires ;
- la liste des produits et prestations remboursables ;
- les indemnités journalières.

Ces quatre points font l'objet, à des degrés divers, de dispositions spécifiques dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Le gouvernement escompte ainsi 100 millions d'euros d'économies en 2005 de l'application des référentiels de prescriptions sur les transports sanitaires et du plan de maîtrise médicalisée du transport.

Le suivi des patients atteints d'une ALD et le problème des indemnités journalières sont particulièrement emblématiques des choix du gouvernement.

a) Le suivi des assurés atteints d'une affection de longue durée est renforcé

Depuis 1999, l'augmentation du nombre d'admissions en ALD dépasse 10 % et le coût du dispositif augmente très fortement. L'article 38 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2004 comporte des dispositions visant à maîtriser ces dépenses, en disposant que « *Lorsque les soins sont dispensés à des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant et le médecin-conseil établissent conjointement un protocole de diagnostic et de soins. Ce protocole révisable définit les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3.* »

Conformément à l'article 6 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le protocole de soins établi conjointement par le médecin traitant et le médecin-conseil de la caisse définit les actes et prestations prises en charges au titre de l'affection de longue durée. Ce protocole de soins est révisable suivant l'état du patient et des avancées thérapeutiques. Le patient devra le présenter aux médecins qu'il consulte pour bénéficier de l'exonération du ticket modérateur. Un premier décret relatif à cette procédure (décret n° 2004-1050 du 4 octobre 2004 relatif à certaines conditions de limitation ou de suppression de la participation de l'assuré aux frais de soins en cas d'affections de longue durée) a été publié au Journal officiel le 5 octobre dernier, témoignant ainsi de la détermination du gouvernement à appliquer au plus vite la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Compte tenu du poids représenté par les sommes versées par les régimes de l'assurance maladie au titre de l'application du dispositif de l'affection de longue durée, cette mesure aura un impact significatif sur l'évolution des dépenses dès 2005. Le gouvernement l'a évalué à 350 millions d'euros pour le seul régime général.

b) Il n'y a pas de fatalité de la croissance des dépenses relatives aux indemnités journalières

Selon les données du ministère de la santé et de la protection sociale, entre 1997 et 2002, les dépenses d'indemnités journalières maladie ont augmenté de près de 50 %. En 2002, la croissance a été de 13,3 %. Grâce à une réorientation du dispositif de contrôle, le rythme de progression des dépenses s'est atténué en 2003 pour atteindre 5,6 %. Les chiffres de la première partie de l'année 2004 confirment cette tendance : les dépenses d'indemnité journalières de courte durée (moins de trois mois) pourraient baisser en 2004. Les dépenses d'indemnités journalières dites longues (plus de 3 mois) augmenteraient à un rythme bien plus faible que les années précédentes. S'agissant des arrêts de travail d'une durée supérieure à trois mois, la Caisse nationale de l'assurance maladie a déclaré que la visite médicale interviendrait dès la fin du deuxième mois (auparavant, la visite du médecin conseil intervenait au bout du troisième mois). Il n'y a donc pas de fatalité à la hausse continue des dépenses relatives aux indemnités journalières.

Les articles 24 et 25 de la loi relative à l'assurance maladie renforcent les obligations en cas d'arrêt maladie et les procédures de contrôles des assurés et des prescripteurs (mise sous entente préalable des gros prescripteurs d'indemnités journalières). Le renforcement du contrôle médical et l'encadrement des pratiques des prescripteurs permettront d'infléchir sensiblement la progression des indemnités journalières. Le gouvernement attend de ces mesures relatives aux indemnités journalières 300 millions d'euros d'économies en 2004 et 800 millions d'euros pour l'année 2007.

2. Les premiers rendez-vous de la réforme de l'assurance maladie : appliquer la politique de la qualité

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie nécessite un énorme travail de rédaction des textes d'application. Sur ce sujet, il est impératif d'aller vite, comme l'a souligné l'avis du conseil d'administration de la CNAMTS relatif au présent projet.

A cet égard, le rythme de rédaction et de promulgation des décrets d'application doit être soutenu. La réforme se met en place rapidement ; en particulier, la mise en place des nouvelles institutions (UNCAM, Haute Autorité de santé ...) devrait intervenir avant le 1^{er} janvier 2005, comme le prévoit la version modifiée du calendrier d'application de la loi relative à l'assurance maladie. Elle devrait faciliter la création d'instruments de régulation médicalisée. En particulier, le décret relatif à la modulation du taux de remboursement en cas de non-respect du dispositif du médecin traitant devrait être publié dans la première quinzaine de décembre.

Le rapporteur souligne la nécessité d'une application rapide de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : la fixation d'un taux de progression de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie de 3,2 % pour 2005

exige que les instruments de maîtrise médicalisée soient utilisables. A cet égard, le lancement du dossier médical personnel doit être accéléré afin que sa généralisation intervienne au plus tôt, si possible avant le 1^{er} janvier 2007, date prévue par le calendrier d'application de la loi relative à l'assurance maladie.

**Le calendrier d'application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004
relative à l'assurance maladie**

(Source : Site internet du ministère de la santé et de la protection sociale)

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, et M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, conformément aux souhaits du président de la République, soulignent que la réforme de l'assurance maladie sera mise en œuvre sans délai pour être opérationnelle au 1^{er} janvier 2005.

Le calendrier de publication des décrets qui a été transmis au Parlement, respectera, voire dépassera, l'objectif fixé : 80 % des textes publiés avant le 31 décembre.

Les nouvelles instances de gouvernance de l'assurance seront mises en place dans des délais très brefs. Les principaux textes réglementaires nécessaires à cet effet ont déjà été examinés par le Conseil d'Etat, et leur publication interviendra très rapidement, pour permettre l'installation du nouveau conseil d'administration avant la fin de ce mois, ainsi que celle de la Haute autorité en santé.

Rappel du calendrier global :

Les décrets seront publiés en 5 étapes successives, dont 4 interviendraient avant la fin de l'année 2004.

1. Décrets publiés le 5 octobre 2004

Décret sur le respect de l'ordonnancier bizona par les médecins

Décret sur la reconnaissance de la maladie d'Alzheimer comme ALD spécifique

Décret abrogeant le COTSAM du fait de la création de l'institut des données de santé

2. Décrets en cours de publication

Décrets relatifs au volet recette de la réforme (mesures techniques CSG et C3S)

Décret sur le recours contre tiers

3. Installation des nouvelles instances

Décrets Gouvernance (composition des conseils et fonctionnement des différentes caisses CNAMTS, UNCAM, URCAM, CPAM)

Décret créant le comité d'alerte et définissant ses modalités d'intervention

Décret portant création du comité de la démographie médicale

Décret modifiant la composition du CEPS

Arrêté portant création du conseil de l'hospitalisation

Décret créant la Haute Autorité de Santé

Cette deuxième vague de décrets a été soumise pour avis au conseil d'administration de la CNAMTS qui a rendu un avis favorable le 23 et le 29 septembre. Leur publication est prévue à la mi-octobre.

4. Dispositif de maîtrise médicalisée : 15 novembre

Décret prévoyant les modalités du partenariat entre l'UNCAM et l'Union des complémentaires

Décret précisant les conditions de fonctionnement des missions régionales de santé (ARH-URCAM)

Décret relatif à la procédure d'opposition et d'arbitrage dans les discussions conventionnelles

Décret relatif à l'élargissement de la convention

Décret relatif à la composition de l'UNPS

Décret relatif aux accords de bon usage de soins à l'hôpital

Décret relatif au contrôle des indemnités journalières (IJ)

Décret relatif à l'intégration des directeurs de caisses et des médecins conseils à l'IGAS

Décret relatif à la gestion de la nomenclature

Décret relatif à la contribution par acte (un euro par acte)

Arrêté relatif au forfait journalier

Arrêté sur l'usage détourné de certains médicaments

Décret relatif au contrôle d'activité des médecins

Décret relatif aux conditions de prolongation des arrêts de travail

Décret sur la taxe sur le CA des entreprises

Décret sur l'information de l'assuré lors de la délivrance de médicaments

Décret sur le conditionnement des médicaments

5. Maîtrise médicalisée (suite) et nouvelles missions de la CNAM : 1^{re} quinzaine de décembre

Décret relatif au médecin traitant

Décret relatif à la modulation des taux de remboursement

Décret relatif à la liste d'aptitudes pour les caisses de base

Décret relatif à la mise en place du crédit d'impôt

Décret relatif à l'accréditation des médecins

Décret relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles

Arrêté portant création de l'observatoire de la sinistralité

Décret adaptant les dispositions sur la permanence des soins

Décret sur l'expérimentation des agences régionales de santé

6. Dernière vague de décrets : janvier 2005

Décret relatif à l'identifiant santé

Décret relatif aux pénalités financières

Décret définissant la charte de la visite médicale

Décret définissant le cahier des charges des contrats complémentaires responsables

Décret relatif à la carte électronique

Décret prévoyant les conditions de création de l'institut des données de santé.

a) Le succès de la réforme repose sur les changements de comportement des acteurs du système de l'assurance maladie

Le changement des comportements des assurés comme des professionnels de santé sera une des variables essentielles du succès de la réforme. A cet égard, concernant la médecine de ville, un certain optimisme ressort des auditions conduites par le rapporteur. Il est aussi très probable que les efforts de pédagogie menés par le gouvernement depuis quelques années aient porté leurs fruits et que les assurés comme les professionnels soient plus conscients des efforts à fournir.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation médicale continue efficace, dispositifs profondément rénovés par la loi relative à l'assurance maladie, devraient contribuer à éviter des gaspillages. En particulier, l'EPP est rendue obligatoire et généralisée à l'ensemble des médecins, quel que soit leur statut. Ces mesures sont emblématiques de la « politique de la qualité » que veut impulser le gouvernement dans notre système de soins.

Les modifications apportées au dispositif de la gouvernance de l'assurance maladie devraient également modifier les comportements des acteurs, notamment des négociateurs conventionnels. L'autorité renforcée de l'UNCAM comme l'aménagement d'un droit d'opposition devraient éviter les parties de « billard à trois bandes » en responsabilisant les parties aux négociations.

b) L'élaboration d'une nouvelle nomenclature est une des conditions de la modernisation de l'assurance maladie

La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ne constitue plus un outil pertinent de tarification des actes. Des travaux de refonte de la NGAP et du catalogue des actes médicaux (CdAM) utilisé dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) ont conduit, à partir de 1998, à l'élaboration de la classification commune des actes médicaux (CCAM), qui a vocation à s'appliquer tant au secteur hospitalier qu'à la médecine de ville.

La CCAM représente une avancée significative. Tous les actes sont hiérarchisés selon la combinaison de quatre composantes : stress, durée de l'acte, technicité, effort mental. Cette hiérarchisation est réalisée dans un premier temps pour les actes d'une même spécialité et, dans un deuxième temps, entre les différentes spécialités. Elle met donc à la disposition de tous les praticiens un outil complet de 7 325 actes, précis et codé. Elle permet d'une part, de déterminer leur rémunération sur des bases objectives et équitables et d'autre part de disposer d'un recensement précis et quantitatif des actes réalisés par les professionnels de santé.

Le comité de pilotage (COPIL) de la CCAM, au sein duquel siègent le représentant de l'Etat, les représentants des syndicats représentatifs des médecins et ceux des caisses nationales d'assurance maladie, a été installé le 9 octobre 2003, avec pour mission de valider, par le biais d'un « *consensus suffisant* », les travaux techniques effectués par la CNAMTS sur cette nouvelle classification. Le travail de description des actes médicaux, unique et commun à la ville et à l'hôpital, mené par les services de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) avec le concours des sociétés savantes, est terminé. Les caisses nationales d'assurance maladie et l'ensemble des syndicats représentatifs des médecins libéraux ont signé le 22 juillet 2004 un relevé de conclusions par lesquels les parties signataires s'engagent notamment à créer les conditions de mise en œuvre de la CCAM et à mettre en place un dispositif d'accompagnement permettant à la fois une application immédiate des effets tarifaires pour les spécialités aujourd'hui défavorisées par la NGAP et un lissage progressif pour les autres spécialités.

D'ultimes négociations ont lieu afin d'adopter cette nouvelle classification. Elles doivent aboutir rapidement. La rénovation de la nomenclature, restée trop longtemps inchangée, sera un des instruments importants de la modernisation de l'assurance maladie.

c) Le premier rendez-vous important sera la conclusion d'une convention entre l'assurance maladie et les spécialistes

En l'absence de convention, les relations entre les médecins spécialistes et les caisses d'assurance maladie sont actuellement définies par le règlement conventionnel minimal (RCM), pris par arrêté du 13 novembre 1998. Ce vide conventionnel suscite un certain malaise au sein de nombreuses professions médicales à exercice libéral. Depuis 2002, le gouvernement a cherché à modifier ce climat, grâce à des mesures de revalorisation tarifaire résultant de négociations abouties entre les caisses nationales d'assurance maladie et la plupart des professions de santé libérales et la suppression des dernières sanctions collectives (lettres-clés flottantes et comités médicaux régionaux).

Cette politique s'appuie notamment sur l'avenant à la convention d'objectifs et de gestion signé avec la CNAMTS le 17 février 2003. Il comporte des actions très intéressantes : les retours d'information vers les professionnels, les entretiens confraternels, les cercles de qualité, la qualité de service visant à améliorer la gestion du risque maladie et l'optimisation médicalisée des dépenses. Ces pistes d'action ont donné lieu à un approfondissement dans un avenant de prolongation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2000-2003, avenant signé le 10 juin 2004. Parallèlement, des accords de bon usage des soins et des contrats de santé publique ont été conclus.

Dans ce contexte, le premier rendez-vous important de la réforme sera la conclusion de la convention avec les représentants des médecins spécialistes. Il convient de rappeler que la réforme de l'assurance maladie a prévu de substituer à l'actuel RCM un règlement arbitral (article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale). En cas d'échec des négociations préalables à une nouvelle convention ou en cas d'exercice du droit d'opposition, une procédure arbitrale est engagée. Un arbitre désigné par l'assurance maladie et au moins par un syndicat représentatif ou à défaut par le président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie élabore puis propose un projet de convention qu'il transmet aux ministres pour adoption et publication sous la forme d'un règlement arbitral.

Le rapporteur espère que la mise en place rapide des nouvelles institutions de l'assurance maladie permettra aux négociations d'aboutir le plus vite possible. En réponse aux efforts d'explication portés par le gouvernement et les élus, les comportements des assurés et des professionnels devraient changer grâce au retour de la confiance qu'incarnera cette nouvelle convention. Enfin, il serait bon que les réflexions relatives à la conclusion d'une convention unique aboutissent. Le cas échéant, cette convention pourrait être accompagnée de déclinaisons spécifiques en fonction de la technicité des métiers.

III.- LE MÉDICAMENT : UN PLAN D'ÉCONOMIES AMBITIEUX POUR ENRAYER DURABLEMENT LA CROISSANCE DES DÉPENSES

Depuis trop longtemps, notre pays se caractérise par une consommation massive, voire anarchique, de médicaments, à tel point que certains ont pu craindre que la dimension socio-culturelle de cette exception française ne soit trop profondément enracinée pour permettre de réguler efficacement ce poste de dépenses. Quels éléments peuvent en effet justifier, d'un point de vue médical, que la France consomme trois fois plus d'antibiotiques que les Pays-Bas et deux fois plus de vasodilatateurs et d'analgésiques, 2,5 fois plus de psychoanaleptiques et 3,5 fois plus de psycholeptiques que la moyenne des pays européens ⁽¹⁾ ?

Pourtant, comme l'ont par exemple souligné les progrès importants réalisés en matière de lutte contre l'insécurité routière, il est possible de faire évoluer les comportements. C'est tout le pari de la réforme de l'assurance maladie, dans laquelle s'inscrit le plan médicament engagé par le gouvernement.

Ambitieux mais réaliste, ce plan vise à la fois à permettre aux patients d'avoir accès aux nouveaux traitements dont ils ont besoin, à travers notamment le soutien à l'innovation, tout en recherchant une efficacité accrue des dépenses de médicaments : en d'autres termes de soigner mieux ou aussi bien, en dépensant beaucoup moins.

A. L'APPARITION DE SIGNAUX ENCOURAGEANTS MALGRÉ LA PROGRESSION CONTINUE DES DÉPENSES

1. La progression des ventes et des remboursements de médicaments est restée dynamique en 2003 et en 2004

En 2003, les dépenses de remboursements de médicaments ont atteint 15,4 milliards d'euros, soit une progression de 6,4 % par rapport à 2002 ⁽²⁾. Pour le seul régime général, elles représentent 31 % des dépenses de soins de ville et 15,2 % du total des dépenses dans le champ de l'ONDAM.

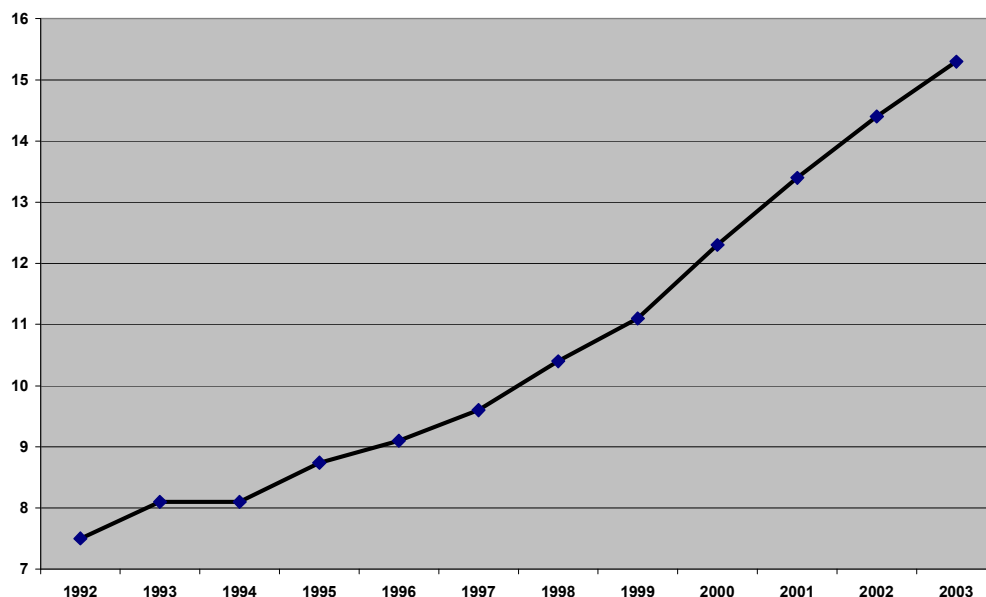
Cette progression s'inscrit ainsi dans le prolongement de la croissance tendancielle des dépenses de médicaments depuis 1991, comme l'indique le graphique suivant.

(1) Selon le rapport du Haut conseil pour la réforme de l'assurance maladie (janvier 2004).

(2) Selon le rapport annuel de la CNAM sur l'exécution de l'ONDAM (juin 2004).

Evolution des remboursements de médicaments depuis 1991

(en milliards d'euros)



Source : Graphique établi d'après les données du rapport de la CNAM sur l'exécution de l'ONDAM (juin 2004).

En 2004, le rythme des dépenses de médicaments pourrait par ailleurs enregistrer une accélération sensible, de l'ordre de 8,4 % pour le régime général (contre 6,7 % en 2003) selon la commission des comptes de la sécurité sociale ⁽¹⁾. Le dépassement de l'ONDAM de 900 millions d'euros sur les soins de ville serait ainsi largement imputable au dynamisme des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux.

2. La part croissante des médicaments les plus coûteux et la rétrocession sont les facteurs principaux de croissance

Cette croissance des dépenses s'explique principalement par la déformation de la structure de la consommation des médicaments les moins chers vers les plus coûteux ainsi que par la rétrocession hospitalière.

a) L' « effet structure », une spécificité du marché du médicament

La dynamique des dépenses en 2003 s'explique en grande partie, comme les années précédentes, par la part croissante de produits nouveaux et plus coûteux au sein des dépenses présentées au remboursement (« effet structure »), comme l'indique le tableau suivant.

(1) Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2004.

**Décomposition de la croissance des remboursements de médicaments
délivrés en ville (hors rétrocession)**

(en %)

	Croissance totale dont :	Effet taux de remboursement	Effet Prix	Effet quantités	Effet Structure
2001	8,6	-0,5	0,7	3,5	7,3
2002	5,5	-0,1	-0,5	1,8	5,4
2003	4,6	- 1,2	-0,5	0,7	6,0

Source : Rapport de la Cour des comptes sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2004 (Données Medicam).

En raison principalement du vieillissement de la population et des progrès technologiques, les nouveaux produits, plus efficaces mais souvent plus chers, sont ainsi à l'origine chaque année d'environ un tiers de la croissance du marché des médicaments remboursables ⁽¹⁾.

b) La rétrocession hospitalière fait désormais l'objet d'un encadrement réglementaire

Si la rétrocession, c'est-à-dire la délivrance de médicaments par des pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés ⁽²⁾, financée sur l'enveloppe de soins de ville de l'ONDAM, représente une proportion encore limitée de la dépense totale de médicaments (8,5 % en 2003), les dépenses liées au remboursement de ces médicaments ont augmenté de près de 100 % entre 2000 et 2003. Cette situation s'explique pour partie par le fait que les médicaments rétrocédés, souvent très coûteux, bénéficient d'une liberté tarifaire tandis que les établissements de santé, remboursés sur le prix d'achat de ces médicaments, ne sont pas réellement incités à négocier les tarifs qui leur sont proposés.

Cette évolution s'est poursuivie en 2003, avec une hausse de 30,1 % des dépenses liées à la rétrocession par rapport à 2002, soit un taux de croissance près de six fois supérieur à celui des autres médicaments. Ces dépenses ont ainsi atteint près de 1,3 milliard d'euros en 2003 et contribué à hauteur de 28 % à la croissance des dépenses de médicaments remboursables.

L'année 2004 marque toutefois un tournant, dans la mesure où un dispositif de régulation tarifaire est actuellement en cours de mise en place.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a en effet prévu que les prix des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et inscrits sur la « liste rétrocession » seront désormais déterminés à partir

(1) Selon les comptes nationaux de la santé en 2003 établis par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques (juillet 2004).

(2) Il s'agit notamment des trithérapies, des produits de traitements de l'hépatite C ou de l'anémie secondaire à une insuffisance rénale chronique ou à des chimiothérapies.

notamment d'une marge forfaitaire fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie ⁽¹⁾. Le rapporteur se félicite à cet égard que les modalités de mise en œuvre de ce dispositif aient pu être définies rapidement par l'accord-cadre conclu, le 30 mars dernier, entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et les entreprises du médicament (LEEM).

En outre, dans le droit fil des recommandations de la Cour des comptes, le décret n° 2004-546 du 15 juin 2004 ⁽²⁾ a modifié les catégories de prescription restreinte des médicaments, en définissant plus strictement la catégorie de la réserve hospitalière (RH), qui doit être limitée aux médicaments dont les contraintes techniques d'utilisation ou des raisons de sécurité d'utilisation, nécessitent que le traitement s'effectue sous hospitalisation.

Ainsi, un grand nombre de médicaments dispensés uniquement à l'hôpital pour des patients non hospitalisés sortiront, d'ici 2007, de la RH vers l'officine de ville. A cette occasion, leur prix sera réévalué par le CEPS, ce qui donnera également lieu à un travail en commun entre les pharmaciens des réseaux hospitaliers et officinaux, à travers notamment des actions communes de formation continue, ce qui ne s'était jamais fait auparavant.

Dans le cadre de la tarification à l'activité, la mise en place de ce dispositif de régulation pourrait ainsi permettre de réaliser près de 50 millions d'euros d'économies dès 2005.

2. Les comportements des assurés et des professionnels de santé peuvent évoluer

Pour inscrire la réforme dans la durée, le gouvernement a fait le pari de modifier les comportements de l'ensemble des acteurs du système de santé, pari dont deux évolutions récentes confirment le bien-fondé : la diminution des prescriptions d'antibiotiques et la montée en puissance des génériques.

a) Des antibiotiques de moins en moins automatiques

Jusqu'au début des années 2000, on comptait annuellement en France près de 100 millions de prescriptions d'antibiotiques, à l'origine d'une augmentation inquiétante de la résistance bactérienne à ces médicaments. En 1999, le taux de résistance des pneumocoques aux pénicillines a ainsi atteint 42 % contre 0,5 % en 1984.

(1) Le prix de cession des médicaments au public est égal au prix de vente déclaré par l'entreprise au CEPS auquel s'ajoute une marge forfaitaire, fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie. A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession est fixé par décret.

(2) Décret n° 2004-546 du 15 juin 2004 relatif aux catégories de médicaments à prescription restreinte et à la vente de médicaments au public par certains établissements de santé.

D'importants moyens ont là encore été mis en œuvre afin de mieux utiliser ces médicaments et préserver leur efficacité. L'accord national de bon usage des soins (AcBUS) du 5 juin 2002 a ainsi permis de mettre à la disposition des généralistes des tests de diagnostic rapide afin de déterminer l'origine virale ou non des angines.

Engagée en 2002 par l'assurance maladie, la campagne nationale de sensibilisation auprès du grand public et des professionnels de santé a porté ses fruits puisqu'une baisse de 10,2 % de la consommation d'antibiotiques a été constatée durant l'hiver 2002-2003, ce qui a permis à l'assurance maladie d'économiser environ 50 millions d'euros. En outre, selon une enquête barométrique d'IPSOS ⁽¹⁾, les Français se déclarent mieux informés sur les antibiotiques et leur rôle dans les infections ORL courantes et leurs comportements évoluent : un Français sur quatre reconnaît par exemple avoir changé son attitude lorsqu'il consulte son médecin.

b) Des génériques de plus en plus généralisés

Depuis plusieurs années, les génériques ont fait l'objet d'importantes mesures de soutien, à travers notamment la possibilité de prescrire en dénomination commune internationale (DCI), le droit de substitution accordé aux pharmaciens ou encore la modification des modalités d'inscription au répertoire des groupes génériques par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

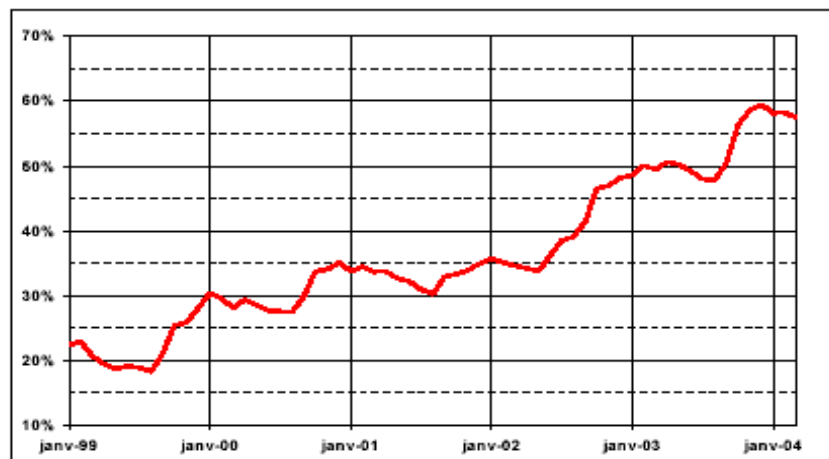
De plus, des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR), consistant à rembourser les médicaments, qu'ils soient *princeps* ou génériques, sur la base du prix des génériques, ont été appliqués à partir de septembre 2003 aux groupes génériques qui rencontraient des difficultés à prendre des parts de marché (taux de pénétration compris entre 10 et 45 %). Ces mesures ont engendré une économie pour la sécurité sociale de l'ordre de 100 millions d'euros en année pleine.

Avec le ministère de la santé, l'assurance maladie a par ailleurs lancé une importante campagne d'information en 2003, qui a contribué à améliorer significativement l'acceptabilité des génériques auprès du grand public.

La proportion des génériques au sein du répertoire, c'est-à-dire parmi l'ensemble des molécules qui peuvent être « copiées », s'élève ainsi à 57 % en juillet 2004, contre 36 % en 2002, comme l'indique le graphique présenté ci-après.

(1) Enquête menée du 11 au 15 décembre 2003 auprès d'un échantillon de 1005 personnes constituant un échantillon représentatif de la population âgée de 18 ans et plus.

TAUX DE GÉNÉRIQUES DANS L'ENSEMBLE DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES
en nombre de boîtes présentées au remboursement



Source : CNAMTS/DSE

Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, le montant des économies réalisées par l'assurance maladie grâce au développement des génériques s'élèverait ainsi à 500 millions d'euros en 2003.

B. LA RÉUSSITE DU PLAN MÉDICAMENT NÉCESSITE LA MOBILISATION DE TOUS LES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Dans son rapport de septembre 2004 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes ⁽¹⁾ a souligné qu'une vraie régulation du médicament s'impose d'autant plus que « *le secteur recèle des gisements d'économies considérables* », qu'elle a chiffrées à plus de 4 milliards d'euros.

En tout état de cause, qu'il s'agisse de la promotion des génériques, du bon usage des soins ou de la gestion plus efficiente des prix des médicaments, les voies de la réforme ne sont en aucun cas celles du rationnement des soins. Elles requièrent en revanche la mobilisation rapide de l'ensemble des acteurs de notre système de santé.

1. Soigner mieux en dépensant mieux : le bon usage des soins

a) *Un impératif de santé publique*

Les études réalisées en 2000 et 2001 par la CNAM ont fait apparaître un non-respect des indications prévues par l'AMM dans 26 à 42 % des classes thérapeutiques ou des spécialités examinées ainsi qu'un mésusage dans un certain nombre de cas. Ainsi, la part des assurés qui se voit prescrire des antidépresseurs (9,7 %) est deux fois supérieure à la prévalence de cette pathologie (4,7 %), tandis que l'usage en prévention primaire des traitements hypolipémiants, en particulier

(1) Rapport de la Cour des comptes relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2004.

les statines, tend à se banaliser (selon une étude de la CNAM, les référentiels pour ces traitements ne sont pas respectés dans les deux tiers des cas).

Or ces prescriptions inadaptées ainsi que le non-respect des posologies ou des durées de traitement peuvent entraîner des risques parfois importants pour la santé des patients. C'est par exemple le cas des psychotropes, en particulier pour les personnes les plus âgées. La iatrogénie médicamenteuse, c'est-à-dire les conséquences indésirables et négatives sur l'état de santé de la prise de médicaments, représenterait ainsi plus de 3 % des motifs d'hospitalisation, soit environ 130 000 hospitalisations par an ⁽¹⁾.

b) La Haute autorité de santé, le catalyseur du changement

Le gouvernement a fait de la sécurité et du bon usage du médicament un des piliers de sa politique de santé.

La mise en place de la Haute autorité de santé permettra en effet d'accélérer l'élaboration de référentiels de bon usage et de diffuser une information objective sur le médicament auprès du grand public et des professionnels de santé. Ses travaux pourraient par exemple porter sur la réduction de la polymédication et du risque de iatrogénie, les antiagrégants plaquettaires ainsi que sur l'amélioration de l'usage des psychotropes. S'il est difficile de quantifier l'ensemble des économies réalisables dans ce domaine, le respect des règles de bonne pratique pour les seuls médicaments hypolipémiants pourrait représenter une économie pour l'assurance maladie de l'ordre de 650 millions d'euros selon la Cour des comptes.

La commission de la transparence, qui deviendra l'une des commissions spécialisées de la Haute autorité, sera également chargée de définir, en étroite concertation avec les industriels, le conditionnement le mieux adapté à la pathologie traitée et à la durée du traitement. Dès la fin 2004, un programme devrait être engagé pour des médicaments largement prescrits dans le traitement chronique des affections cardiovasculaires, tels que les statines. Près de 80 millions d'euros d'économies pourraient ainsi être réalisées dès 2005.

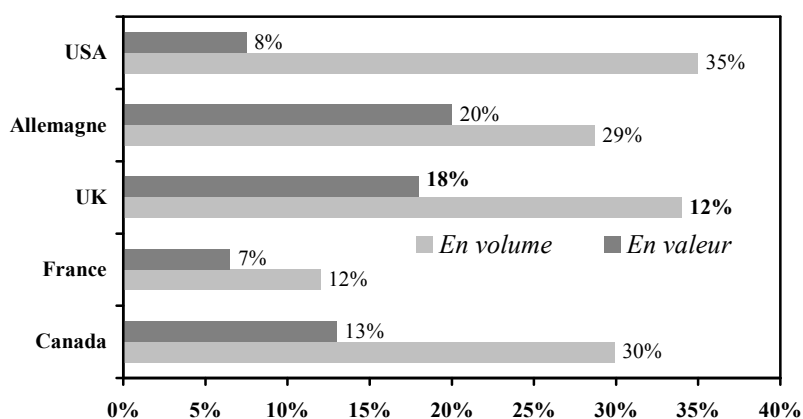
2. Soigner aussi bien en dépensant beaucoup moins

a) Les génériques, un gisement d'économies considérables

Si les génériques ont connu une progression significative depuis 2001, leur potentiel de pénétration est encore important, compte tenu notamment des parts de marché détenus par ces médicaments dans d'autres pays européens.

(1) Selon le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (janvier 2004).

Parts de marché des génériques



Source : IMS Health

Plusieurs mesures doivent permettre d'accélérer leur progression au cours des prochaines années.

– L'article 17 de la loi du 13 août dernier sur l'assurance maladie a permis d'élargir la définition des groupes génériques à certains produits dits de « contournement », ou « me-too », c'est-à-dire à des molécules ayant des formes chimiques très proches et des effets thérapeutiques similaires.

– Une centaine de molécules verront leurs brevets tomber dans le domaine public entre janvier 2004 et décembre 2007. Le coût actuel pour l'assurance maladie des médicaments de marques correspondant à ces molécules s'élève à 3,8 milliards d'euros par an pour 260 millions de boîtes vendues. En particulier, 15 molécules représentent plus de 55 % de ce coût. Parmi elles, la première molécule du marché des médicaments remboursables, *l'oméprazole* (Mopral®, Zoltum®), un anti-ulcéreux, est tombé dans le domaine public en avril 2004, alors qu'il a représenté un coût pour l'assurance maladie de 480 millions d'euros en 2003. Toutes choses égales par ailleurs, l'arrivée sur le marché de ces génériques pourrait ainsi entraîner jusqu'à 1,2 milliard d'euros d'économie à l'horizon 2008⁽¹⁾.

– Dans le cadre de la transposition du paquet législatif sur les médicaments à usage humain⁽²⁾, un décret est actuellement en cours d'élaboration afin que la protection des données cliniques soit de dix ans par produit et non plus par dosage ou par forme galénique.

– Le ministre de la santé et de la protection sociale a demandé aux professionnels de la filière de s'engager à développer l'utilisation des génériques. Si, au terme d'une période de montée en charge d'un an, la part de marché de ces produits n'atteint pas 60 % pour les molécules onéreuses et autour de 50 % pour

(1) Selon le rapport précité de la commission des comptes de la sécurité sociale.

(2) En particulier, la directive n° 2004/27/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 et le règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004.

les autres, des tarifs de remboursement (TFR) seront alors appliqués d'ici la fin 2004.

b) Une gestion plus dynamique du prix des médicaments en fonction du cycle de vie des produits

Comme l'a souligné fortement la Cour des Comptes dans son rapport précité de septembre dernier, la politique de régulation du médicament doit être orientée vers l'achat au meilleur prix pour la collectivité. En particulier, si l'innovation doit être rémunérée à son juste prix, il n'y a aucune raison *a priori* que les prix demeurent stables pendant une longue période, voire l'ensemble du cycle de vie des produits, ou en décalage important par rapport aux prix moyens en Europe. Il incombera dès lors au CEPS, dont la composition et les missions ont été renouvelées par la loi précitée du 13 août dernier, de mettre en œuvre ces orientations.

3. Pour mieux soigner demain : promouvoir la recherche et garantir l'accès de tous à l'innovation

Pour garantir l'accès de tous aux progrès thérapeutiques, le gouvernement a souhaité promouvoir l'innovation et la recherche dans le secteur du médicament, en modernisant tout d'abord, par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, le régime des recherches biomédicales, qui n'avait pas été modifié depuis la loi « Huriet-Sérusclat » du 20 décembre 1988.

Dans le cadre de la tarification à l'activité, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a par ailleurs prévu la mise en place d'une liste de médicaments et de produits intégralement pris en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation (« groupes homogènes de séjour »). Ces dispositions concernent des dispositifs innovants mais coûteux, tels que les dispositifs cardiologiques implantables, les médicaments anti-cancéreux innovants ainsi que ceux destinés aux maladies orphelines.

Afin de développer l'attractivité et la compétitivité de notre pays dans ce secteur, le Premier ministre a enfin installé le 29 septembre dernier un Conseil stratégique pour les industries de santé, qui rassemble les ministres chargés de l'industrie, de la recherche et de la santé et six chefs d'entreprises de la pharmacie et des biotechnologies. Trois priorités ont été identifiées : l'innovation, la régulation du secteur (politique des prix et des volumes, délais des procédures administratives, développement des génériques, bon usage des médicaments) et la fiscalité. D'ores et déjà, le gouvernement a décidé de financer le réseau d'innovation pour les biotechnologies à hauteur de 12 millions d'euros pour 2005 et de mettre en place un fonds dédié à la maturation, c'est-à-dire à la validation de découvertes de la recherche publique, pour qu'elles soient valorisables par les entreprises de santé.

En tout état de cause, s'il est important de veiller à ce que les industries pharmaceutiques bénéficient d'un cadre réglementaire de nature à encourager l'innovation, il est essentiel que les industries pharmaceutiques « jouent le jeu » de la réforme et respectent pleinement leurs engagements, concernant notamment la promotion des génériques, la réévaluation des prix ou encore les conditions d'organisation de la visite médicale. Le rapporteur rappelle à cet égard que, devant la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie ⁽¹⁾, M. Bernard Lemoine, vice-président du LEEM, a estimé que, toutes choses égales par ailleurs, « *en deux ans, le poste de dépenses [du médicament remboursable] passera d'une tendance de 7,5 % ces quatre dernières années à une tendance de l'ordre de 1 % de croissance* ».

Leur mobilisation ainsi que celle de l'ensemble des acteurs du système de santé pourrait ainsi permettre de réaliser près de 700 millions d'euros d'économies dès 2005, tout en améliorant la qualité des soins.

Economies escomptées du plan médicament en 2005

(en millions d'euros)

Développement du générique	330
Taille des conditionnements	80
Politique des prix en fonction du cycle du produit	200
Médicament à l'hôpital (rétrocession et application de la tarification à l'activité)	50
Gestion des tarifs des dispositifs médicaux de la liste des produits et prestations remboursables	50
Total Médicament	710
Bon usage du médicament (volet « maîtrise médicalisée »)	300

Source : Ministère de la santé et de la protection sociale

(1) Table ronde « médicaments et dispositifs médicaux » du 5 mai 2004.

IV.- L'HÔPITAL ET LES CLINIQUES PRIVÉES : MAINTENIR L'EXCELLENCE, MODERNISER L'ORGANISATION ET REMÉDIER AU « DÉSENCHANTEMENT HOSPITALIER »

Près d'un an après l'adoption de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale qui a mis en place la tarification à l'activité, quelques mois après la promulgation de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et de la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 ne comprend pas de mesures majeures relatives aux établissements de santé publics et privés.

Comme les dépenses des régimes d'assurance maladie dans leur ensemble, les dépenses des établissements connaissent un grand dynamisme. La tendance constatée lors des campagnes budgétaires de 2003 et 2004 se poursuivra donc en 2005, exigeant un effort soutenu en matière de financement de la part de l'assurance maladie. Cependant, les nombreuses réformes réalisées par le gouvernement en matière d'investissement (plan « hôpital 2007 »), de gouvernance (ordonnances hospitalières) et de financement (introduction de la tarification à l'activité) devraient porter progressivement leurs fruits et profondément moderniser le fonctionnement des établissements. La loi relative à l'assurance maladie devrait également conduire à infléchir la courbe de croissance des dépenses en établissements.

A. LE POIDS DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES NE FAIBLIT PAS

La part relative des dépenses hospitalières dans l'ensemble des dépenses remboursées par les régimes de l'assurance maladie reste à peu près constante et représente environ la moitié de ces dépenses.

1. La hausse des dépenses des établissements reste soutenue

Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2004, la tendance de 2003 des dépenses réalisées en établissement (dont les établissements médico-sociaux) se monte à + 5,1 %. Ces taux atteignent 4,8 % pour les hôpitaux et 5,2 % pour les cliniques.

Si ce rapport constate pour l'année 2004 un certain ralentissement de la croissance des dépenses de médecine de ville, le rythme de croissance des dépenses des établissements reste constant. Selon le rapport de la commission des comptes, les dépenses en établissements devraient progresser de 4,9 % en 2004. Cette progression représente en valeur absolue 66 milliards d'euros, soit 150 millions d'euros de plus par rapport à l'objectif fixé par le gouvernement (ce

montant inclut les dépenses en établissement médico-social). La décomposition de cette progression montre une certaine décélération dans les établissements publics (+ 4,0 %) et une croissance soutenue de l'activité des cliniques (+ 5,7 %).

2. Les causes de la croissance des dépenses des établissements sont bien identifiées

a) La hausse est-elle inéluctable ?

Des facteurs structurels et bien connus, indépendants de la conjoncture et difficilement modifiables, constituent autant de puissants mouvements favorisant une hausse soutenue de la dépense des établissements.

Il s'agit d'abord de l'allongement de la durée de vie, du poids croissant des maladies chroniques et du coût des thérapies et des examens rendus possibles par les progrès scientifiques.

A cela s'ajoutent des décisions politiques ayant un coût. On peut citer notamment l'aménagement et la réduction du temps de travail et le financement des plans de santé publique tels que le « plan cancer » ou le « plan périnatalité ». Sur l'année 2004, la Cour des comptes estime à 22 millions d'euros la dépense en établissements correspondant au plan cancer. Le dossier de presse du projet de loi de financement de la sécurité sociale chiffre à 97,45 millions d'euros les dépenses supplémentaires de 2005 relatives à l'application du plan cancer.

L'audition de responsables de la Fédération hospitalière de France (FHF) a permis de souligner que le poids des dépenses en personnel des établissements publics, dépenses dites du groupe I, qui représentent 72 % environ des dépenses des hôpitaux, est un puissant facteur d'inertie et de rigidité des dépenses hospitalières. La multiplication des mesures statutaires (générales ou catégorielles) et l'absorption du choc financier représenté par la réduction du temps de travail ne permettent pas d'espérer la modération de ce type de dépenses.

Les dépenses strictement médicales (dépenses du groupe II) suivent un rythme de croissance également élevé, en raison du coût des traitements médicamenteux et des dépenses liées à la maintenance du matériel biomédical et au respect de normes sanitaires de plus en plus strictes. Les dépenses du groupe III (dépenses hôtelières, générales et logistiques), qui ont déjà fait l'objet d'importantes mesures de compression, ne connaissent également pas de répit, ce qui s'explique en partie par les coûts croissants des primes d'assurance imputable à la judiciarisation des relations entre les patients et les prestataires de soins.

b) Faire face aux reports de charge des budgets des hôpitaux publics

Le dynamisme de ces dépenses conjugué aux effets du mode de financement archaïque du budget global explique la situation financière délicate de nombreux hôpitaux publics. Cette situation est caractérisée par des reports de charges de plus en plus significatifs. Un report de charge représente une dépense

qui aurait normalement dû être financée sur l'exercice en cours et qui, par insuffisance de crédits, a finalement été payée sur l'exercice suivant, avec les crédits de l'exercice suivant. Des effets « boule de neige » conduisent certains établissements à accumuler ces reports pouvant atteindre des sommes considérables.

Comme le ministre de la santé et de la protection sociale l'a annoncé le 25 mai dernier lors de l'inauguration de la manifestation « Hôpital Expo », les efforts de réduction des reports de charge et de l'endettement accumulé par les hôpitaux publics seront soutenus par des dotations d'un montant total de 300 millions d'euros, dotations imputables sur l'ONDAM 2004. Cette aide sera accordée par les agences régionales de l'hospitalisation de manière à encourager les établissements dans leurs efforts de bonne gestion et à les accompagner dans leur transition vers l'application de la tarification à l'activité.

B. LE GOUVERNEMENT RÉFORME L'HÔPITAL

Le dynamisme des dépenses des établissements exige un financement à la hauteur, ce qu'a réalisé la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, en accroissant de manière significative certaines recettes. Ainsi, l'augmentation programmée et pluriannuelle du montant du forfait hospitalier annoncée par le gouvernement alimentera mécaniquement les recettes du groupe II des établissements (produits de l'activité hospitalière), comme cela a déjà été le cas en 2004.

Le gouvernement poursuit depuis plus de deux ans une politique hospitalière aux objectifs multiples. Il s'agit d'abord d'améliorer la prise en charge globale des malades et la qualité des soins, au bénéfice de la santé des assurés. Les efforts entrepris visent également à remédier au « désenchantement hospitalier » qui touche les personnels et enfin à s'assurer que l'hôpital fonctionne de la manière la plus efficiente, en évitant les gaspillages.

Ces efforts de réforme et de modernisation des hôpitaux doivent aussi trouver à s'appliquer dans les secteurs exclus du champ de la tarification à l'activité, et particulièrement dans les hôpitaux psychiatriques. Le rapporteur a été alerté sur la nécessité de mieux prendre en compte leurs besoins spécifiques.

1. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie va induire de profonds changements à l'hôpital

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est une réforme d'ensemble de l'offre de soins et de l'assurance maladie. A ce titre, de nombreuses dispositions d'ordre général auront un effet sur les établissements. En outre, elle comprend de nombreuses dispositions spécifiques à l'hôpital.

a) La loi relative à l'assurance maladie comprend des dispositions générales qui concernent les établissements

La loi relative à l'assurance maladie organise la mise en place du dossier médical personnel, qui devrait éviter de multiplier des examens. Elle prévoit également l'application à l'hôpital du dispositif du médecin traitant, qui incite à la construction de parcours de soins. L'article 6 du présent projet précise d'ailleurs les conditions d'application de ce dispositif du médecin traitant dans les établissements. La création de la Haute autorité de santé permettra d'élaborer des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques qui, s'ils sont appliqués, permettront d'éviter certains gaspillages tout en améliorant la qualité des soins. De même, l'obligation de la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques s'appliqueront aux médecins hospitaliers.

Selon le dossier de presse fourni par le gouvernement lors de la préparation de la discussion de la loi relative à l'assurance maladie, les mesures relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'hôpital devraient représenter une économie d'environ 1,6 milliard d'euros en 2007.

b) La loi relative à l'assurance maladie comprend des dispositions spécifiques aux établissements

• *La gouvernance nationale et régionale est modernisée afin de faire participer les régimes de l'assurance maladie*

L'article 45 de la loi crée un conseil de l'hospitalisation destiné à faire participer les régimes de l'assurance maladie à la gestion de la politique hospitalière, jusqu'alors presque exclusivement pilotée par l'Etat. L'une des attributions de cet organe est de donner « *un avis sur les projets de textes réglementaires fixant des nouvelles normes de sécurité sanitaire applicables aux établissements de santé. L'avis comporte notamment l'évaluation de l'impact financier et l'analyse des conséquences de ces mesures sur l'organisation des établissements.* »

En outre, l'article 67 de cette même loi crée une mission régionale de santé, mission constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie. En associant les régimes de l'assurance maladie et l'Etat, cette structure permettra de renforcer la coordination des soins et de promouvoir la coopération entre les établissements et les professionnels libéraux. L'article 68 autorise des régions à expérimenter la création d'une agence régionale de santé chargée des compétences dévolues à l'agence régionale de l'hospitalisation et à l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

• *L'amélioration de la qualité est privilégiée*

Prenant en compte la nécessaire amélioration de la qualité des soins dispensés à l'hôpital, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

comprend des mesures permettant aux acteurs de l'hôpital de progresser dans cette direction.

L'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit une accréditation des praticiens et une aide financière à la souscription d'assurance pour ces praticiens accrédités. L'aide sera prise en charge par les régimes de l'assurance maladie. Cette disposition bienvenue permettra d'aider les praticiens soucieux d'améliorer leur pratique. Elle constitue une première réponse à l'augmentation continue des primes d'assurance.

Enfin, l'article 13 de la loi relative à l'assurance maladie permet la conclusion d'accords-cadres entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les fédérations nationales représentatives des établissements de santé en vue d'améliorer les pratiques hospitalières. Les décrets fixeront notamment les conditions de la participation des professionnels de santé à la négociation de ces accords et les conditions dans lesquelles ces accords comportent des objectifs quantifiés, peuvent prévoir un reversement aux établissements de santé d'une partie des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord et peuvent être rendus opposables. Des accords pourront être conclus sur les mêmes sujets, à l'échelon local, par l'agence régionale de l'hospitalisation et un établissement de santé.

2. Le plan « Hôpital 2007 » accompagne la modernisation des établissements

Le plan « Hôpital 2007 » a été lancé en 2002 par M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Il s'agit de procéder à un effort d'investissement visant à moderniser un patrimoine hospitalier jugé vétuste. Les établissements, publics et privés, ne peuvent engager seuls ce programme lourd de rénovation des équipements.

Cet effort sans précédent – 10 milliards d'euros dépensés de 2002 à 2007 – est financé, d'une part, par les régimes de l'assurance maladie via le Fonds de modernisation des établissements publics et privés et, d'autre part, par les emprunts souscrits par les établissements. Le plan utilise deux sources de financement :

– les aides en capital versées par le Fonds de modernisation des établissements publics et privés (crédits hors ONDAM) aux trois catégories d'établissements de santé ;

– les aides en fonctionnement pour les établissements publics et privés sous dotation globale (il s'agit de crédits intégrés à l'ONDAM), aides finançant le surcoût des emprunts mobilisés ainsi que les dotations aux amortissements.

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, promulguée conformément à la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à

simplifier le droit, crée de nouveaux instruments juridiques de réalisation des investissements dans le domaine hospitalier, notamment des baux emphytéotiques, des marchés de conception - réalisation - maintenance, et la délégation de maîtrise d'ouvrage à des collectivités territoriales, des sociétés d'économie mixte ou des entreprises privées.

3. La réforme de l'organisation interne de l'hôpital est en cours

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 a considérablement simplifié la conduite de la politique hospitalière, en accroissant les compétences des agences régionales de l'hospitalisation.

S'agissant de l'organisation interne de l'hôpital, un protocole d'accord conclu avec les organisations représentatives des directeurs d'hôpitaux a permis de dégager quelques avancées significatives. Les conseillers généraux des hôpitaux, par exemple, permettront de renforcer l'expertise des instances de la politique hospitalière. L'article 9 du présent projet propose que ces postes soient financés par le Fonds de modernisation des établissements de santé.

Le 7° de l'article 50 du projet de loi de simplification du droit, adopté par l'Assemblée nationale le 10 juin dernier et par le Sénat le 14 octobre dernier¹, habilite le gouvernement à : *« 7° Réformer les règles de fonctionnement des établissements publics de santé, les règles et les modes d'organisation budgétaires et comptables ainsi que les règles de gestion des établissements de santé, adapter et aménager les compétences des agences régionales de l'hospitalisation en ces matières et réformer les règles de gestion des directeurs des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ».*

Dès la promulgation de la loi, une ordonnance devrait donc rapidement réformer l'organisation interne de l'hôpital en modifiant et précisant les compétences respectives du directeur d'hôpital, du conseil d'administration et des instances consultatives. En particulier, un centre national de gestion des directeurs d'hôpitaux devrait être mis en place.

Des négociations ont été ouvertes sur la gestion de la carrière des praticiens hospitaliers. Elles portent sur les sujets suivants : l'astreinte, le régime indemnitaire des contraintes particulières, la formation et la restructuration des plateaux techniques. Ces négociations s'organiseront autour de deux thématiques distinctes : d'une part la reconnaissance de contraintes particulières et d'autre part le statut unique du praticien hospitalier.

¹ L'urgence a été déclarée sur ce projet de loi.

C. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2005 COMPLÈTE LA RÉFORME PORTANT TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

L'utilité et le principe de la réforme portant tarification à l'activité font l'objet d'un assez large consensus : elle permettra en effet de répondre aux besoins des établissements les plus dynamiques, actuellement pénalisés par l'application du système de la dotation globale, qui ne prend pas en compte les besoins propres de chaque établissement. L'application de la tarification à l'activité facilitera également les indispensables coopérations entre le secteur public et le secteur privé.

1. La tarification à l'activité permet de sortir du carcan du budget global

a) Les objectifs et la mise en œuvre de la réforme portant tarification à l'activité répondent à l'exigence d'efficacité

La réforme portant tarification à l'activité introduite par la loi de financement de sécurité sociale pour 2004 consiste à substituer à un financement des établissements fondé sur l'attribution d'une dotation globale annuelle un financement calculé sur l'activité réelle des établissements, activité mesurée, pour l'essentiel, sur la base des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). L'activité est calculée par l'application de tarifs relatifs aux activités « médecine chirurgie obstétrique » (MCO), ces tarifs étant pondérés par l'application de coefficients géographiques pour les établissements participant au service public hospitalier (par exemple, 10 % pour Paris et la petite couronne et 30 % pour la Réunion). Des coefficients correcteurs spécifiques viennent pondérer les tarifs de l'hospitalisation privée, certains coefficients étant appelés à terme à disparaître.

L'activité est également prise en compte par le paiement d'un tarif par prestation pour les activités de consultations et actes externes (hospitalisation publique). Certains consommables en sus des tarifs de prestation (médicaments et dispositifs médicaux) sont également financés sur la base de l'activité.

Afin d'assurer un meilleur accès des patients aux innovations thérapeutiques, certaines spécialités pharmaceutiques et prestations (principalement les dispositifs médicaux implantables) – dont la liste est fixée par arrêté des ministres de la sécurité sociale et de la santé – bénéficient d'une prise en charge par les organismes d'assurance maladie en sus des tarifs des prestations. Des dotations spécifiques viennent financer les dépenses des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et compenser les missions d'intérêt général (MIGAC). Des forfaits annuels financent les urgences (le passage faisant également l'objet d'un tarif par passage) et la coordination du prélèvement d'organes.

La tarification à l'activité ne concerne d'abord que les prestations médecine chirurgie obstétrique (MCO) des établissements publics et privés. En

2004, la tarification à l'activité n'a concerné que 10 % du budget global des établissements publics, ce pourcentage étant appelé progressivement à augmenter sur plusieurs années pour atteindre 50 % en 2008 et 100 % en 2012. La part du budget MCO de l'hôpital public financé à l'activité en 2005 devrait atteindre au moins 20 %.

b) Des instruments de régulation ont été mis en place

Avant l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité, les dépenses d'assurance maladie relatives aux établissements de santé se répartissent en quatre grands sous-ensembles :

– l'ONDAM des établissements de santé financés par la dotation globale ;

– l'ONDAM des cliniques privées ;

– une partie de l'ONDAM des soins de ville (ni les honoraires des professionnels libéraux intervenants dans les cliniques, ni les dispositifs médicaux utilisés par ces intervenants libéraux ne sont comptabilisés dans le champ de l'ONDAM établissements de santé mais dans le champ des soins de ville) ;

– l'ONDAM « DOM », globalisant les dépenses d'assurance maladie dans les départements d'outre-mer.

Avec l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité, la décomposition de l'ONDAM dans le champ des établissements de santé est complètement revue :

– l'objectif de dépenses médecine chirurgie obstétrique (ODMCO) est commun aux établissements publics et aux cliniques privées. Il couvre à la fois les dépenses tarifées à l'activité dans le champ MCO, le financement des médicaments et dispositifs en sus des tarifs et la rémunération forfaitaire de certaines activités à coût fixe important (urgences, greffes...) ; cette masse comprend une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (« MIGAC »), qui maintient le mode de financement par dotation de certaines activités spécifiques (enseignement, recherche, innovation, recours) ainsi que les contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les ARH ;

– un objectif de dépenses correspondant aux autres dépenses des établissements anciennement sous dotation globale est identifié à part. Il correspond aux activités de soins de suite et rééducation ainsi qu'à la psychiatrie, aux hôpitaux locaux (ceux-ci n'étant pas concernés par la tarification à l'activité), aux unités de soins de longue durée au service de santé des armées et à l'institution nationale des invalides) et aux établissements de St-Pierre et Miquelon et Mayotte ;

– un objectif quantifié national relatif aux services de soins de suite et de réadaptation et à la psychiatrie pour les cliniques privées ;

– sont maintenus dans l'objectif de soins de ville les rémunérations des professionnels libéraux intervenant en cliniques, les dispositifs médicaux étant intégrés à l'ODMCO ;

– l'ONDAM « DOM » reste traité à part.

Le gouvernement fixe en fonction de l'ONDAM le montant de ces enveloppes. Il fixe également le montant et l'évolution des tarifs, tarifs qu'il peut moduler en cas de croissance excessive.

2. La tarification à l'activité connaît des difficultés d'application, prises en compte par le gouvernement

L'application de la tarification à l'activité, qui correspond à une réforme d'ampleur du financement et du fonctionnement des établissements, connaît quelques difficultés, ce qui est normal compte tenu de sa complexité et des modifications de comportement et de gestion qu'elle entraîne.

a) Le gouvernement a réagi face aux difficultés d'application

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a annoncé le 25 mai 2004 que des enveloppes spécifiques seraient débloquées pour accompagner la réforme : 300 millions d'euros seront attribués aux établissements les plus en difficulté et ayant des reports de charges significatifs (la répartition sera effectuée par l'ARH) ; 150 millions correspondant à des crédits « non fléchés » ont été débloqués par anticipation, permettant de donner aux agences régionales de l'hospitalisation une marge de manœuvre supplémentaire.

Le ministre a également annoncé, le 25 mai dernier, la création d'une mission d'audit et d'accompagnement, chargée de répondre à la demande individuelle de tout établissement qui rencontrerait des difficultés. En outre, la composition du comité de suivi et de concertation est étendue à l'ensemble des syndicats de l'hospitalisation publique et privée. Enfin, un comité de l'évaluation, indépendant, est chargé de mesurer l'impact de la réforme et ses conséquences sur le système de santé.

Conformément au II de l'article 34 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2004, les établissements privés devaient passer à la tarification à l'activité au 1^{er} octobre 2004. En raison, de l'important travail de modification des systèmes d'information, de redéploiement des logiciels utilisés et des délais nécessaires à l'établissement de procédures visant à faire respecter le principe de protection des données, cette date devra être reportée au 1^{er} décembre 2004. Comme le propose l'article 7 du présent projet de loi, des avances de trésorerie consenties par les caisses aideront ces établissements à passer ce cap difficile.

b) Il importe de ne pas dénaturer la réforme, qui vise à apprécier l'activité réelle des établissements

Comme le note la Cour des comptes dans son rapport sur l'exécution de la loi de financement de sécurité sociale pour 2004, le calcul des coefficients géographiques applicables aux tarifs dans les établissements publics n'a pas été réalisé sur des bases adéquates : « *Ces coefficients n'ont pas été établis sur une base technique mais ont correspondu à des décisions politiques, en particulier en ce qui concerne Paris et la petite couronne, la grande couronne ne bénéficiant pas de cet avantage.* » L'application de coefficients géographiques ne doit pas dénaturer l'application de la tarification à l'activité en « masquant » les problèmes réels des hôpitaux des régions considérées, qui eux aussi doivent prendre leur part dans la réforme.

En outre, le périmètre et le niveau adéquat des dotations des missions d'intérêt général – recours, enseignement, innovation et recherche – et d'aides à la contractualisation (MIGAC) font l'objet d'intenses débats. Là encore, il est nécessaire que la fixation du champ et du montant des MIGAC ne conduise pas à dénaturer l'application de la tarification à l'activité. Le coût individualisé de chaque mission et de chaque charge particulière pesant sur l'établissement doit faire l'objet d'une évaluation précise, au besoin pour chaque établissement, afin de conserver à la réforme portant tarification à l'activité toute son efficacité. Il est à noter que les cliniques privées pourront bénéficier d'une dotation MIGAC dans la mesure où il sera reconnu qu'elles exercent des missions d'intérêt général. La liste des MIGACS devrait être connue en décembre.

S'agissant des CHU, comme le montre un rapport établi conjointement par les membres de l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'éducation nationale et de la recherche ⁽¹⁾, les conventions fixant leur régime de fonctionnement doivent être très rapidement modernisées. Ce rapport préconise que le taux forfaitaire de 13 % de dépenses supplémentaires imputables aux charges d'enseignement et de recherche des CHU fasse l'objet d'une évaluation et que le surcoût soit justifié pour chaque établissement, recommandation que le rapporteur approuve.

Enfin, le rapporteur rappelle qu'il est injustifié, à ce stade de la réforme portant tarification à l'activité, de comparer les tarifs de l'hôpital public et de l'hospitalisation privée, ces comparaisons ne portant d'ailleurs que sur certaines activités précises, particulièrement en matière de chirurgie ou obstétrique. Cette comparaison est inopportune pour au moins quatre raisons :

(1) Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (n° 2004 060) et de l'Inspection générale de l'éducation nationale et de la recherche (n° 2004 033), « *Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires* »

– Les missions spécifiques de l’hôpital : Les tarifs du secteur public intègrent aujourd’hui des coûts non rattachables au séjour et correspondant à certaines missions d’intérêt général dont le coût a été évalué de manière forfaitaire et incomplète telles que les SAMU, les centres de référence ou certaines missions transversales de santé publique ; les travaux en cours vont permettre d’identifier le coût de ces missions, ce qui conduira à revoir à la baisse l’échelle tarifaire du secteur public.

– Des bases de comparaisons non pertinentes : Les tarifs publics sont arrêtés « tout compris », alors que les tarifs du privé ne comprennent ni les honoraires des médecins (et les éventuels dépassements) ni certains examens techniques (scanner, IRM ...) ⁽¹⁾.

– Les patients sont différents : La population des patients est différente à l’hôpital et en clinique ; les cas les plus lourds, les patients les plus âgés et les polyopathologies se retrouvent souvent à l’hôpital public : la répartition par groupes homogènes de séjour (GHS), base méthodologique de la tarification à l’activité, peine parfois à retranscrire cette réalité. En outre, il est avéré que c’est vers l’hôpital que se tournent les populations les plus fragiles et les plus défavorisées.

– Les contraintes liées au mode de fonctionnement : L’hôpital public fait moins d’interventions programmées. Or, une activité non programmée a un coût plus élevé qu’une activité programmée, puisqu’elle impose le maintien d’une surcapacité (lits disponibles et équipes de permanence). L’hôpital public est très polyvalent ; en revanche, les cliniques, en se spécialisant, parviennent à produire des effets d’économies d’échelles.

Jusqu’en 2012 la réforme sera dans une phase de transition et de montée en charge. Les deux échelles des tarifs relatifs aux prestations MCO vont progressivement converger. Plusieurs études d’analyse des coûts vont être engagées par la direction de l’hospitalisation et de l’organisation des soins (DHOS). Un groupe de travail avec les fédérations a été réuni pour définir en commun les modalités de ces études. Sur la base des conclusions de ces études, le conseil de l’hospitalisation devrait proposer aux ministres la méthodologie à appliquer pour accélérer cette convergence et parvenir à l’unicité de l’échelle des tarifs au terme de la réforme.

Aujourd’hui, des comparaisons anticipées portant sur des données non comparables introduisent de la confusion et handicapent l’application nécessaire de la tarification à l’activité. Celle-ci incitera l’hôpital public à identifier et maîtriser ses coûts.

(1) Selon les informations communiquées au Rapporteur, à titre d’exemple le tarif « intervention sur le cristallin » dans le secteur privé passe, corrigé des honoraires et frais de prothèse, de 1 047 € à 1 647 €, soit un chiffre sensiblement égal au tarif du public (1650 €) ; le tarif d’une coronographie s’établit corrigé selon la même méthode, à 2 243 €, contre 1 441 € dans le secteur public.

3. La nécessité des restructurations hospitalières est toujours d'actualité

L'un des objectifs poursuivis par la réforme portant tarification à l'activité est d'aboutir à une certaine « vérité des comptes », en privilégiant les établissements les plus dynamiques et les plus efficaces.

a) La « boîte noire » de l'hôpital public doit devenir transparente

L'expression « boîte noire » a été employée par le président du Haut conseil pour l'assurance maladie, M. Bertrand Fragonard, lors de son audition par la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie pour désigner l'évaluation des résultats des dépenses hospitalières :

« Surtout, on ne sait pas qui fait quoi. Il vaut mieux définir les représentants et qu'à cette clarification soit associée une obligation de résultats dans le champ des pouvoirs délégués. Tel n'est pas le cas aujourd'hui avec la délégation de gestion et, si l'enveloppe hospitalière est mieux tenue, elle demeure une boîte noire et on ignore totalement les résultats obtenus. Il faut donc faire un effort considérable pour clarifier, pour faire prendre conscience à tous les interlocuteurs qu'ils sont sur le même bateau et qu'ils ont l'obligation ardente d'adopter les mesures de redressement que contiendront les futures lois de financement. »

Le rapporteur partage cette analyse et souligne la nécessité, pour les établissements publics, de se doter des outils comptables et informatiques leur permettant d'évaluer leurs coûts. En particulier, la mise en place d'une comptabilité analytique, dont la réalisation est demandée depuis des années par tous les observateurs, aura des effets bénéfiques car elle mettra en rapport les coûts et les résultats. Même si cette procédure est complexe (s'agissant en particulier de l'imputation des dépenses de personnels), il s'agit aujourd'hui d'une véritable « urgence comptable ». Au-delà de la mise en place formelle de cette comptabilité, les établissements doivent effectivement l'utiliser.

Cette nécessité est soulignée par les premiers résultats de l'étude de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH)⁽¹⁾ sur les achats des hôpitaux, qui met en évidence les gisements d'économies.

b) L'effort de restructuration hospitalière doit être poursuivi

Il ne fait pas de doute qu'il y a trop d'hôpitaux en France, et particulièrement trop d'hôpitaux aigus. Ce constat développé par le rapport de la Cour des comptes sur l'exécution de la loi de financement de sécurité sociale pour 2002 pose non seulement un problème de sécurité sanitaire – en deçà d'un certain

(1) Rapport d'étape « Les achats dans les hôpitaux et les cliniques », 15 octobre 2003

nombre d'interventions annuelles, il est prouvé qu'un chirurgien perd ses capacités techniques et devient dangereux – mais aussi un problème financier pour l'assurance maladie. Le regroupement d'unités hospitalières, particulièrement d'hôpitaux généraux, pourra être très bénéfique dans certaines régions.

S'agissant de la chirurgie, le rapport annexé au présent projet et relatif aux restructurations hospitalières fait apparaître l'évolution suivante : « *Les besoins en installations de chirurgie, à l'exception de la région PACA, diminuent dans toutes les régions, avec une diminution particulièrement soutenue en Ile-de-France, Pays-de-la-Loire, Rhône-Alpes et Lorraine. Malgré cette tendance le taux d'excédent qui était de 18 % en 1994 reste à 10 % en 2004.* »

Dans certaines zones, la répartition des CHU, qui semble plus obéir à des considérations politiques ou économiques qu'à des impératifs sanitaires, est à revoir. A ce sujet, le rapport établi conjointement par les membres de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale de l'éducation nationale et de la recherche sur les CHU met d'ailleurs en évidence le fait que 14 CHU ont une activité de recherche fondamentale « *parfois émergente, parfois inexistante* ». Il faut donc accélérer la restructuration hospitalière, ce que facilitera la mise en place de la tarification à l'activité, et mettre en place un financement plus sélectif.

Le gouvernement doit continuer et poursuivre l'effort de restructuration hospitalière. Les élus responsables doivent l'accompagner, la soutenir et surtout expliquer sa nécessité, en soulignant auprès des citoyens, des assurés et des professionnels à la fois les impératifs sanitaires et l'intérêt d'une dépense sociale efficace.

V.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES : UNE BRANCHE EN COURS DE MUTATION

A. UN ENJEU MAJEUR DE PRÉVENTION

1. L'évolution générale des accidents du travail et des maladies professionnelles

a) Une tendance structurelle à la baisse des accidents du travail

L'accident du travail désigne un accident, quelle qu'en soit la cause, survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs. Il se caractérise notamment par son lien avec le travail, sa soudaineté et l'existence d'une lésion corporelle.

Selon les statistiques établies par la CNAM⁽¹⁾, le nombre global d'accidents du travail, déclarés et reconnus, avec arrêt a fortement décru au cours des trente dernières années. Il a en effet diminué de plus d'un tiers entre 1970 et 2000, ce qui s'explique pour partie par les évolutions structurelles de la population active, de moins en moins nombreuse dans les industries lourdes.

L'année 2002 s'est toutefois caractérisée par une légère augmentation de la fréquence des accidents ayant entraîné une incapacité permanente ou un décès par rapport à 2001. Le nombre d'accidents du travail avec arrêt (hors accidents de trajet) s'est ainsi élevé à 759 980 en 2002.

Les données recueillies par la CNAM font par ailleurs apparaître une importante hétérogénéité sectorielle. Ainsi, alors que la fréquence moyenne d'accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente ou un décès est de 2,7 pour 1000 équivalents temps plein pour l'ensemble des groupements d'activité du régime général, elle est de 7,9 pour le bâtiment et les travaux publics (BTP) et 9,9 pour l'agriculture. Il convient également de souligner que les accidents du travail dus à des véhicules représentaient 3,2 % des accidents du travail avec arrêt en 2002 mais 6,3 % des accidents avec incapacité permanente et 37 % des décès.

b) Une meilleure reconnaissance des maladies professionnelles

Une maladie est dite professionnelle lorsqu'elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce d'une façon habituelle son activité professionnelle.

(1) « Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de travail et des maladies professionnelles – Année 2002 », 2004, CNAM.

Le nombre de maladies reconnues et indemnisées à ce titre augmente régulièrement (31 461 en 2002 contre 3 834 en 1980) en raison principalement de l'évolution des critères de reconnaissance, mais également d'une attention accrue du corps médical à l'origine potentiellement professionnelle de certaines pathologies.

Les affections périarticulaires causées par certains gestes et postures de travail (21 126 en 2002 contre 287 en 1980) et celles provoquées par les poussières d'amiante (4 494 en 2002 contre 149 en 1980) constituent désormais les deux premières causes de reconnaissance des maladies professionnelles.

2. L'amélioration de la gestion du risque

a) L'assurance maladie met en œuvre des actions de formation et d'information en matière de prévention

La CNAM a pour mission de définir et mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. A cette fin, elle doit obligatoirement être consultée sur les projets de loi et textes réglementaires entrant dans son champ de compétence et fournir aux caisses régionales un cadre d'intervention, en définissant des orientations, en leur communiquant des instructions et en contrôlant leur action.

Elle est également chargée de gérer le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNPATMP), auquel elle a affecté 283 millions d'euros en 2003 et qui est chargé de mener des actions de formation et d'information afin d'améliorer la santé et la sécurité des salariés. Il finance à ce titre les services de prévention et de tarification des caisses régionales d'assurance maladie ainsi que l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), qui apporte une aide technique sous forme d'études et recherches, de formation en matière de prévention, d'assistance technique et documentaire et d'information (journaux, affiches, brochures, audiovisuels, site web). Son budget est de l'ordre de 68 millions d'euros.

La CNAM a également engagé plusieurs actions de prévention, parmi lesquelles le suivi de la charte nationale de prévention des risques routiers conclue avec la Délégation interministérielle à la sécurité routière, l'octroi de ristournes sur les cotisations pour les entreprises qui mènent des actions pertinentes de prévention ou encore des campagnes d'information « Outils plus sûrs », notamment dans le secteur du BTP.

b) Le gouvernement a engagé un programme ambitieux de prévention en matière de santé environnementale et de santé au travail

Présenté le 21 juin dernier par le Premier ministre, le plan national « santé-environnement » rassemble les actions que le gouvernement a décidé de

mettre en œuvre afin de réduire les atteintes à la santé liées à la dégradation de notre environnement. Il prévoit notamment des mesures visant à réduire les expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques et à renforcer les capacités d'évaluation des risques sanitaires des substances chimiques dangereuses.

Ces mesures seront par ailleurs renforcées par le plan « santé-travail » 2005-2009 annoncé par le ministre délégué aux relations du travail et actuellement en cours d'élaboration.

Il faut également saluer le fait que parmi les objectifs de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique figurent quatre objectifs consacrés à la santé au travail (nombre d'accidents routiers mortels liés au travail, contraintes articulaires, expositions au bruit et expositions cancérigènes).

B. LA CROISSANCE DU DÉFICIT S'EXPLIQUE PAR LA MONTÉE EN CHARGE DES FONDS LIÉS À L'AMIANTE

1. Le déficit de la branche AT-MP s'est accru en 2003

La branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) dégage depuis 2002 un résultat déficitaire, qui devrait se stabiliser en 2004 à son niveau de 2003, soit environ 500 millions d'euros.

Le tableau figurant ci-dessous retrace, pour les années 2002 à 2005, en droits constatés, les résultats constatés et prévisionnels de la branche accidents du travail du régime général.

Résultat net de la branche AT-MP du régime général

En millions d'euros et en droits constatés

CNAM AT	2002	2003	2004	%	2005	%
Charges	8 302	9 015	9 298	3,1	9 738	4,7
Produits	8 257	8 540	8 793	3,0	9 034	2,7
Résultat net	- 45	- 476	- 505		- 704	

Source : Annexe C du projet de loi

Parmi les charges de la branche accidents du travail figure notamment le reversement annuel à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des maladies et affections professionnelles, dont le montant est fixé à 330 millions d'euros pour 2005 par l'article 22 du présent projet, soit un montant identique à celui des deux années précédentes.

L'objectif révisé de dépenses pour la branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé par l'article 31 du présent projet à 10,1 milliards

d'euros, tandis que l'objectif initial prévu par la loi de financement pour 2004 s'élevait à 9,5 milliards.

2. Les dépenses des fonds destinés à la prise en charge des victimes de l'amiante connaissent une progression rapide

La prise en charge des maladies liées à l'amiante a donné lieu à la mise en place de deux fonds spécifiques :

– le Fonds de cessation anticipée des travailleurs amiante (FCAATA), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin de permettre un départ anticipé en préretraite ;

– le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin d'indemniser les victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante.

Les montants correspondant n'entrent pas dans le champ des prestations du régime général mais la branche AT-MP en est le principal financeur et ceux-ci pèsent de plus en plus lourdement sur l'équilibre de celle-ci, comme l'indique le tableau ci-après.

Les dotations de la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005
au FCAATA	300	450	500	600
au FIVA	180	190	100	200
Total annuel	480	640	600	800
Total cumulé	1 227	1 867	2 467	3 267

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale.

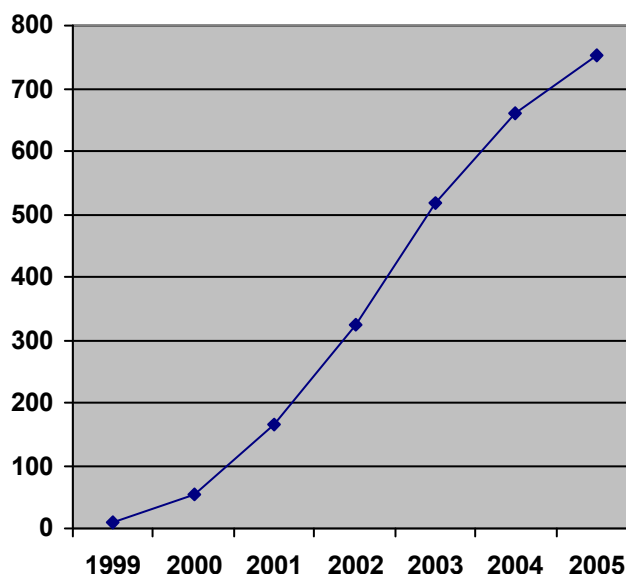
Depuis leur création, la montée en charge de leurs prestations a en effet conduit à augmenter les dotations de la branche AT-MP tout en utilisant les réserves accumulées antérieurement. Les dotations représentent ainsi 600 millions d'euros en 2004.

Les besoins de financement iront cependant croissant au cours des prochaines années.

S'agissant du FIVA, si celui-ci avait reçu 5 453 dossiers victimes en mai 2003, il a enregistré près de 10 000 nouveaux dossiers d'indemnisation en un an et le rythme mensuel de demandes continue d'augmenter. Surtout, du fait de l'accélération très vive du nombre de ses allocataires, les charges du FCAATA ont augmenté de 59 % en 2003 et sont estimées à 750 millions d'euros en 2005.

Evolution des charges du FCAATA depuis 1999

(en millions d'euros)



Source : D'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2004)

Pour l'année 2005, les articles 19 et 20 du projet de loi proposent en conséquence d'augmenter le montant de la contribution de la branche AT-MP au FIVA à 200 millions d'euros (contre 100 millions en 2004) et celle versée au FCAATA à 600 millions d'euros (contre 500 millions en 2004).

C. LES ÉVOLUTIONS À VENIR DE LA BRANCHE

1. Il est nécessaire d'adapter le financement du Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante

Les perspectives de la branche accidents du travail et maladies professionnelles dépendent essentiellement de l'évolution des dépenses au titre de l'amiante, dont la progression risquerait de menacer durablement l'équilibre de la branche. Il ne saurait pour autant être question de remettre en cause la politique menée, au titre de la solidarité nationale, en faveur des victimes de l'amiante.

L'article 21 du projet de loi propose en conséquence d'aménager les modalités de financement du FCAATA, qui repose actuellement sur une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles et sur une part des droits sur la consommation du tabac.

Il s'agirait en effet de mettre en place une contribution spécifique pour les entreprises qui ont exposé leurs salariés à l'amiante, dont le montant serait égal à 15 % de l'allocation annuelle brute augmentée des charges de retraite. En tout état

de cause, cette opération est neutre pour les salariés, dont les droits ne sont pas modifiés.

Il est également proposé de plafonner le montant de cette contribution à 2 millions d'euros pour chaque redevable par année civile et à 2,5 % de la masse salariale.

2. Les partenaires sociaux doivent engager une réflexion sur les modalités de réparation et sur l'avenir de la branche

Au cours de ces dernières années, de nombreux travaux ont été réalisés sur le régime de l'assurance accidents du travail, en particulier les rapports de MM. Masse, Yahiel et Laroque⁽¹⁾. Ceux-ci ont fait apparaître la nécessité d'adapter le système issu de la loi fondatrice du 9 avril 1898 et en particulier le principe de la réparation forfaitaire, qui apparaît aujourd'hui en retrait face aux attentes de la société et aux évolutions récentes du droit de l'indemnisation des victimes.

En outre, les quatre arrêts de principe du Conseil d'Etat du 4 mars dernier⁽²⁾, qui ont reconnu la responsabilité de l'Etat du fait de sa carence fautive dans la prévention des risques liés à l'exposition des travailleurs aux poussières d'amiante, emportent des conséquences importantes dans la mise en œuvre des procédures d'indemnisation.

C'est pourquoi il est nécessaire, comme le gouvernement le souhaite, que soit engagée dans les prochains mois, avec l'ensemble des acteurs concernés – Etat, partenaires sociaux, employeurs, associations – une réflexion sur la sécurisation de l'ensemble des procédures d'indemnisation.

Par l'article 54 de la loi du 13 août 2004 précitée, le Parlement a par ailleurs invité les partenaires sociaux (organisations professionnelles d'employeurs et organisations syndicales de salariés représentatives) à engager les discussions et à faire des propositions au gouvernement d'ici le mois de juillet 2005 sur la réforme de la gouvernance de la branche ainsi que, le cas échéant, sur l'évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des AT-MP.

A cet égard, le rapporteur ne peut que partager les propos tenus par le ministre de la santé et de la protection, lors de son audition par la commission le 5 octobre dernier, qui s'est déclaré « *très attentif à l'évolution de ces discussions dont il est souhaitable qu'elles permettent d'engager la modernisation de cette branche* ».

(1) *Rapports de M. Roland Masse, président de la commission spécialisée en matière de maladies professionnelles du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels sur la réparation intégrale des AT-MP de 2001, de M. Michel Yahiel, inspecteur général des affaires sociales (IGAS), de février 2002 et de M. Michel Laroque (IGAS) de mars 2004.*

(2) *Assemblée du contentieux sur le rapport de la 2ème sous-section, n° 241153, séance du 20 février 2004 Lecture du 4 mars 2004, Ministre de l'emploi et de la solidarité c/ consorts Xueref.*

EXAMEN DU RAPPORT PAR LA COMMISSION

La commission a examiné le rapport de **M. Jean-Pierre Door**, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, au cours de sa séance du mardi 19 octobre 2004.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

M. Jean-Luc Prével a rappelé que ce texte intervient dans un contexte particulier puisqu'il fait suite à la loi de santé publique et à la réforme aussi incomplète qu'insatisfaisante de l'assurance maladie intervenue cet été. Il s'agit d'un projet très succinct, en particulier en ce qui concerne la santé. Le rapport annexé est très ramassé et ne comporte pas une ligne sur l'hôpital, la démographie médicale ou la permanence des soins. Le groupe UDF déposera donc des amendements pour améliorer un texte dans lequel le gouvernement devrait exposer ses projets pour la santé du pays.

L'ONDAM 2004 a été dépassé, comme cela avait d'ailleurs été annoncé par le groupe UDF. L'article relatif à l'ONDAM est la disposition phare du tout projet de loi de financement de la sécurité sociale : l'ONDAM 2005 atteint 134,9 milliards d'euros, contre 131 en 2004. Ce taux de croissance de 2,9 %, très volontariste, demeure calculé sur une base économique et non sur une base médicale, comme cela devrait être le cas et comme l'a préconisé le rapport de M. Alain Coulomb. Il est donc probable qu'il ne sera pas davantage respecté que les ONDAM précédents, ce qui sera particulièrement dommageable, 2005 étant la première année suivant la réforme de l'assurance maladie. Le gouvernement a pris l'engagement de la maîtrise médicalisée, ce qui devrait passer par le calcul d'un ONDAM réaliste fondé sur des bases médicales. Or, l'instauration d'un comité d'alerte chargé de proposer des mesures d'urgence en cas de dépassement de l'ONDAM de 0,75 % s'inscrit à l'évidence dans le cadre de la maîtrise comptable. M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, a déclaré lors de son audition par la commission que cette alerte ne concernera que les caisses : cette analyse ne résistera pas face à la propension de tout gouvernement à arbitrer ce genre de situation.

La tendance naturelle de croissance des dépenses d'assurance maladie, de l'ordre de 5 à 6 % par an, ne sera que très peu endiguée par le plan d'économies. L'annonce de ce plan a permis un infléchissement mais il ne sera pas durable. On peut également être très sceptique sur les effets de la maîtrise médicalisée en termes d'économies. Il faudrait que le dossier médical personnel soit mis en place immédiatement pour arriver aux chiffres annoncés. Dans le domaine du médicament, les économies prévues de 700 millions d'euros seront menacées par l'arrivée de nouvelles molécules plus coûteuses.

De multiples questions se posent. Comment le seul regroupement des achats des hôpitaux permettra-t-il d'économiser 200 millions d'euros ? Quant à la contribution forfaitaire, faut-il la classer comme recette nouvelle ou comme atténuation de dépense ? Les mesures nouvelles annoncées sont-elles intégrées à l'ONDAM 2005 ? En particulier, comment le financement de la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM technique), qui selon les syndicats médicaux exigerait 340 millions d'euros, et la revalorisation des astreintes médicales et chirurgicales sont pris en compte dans l'ONDAM 2005 ? Au sein même de l'ONDAM, quels seront les montants des différentes enveloppes, en particulier de l'enveloppe destinée au secteur médico-social ?

Les hôpitaux connaissent d'importants reports de charge. M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a annoncé une aide d'un montant insuffisant et dont le caractère non reconductible ne résoudra pas les difficultés des établissements en 2005. Les besoins ont été évalués par le ministre à 300 millions d'euros alors qu'une évaluation de la Fédération hospitalière de France (FHF) l'estime à 776 millions d'euros. Quelle sera la proportion du budget des hôpitaux publics financés par la tarification à l'activité en 2005 ?

Le président Jean-Michel Dubernard a salué l'enthousiasme des propos tenus par M. Jean-Luc Prével, en s'interrogeant sur la possibilité même de formuler de nouvelles critiques après une telle intervention.

M. Jean-Marie Le Guen a tout d'abord fait observer qu'il ne cherchait pas en l'occurrence à s'individualiser, puisque certaines critiques semblent faire l'unanimité, et en particulier le fait que personne ne croit aujourd'hui sérieusement à l'ONDAM.

Il est en effet évident que ni les objectifs de dépenses, ni les prévisions de recettes du projet de loi ne sont réalistes, *a fortiori* dans le contexte actuel. Les conditions dans lesquelles s'engagent les négociations conventionnelles sont à cet égard particulièrement inquiétantes, dans la mesure où la nomination de l'ancien directeur de cabinet du ministre de la santé au poste de directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), et ce avant même que ses modalités de fonctionnement n'aient été définies, ne peut que semer le doute sur l'autonomie et les moyens de cette institution. En réalité, la gouvernance de l'assurance maladie paraît mal engagée et le gouvernement ne semble pas se donner les moyens pour que la négociation soit réellement équilibrée avec les partenaires conventionnels.

Certes, le caractère peu crédible de l'ONDAM est une critique récurrente, mais aujourd'hui la situation financière est en quelque sorte inimaginable, car tous les comptes sociaux sont aujourd'hui en déficit : l'assurance maladie, mais également l'assurance vieillesse, les allocations familiales, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FIPSA), la Caisse nationale de retraite des agents de collectivités locales (CNRACL)... Si la croissance n'est pas atone et que les fondamentaux

sont plutôt bons, comme l'affirme le gouvernement, celui-ci a manifestement décidé de plonger durablement les régimes sociaux « dans le rouge », ce qui emporte des conséquences très lourdes pour ces régimes.

Concernant les autres dispositions de ce projet de loi, qui est en définitive resserré, comme « tétanisé » devant la situation actuelle, il est tout d'abord symptomatique que celui-ci ait été qualifié d'ambitieux mais réaliste, car ce sont les termes que l'on emploie bien souvent habituellement pour désigner un texte dépourvu de mesures concrètes.

Sans préjuger excessivement des évolutions à venir, l'ensemble de ces observations ne peut donc *a priori* que conduire au rejet de ce projet de loi.

M. Gérard Bapt a pour sa part souhaité obtenir des précisions concernant le plan médicament, et en particulier sur les 50 millions d'euros d'économies escomptés de la baisse des tarifs de certains dispositifs médicaux. Plusieurs associations, et notamment celles représentant les personnes diabétiques, se sont inquiétées des propositions de baisses drastiques des taux de remboursement de certains dispositifs, qui concernent également les soins palliatifs et d'hospitalisation à domicile. Or il semblerait que ce plan d'économies soit finalement reporté à juin 2005. Qu'advierait-il alors de l'objectif annoncé de 50 millions d'euros d'économies ?

Mme Martine Billard a regretté que l'ONDAM ne se décline, une fois encore, que de manière comptable, alors que de nombreux textes sont intervenus récemment dans le domaine de la santé, en particulier la loi relative à la politique de santé publique et le plan santé-environnement. Pourquoi n'arrive-t-on pas dès lors à fixer des objectifs médicalisés pour l'ONDAM ?

Concernant les dépenses de médicaments, il serait intéressant de disposer d'une étude sur les conséquences financières du retrait du marché du Vioxx : va-t-il se traduire par des économies ou, au contraire, par un transfert des prescriptions sur des médicaments aussi coûteux ? Il conviendrait par ailleurs de tirer les leçons de cet incident très grave, car il paraît extraordinaire que la mise sur le marché d'un médicament, au reste très coûteux par rapport à d'autres anti-inflammatoires, ait pu être autorisée, alors qu'il comportait des risques d'effets secondaires importants.

Concernant l'article 12 relatif aux enseignants et aux documentalistes des établissements privés sous contrat, il semble que la charge de leur complémentaire maladie soit désormais transférée sur le budget de l'Etat : dispose-t-on d'une estimation du coût de cette mesure ? Par ailleurs, ce projet de loi semble créer de nouvelles inégalités entre les salariés du secteur public et du secteur privé, concernant notamment l'âge du départ à la retraite. Enfin qu'en est-il des modalités d'indemnisation des fonctionnaires et des ouvriers d'Etat qui ont été victimes de l'amiante ?

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a estimé nécessaire de clarifier les flux financiers qui existeront entre la CNSA, les autres organismes de protection sociale et les départements pour financer les prestations liées à la perte d'autonomie de connaître l'articulation avec les mesures de l'ONDAM concernant les personnes âgées. Quelles seront les suites données aux préconisations du rapport Raoul Briet-Pierre Jamet relatives aux nouvelles missions de la CNSA et les relations avec les organismes de sécurité sociale et les départements dans la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées ?

M. René Couanau a relevé que chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale donne lieu à un débat relativement convenu sur l'ensemble de la politique sociale. Celui-ci ne mérite donc ni excès de faveur ni excès d'indignité car il ne résume pas la totalité des orientations du gouvernement en matière de protection sociale. De plus, certaines réformes ne peuvent être évaluées qu'après un certain temps d'application. La majorité est bien consciente des préoccupations exprimées par certains, par exemple sur l'évolution des dépenses hospitalières ou encore sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) qui doit faire l'objet d'évaluations avant sa généralisation ; sa mise en œuvre ne peut se faire sans rupture avec les pratiques traditionnelles.

On peut partager les interrogations de Mme Paulette Guinchard-Kunstler sur la cohérence entre politique sanitaire de santé et politique sociale en faveur des personnes âgées, qui devraient être étroitement liées alors que le vieillissement de la population est pour notre pays un facteur sociologique de première importance. La vieillesse n'est pas une maladie mais elle ne peut être abordée en dehors de la politique de santé.

M. Bertho Audifax a souhaité que l'on fasse preuve d'un peu plus d'humilité dans ce débat. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale n'a pas vocation à être un texte d'ensemble sur la santé. Deux points, qui sont d'ailleurs liés, apparaissent comme essentiels : l'évaluation des politiques de santé et la maîtrise des dépenses. S'agissant de l'évaluation des pratiques médicales, il faudra déterminer si elles relèvent des professionnels ou des caisses d'assurance maladie. La réponse à ces questions aura un impact sur la capacité à maîtriser les évolutions de l'ONDAM. A propos du Vioxx, il faut bien répéter qu'il est impossible d'affirmer qu'un médicament est définitivement dépourvu de tout effet secondaire, ces effets pouvant apparaître quinze ou vingt ans après son introduction. Cette spécialité a constitué un réel progrès pour les malades et les effets secondaires, qui se sont révélés longtemps après sa mise en circulation, étaient impossibles à prévoir.

En réponse aux intervenants, M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a apporté les précisions suivantes :

– L'ONDAM pour 2005 est fixé à 134,9 milliards d'euros. Le taux de croissance de 3,2 % devrait être atteint à partir d'une croissance tendancielle de 5,5 % grâce, notamment, aux économies générées par la maîtrise médicalisée des

dépenses (à hauteur de 0,9 %), par la réduction des dépenses relatives aux indemnités journalières (- 0,3 %) et des dépenses relatives à la consommation des médicaments (- 0,6 %). La réussite de ces efforts de maîtrise médicalisée dépend étroitement d'un changement de comportement de tous les acteurs.

– Les préoccupations exprimées par les membres du groupe socialiste en matière de respect de l'ONDAM ou de la réussite des négociations conventionnelles ne sont pas fondées. Elles sont en outre à comparer avec le bilan de la précédente législature en la matière, l'ONDAM ayant connu des dépassements très importants. Il faut faire confiance aux acteurs du système : il s'agit d'un engagement du gouvernement.

– Il semble qu'une éventuelle décision relative aux conditions de remboursement de produits destinés aux malades atteints de diabète est reportée dans l'attente de la mise en place de la Haute autorité de santé. Quant au Vioxx, comme cela a été précédemment souligné, un médicament n'est jamais inoffensif. Ce n'est pas la première fois qu'un médicament est retiré parce qu'il a des effets secondaires qui étaient imprévisibles. Le principe de précaution a été appliqué s'agissant d'un médicament qui pourrait causer des infarctus, alors même qu'aucun incident n'a été mentionné lors des expérimentations. Il y a quelques années, un produit amaigrissant a fait l'objet d'une décision similaire en raison de ses effets en matière d'hypertension pulmonaire.

– La mise en place de la tarification hospitalière à l'activité se fera de façon progressive jusqu'en 2012. Des expérimentations et des simulations ont été menées. La proportion du budget des hôpitaux publics financée par la tarification à l'activité en 2005 s'établira entre 20 et 25 %.

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé, s'agissant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qu'elle bénéficierait d'un apport total supplémentaire en provenance de la CNAM de 480 millions d'euros, soit 365 millions d'euros au bénéfice des personnes âgées et 114 millions d'euros au bénéfice des personnes handicapées. L'article 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale confère une réelle portée juridique à ces versements.

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

TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

Article 6

(article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et article 36 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie)

Tarifcation à l'activité

Outre la correction d'erreurs et d'imprécisions contenues dans la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de sécurité sociale pour 2004 et la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, cet article propose de réglementer les conditions de tarification des consultations et actes réalisés dans les services de consultation externe des établissements de santé financés par la dotation globale. L'article prend notamment en compte l'introduction du mécanisme du médecin traitant, vise à financer intégralement sur la base de tarifs l'activité de prélèvements d'organes et de tissus et avance de deux mois l'application des tarifs des établissements de santé en 2005.

Le I de l'article vise à modifier l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale. Cet article rétabli par le II de l'article 8 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie applique à l'hôpital le dispositif du médecin traitant. Ce dispositif, créé par l'article 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, est destiné à inciter les assurés à désigner un médecin traitant afin de renforcer la coordination et la continuité des soins. La participation de l'assuré peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en œuvre un protocole de soins, lorsque la consultation se fait en cas d'urgence ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré.

Le II de l'article 8 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie étend ce dispositif aux consultations auprès des médecins spécialistes hospitaliers. Il prévoit qu'« *un arrêté fixe le montant de la majoration appliquée aux patients, qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consulte un médecin spécialiste hospitalier* ». Cette majoration ne s'applique ni aux patients suivant un protocole de soins, ni « *aux consultations et actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, ni aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence* ».

Le 1° du I du présent article supprime la mention de l'exclusion de l'activité libérale des praticiens (cette mention sera reprise dans un alinéa supplémentaire de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale , cf. *infra*, 3° du I).

Le 2° du I de cet article propose d'insérer avant l'alinéa unique de l'article L. 162-26 deux alinéas supplémentaires.

Le premier alinéa vise à donner une base légale à la tarification des consultations et des actes réalisés dans les services de consultations externes et dans les services d'urgence des établissements publics de santé ou privés participant au service public hospitalier. Ces prestations sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 (le remboursement d'une prestation est subordonné à l'inscription sur une liste) et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale (le remboursement s'effectue sur la base de tarifs fixés par conventions). Ces tarifs servent de base au calcul de la participation de l'assuré, à la facturation des prestations aux patients non couverts par un régime de l'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers. S'agissant des soins de suite et de réadaptation, il est précisé que la part prise en charge par les régimes de l'assurance maladie est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale et relative au financement des activités spécifiques situées en dehors du champ d'application de la tarification à l'activité.

Le 3° du I complète l'article en reprenant l'exclusion de l'activité libérale des praticiens de l'application du dispositif de majoration à l'hôpital. A titre de rappel, l'activité libérale des praticiens à temps plein est régie par les règles de tarification et de conventionnement applicables à la médecine de ville. C'est au titre de ces dispositions que le dispositif de la majoration s'applique, le cas échéant, aux patients souhaitant consulter un praticien hospitalier dans le cadre de son activité libérale.

Le **II** de l'article vise les dispositions transitoires de la réforme portant tarification à l'activité. Il propose que l'article 24 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 entre en vigueur le 5 octobre 2004.

Cet article 24 a complété l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il précise que lorsque l'utilisation de produits ou prestations fait appel à des soins pratiqués par des établissements de santé, les ministres compétents peuvent décider de subordonner l'inscription sur la liste des prestations remboursables à des conditions relatives à l'évaluation de ces produits ou prestations, aux modalités de délivrance des soins ou à la qualification ou à la compétence des praticiens des établissements de santé utilisant ces produits ou pratiquant ces prestations. L'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a inclus par erreur cet article dans une liste d'articles entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2005.

Le III vise à corriger des erreurs relatives au calendrier de la montée en charge de la tarification à l'activité, calendrier fixé par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Le III propose deux correctifs à cet article.

Le 1° du III vise à avancer au 1^{er} janvier 2005 la date d'entrée en vigueur en 2005 des tarifs des établissements de santé, l'application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale fixant cette date au 1^{er} mars 2005.

En application de la loi de financement de sécurité sociale pour 2004, à compter du 31 décembre 2004, la dotation globale est supprimée. Le dispositif de la tarification à l'activité entre en vigueur au 1^{er} janvier 2005 dans des conditions particulières afin de tenir compte des contraintes techniques liées à la modification des systèmes d'information des caisses et des établissements : les établissements de santé ne procèdent pas à la facturation directe aux caisses-pivots. Ils transmettent leurs éléments d'activité à l'agence régionale de l'hospitalisation, qui les valorise par application des tarifs fixés par les ministres de la santé et de la sécurité sociale pour déterminer le montant dû par l'assurance maladie. L'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale fixe l'entrée en vigueur des tarifs au 1^{er} mars 2005.

L'entrée anticipée des tarifs au 1^{er} janvier 2005 est essentiellement justifiée par des motifs d'ordre technique et par la nécessité d'élaborer des budgets hospitaliers prévisionnels pour l'année 2005 avec des tarifs identiques sur toute la durée de l'exercice.

Le 2° du III propose de préciser le régime du financement des actes et consultations externes ainsi que celui des prélèvements d'organes à l'hôpital.

Le a) et b) du III prévoit que le financement des actes et consultations externes est intégré au dispositif de montée en charge progressive de la réforme portant tarification à l'activité, conduisant à augmenter chaque année la proportion du budget des activités de médecine chirurgie obstétrique (MCO) financée sur la base de tarifs (de 10 % en 2004 à 100 % en 2012).

Le c) du III précise que le financement des prestations de prélèvement d'organes ou de tissus est exclu de cette montée en charge progressive. Ces prestations seront donc financées intégralement sur la base des tarifs.

Selon les informations transmises au rapporteur, le droit existant ne reconnaît qu'une prestation de greffe : l'établissement pratiquant la greffe doit reverser à l'établissement ayant pratiqué le prélèvement une partie des ressources perçues au titre de l'activité de greffe. Une prestation spécifique au prélèvement va être créée de manière à remédier à cette situation et à favoriser cette activité.

Il s'agit en outre de promouvoir cette activité particulièrement coûteuse en prévoyant un financement à l'activité à 100 %. Concrètement, un établissement

pratiquant un prélèvement verra son activité intégralement financée sur la base du tarif national dès 2005.

Le IV du présent article propose de lever une ambiguïté contenue dans la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

L'article 24 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2004 a complété l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale par un alinéa supplémentaire permettant de subordonner l'inscription sur la liste des produits et prestations prévue par cet article de certains de ces produits et prestations utilisés en établissement de santé à des conditions particulière portant sur la compétence des équipes hospitalières. Conformément au premier alinéa de l'article 33 de loi précitée, cette disposition ne devait entrer en vigueur qu'à compter du 1^{er} janvier 2005. Or, cette disposition exigeant une entrée en vigueur la plus rapide possible, le II du présent article (cf. *supra*) avance sa date d'entrée en vigueur au 5 octobre 2004.

Le I de l'article 36 de la loi relative à l'assurance maladie modifie cet article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Le 2° supprime le dernier alinéa, l'intention du législateur étant de supprimer le dernier alinéa alors en vigueur : cette disposition, introduite par la loi de financement de sécurité sociale pour 2003, disposait que « la commission établit chaque année un rapport d'activité qui est remis au Parlement ». A la date de discussion de la loi relative à l'assurance maladie, le dernier alinéa ajouté par l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 n'était pas encore entré en application, ce qui est source d'ambiguïté.

C'est donc pour éviter toute erreur d'interprétation que le IV propose de modifier le 2° du I de l'article 36 de la loi relative à l'assurance maladie pour désigner plus précisément l'alinéa supprimé. Il s'agit d'abroger une disposition qui oblige la commission chargée de donner un avis sur le remboursement des dispositifs médicaux à remettre chaque année un rapport au Parlement. Cette commission est en effet intégrée aux instances fonctionnant sous l'égide de la Haute autorité de santé. Or, conformément à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, la Haute autorité de santé est chargée de remettre un rapport annuel d'activité au Parlement.

Article 7

Avances de trésorerie aux établissements privés et aux professionnels exerçant à titre libéral dans ces établissements

Cet article vise à faciliter la mise en place dans les établissements privés de la tarification à l'activité et de la nouvelle classification des actes médicaux. En effet, il est apparu que l'adaptation des procédures et des systèmes d'information de ces établissements, même accélérée, ne permettra pas à tous ces établissements de pouvoir passer sans difficultés à la tarification à l'activité à la date prévue.

L'article propose donc d'autoriser les caisses à verser des avances de trésorerie à ces établissements et aux professionnels de santé libéraux y travaillant.

Le premier alinéa de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de sécurité sociale pour 2004 prévoit une mise en place différenciée de la réforme portant tarification à l'activité dans les établissements publics et dans les cliniques. Il prévoit, sous réserve de quelques exceptions fixées par la loi, que la tarification à l'activité s'applique dans le secteur de l'hospitalisation privée à partir du 1^{er} octobre 2004.

D'après les informations communiquées au rapporteur, de nombreuses difficultés techniques rendent incertaine l'application de la nouvelle tarification à la date prévue. Ces difficultés sont notamment relatives à la complexité du redéploiement des logiciels de facturation par les sociétés de service informatiques. Le gouvernement a donc jugé nécessaire d'une part de reculer de deux mois l'application de la tarification à l'activité dans les cliniques et d'autre part d'autoriser les caisses des régimes de l'assurance maladie à accorder des avances de trésorerie à ces établissements.

Conformément à l'article L. 174-8 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 33 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000, les versements de tous les régimes d'assurance maladie aux établissements privés transitent par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Par convention, la caisse d'un autre régime d'assurance maladie peut être cette caisse-pivot. L'objet du présent article est de permettre à cette caisse de faire des avances de trésorerie aux établissements privés.

Les établissements concernés sont les établissements mentionnés au d) de l'article L. 122-22-6 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire des établissements privés qui ne sont ni des établissements à but non lucratif ni des établissements ayant choisi le financement par dotation globale.

Les professionnels exerçant à titre libéral au sein de ces établissements sont également concernés par la mise en place de la nouvelle tarification des prestations et par la possibilité d'avances de trésorerie. Certes, les remboursements effectués sur la base de leurs honoraires ne sont pas compris dans l'enveloppe ONDAM des cliniques privées mais dans l'enveloppe « soins de ville ». Cependant, ces professionnels doivent facturer leurs actes en lien avec une hospitalisation sur le même support administratif et comptable que les établissements de santé. Si les établissements sont dans l'incapacité de produire une facture, les praticiens ne peuvent plus percevoir leurs honoraires.

Le présent article propose que ces avances puissent être consenties pendant deux mois à compter de la mise en œuvre de la nouvelle classification des prestations prise en application de l'article L. 122-22-6 du code de la sécurité sociale. Cet article prévoit en effet qu'un décret pris en Conseil d'Etat détermine

les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Il ne s'agit pas de la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM) mais bien de la mise en place des tarifs correspondant aux groupes homogènes de séjour (GHS). Ce décret pourrait être pris antérieurement à la date de promulgation de la loi de financement de sécurité sociale pour 2005 : selon les informations fournies au rapporteur, ce décret serait publié dans le courant du mois de novembre 2004.

S'agissant des motifs de mise en place de ces avances, deux cas alternatifs sont prévus : soit la transmission par voie électronique n'est pas possible, soit le traitement des bordereaux de facturation liée à la mise en œuvre de la nouvelle classification est impossible.

Le deuxième alinéa de l'article propose que le montant de ces avances soit déduit des sommes dues au titre des factures afférentes aux soins dispensés postérieurement à la mise en œuvre de la nouvelle classification. Il s'agit donc bien d'avances remboursables dont le coût final pour les régimes d'assurance maladie devrait être réduit.

Le troisième alinéa précise que la charge financière résultant pour le régime dont dépend la caisse-pivot est compensée par l'ensemble des autres régimes.

Article 8

(Article L. 753-4 du code de la sécurité sociale)

Possibilité de majorations des prix et des tarifs de responsabilité des médicaments et des dispositifs médicaux dans les départements d'outre-mer

Cet article propose d'étendre le champ des majorations qui s'appliquent actuellement aux prix des médicaments dans les départements d'outre-mer (DOM) afin de prendre en compte les frais particuliers qui grèvent le coût de ces médicaments par rapport à leur coût en métropole.

L'objectif est d'harmoniser ce dispositif avec les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 sur la régulation des dépenses de médicament à l'hôpital et surtout de veiller à ce que les établissements d'outre-mer puissent continuer à s'approvisionner dans de bonnes conditions.

Le 1^o modifie tout d'abord la rédaction du premier alinéa de l'article L. 753-4 du code de la sécurité sociale afin de préciser que les médicaments remboursables par les organismes de sécurité sociale dans les DOM comprennent également ceux mentionnés à l'article L. 162-22-7, soit les médicaments facturés à l'assurance maladie en sus des groupes homogènes de séjour (GHS) pris en charge dans le cadre de la tarification à l'activité.

Introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ⁽¹⁾, l'article L. 162-22-7 prévoit en effet la mise en place d'une liste de médicaments destinés aux patients hospitalisés que l'assurance maladie pourra prendre en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Il s'agit de médicaments particulièrement coûteux, comme certaines molécules de chimiothérapie, qui sont mal pris en compte par les forfaits de séjour (GHS) en raison notamment du caractère variable de leur prescription.

Leur prix doit être fixé dans les mêmes conditions que celles qui sont applicables aux médicaments inscrits sur la liste « rétrocession » mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du même code (médicaments vendus par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés).

Le 2° tend à insérer, après le premier alinéa du même article L. 753-4, un nouvel alinéa précisant que les produits et prestations mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7 sont également remboursables par les organismes de sécurité sociale dans les DOM.

Outre une clarification rédactionnelle, cet alinéa vise à étendre le champ des remboursements aux dispositifs médicaux figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 précité, qui précise les produits pouvant être facturés à l'assurance maladie en sus des forfaits de séjour, c'est-à-dire principalement les dispositifs médicaux implantables, tels que les stimulateurs cardiaques, les neurostimulateurs et les défibrillateurs.

Le 3° comporte les principales modifications apportées par le présent article, en procédant à une réécriture du dernier alinéa de l'article L. 753-4, qui précise actuellement les conditions dans lesquelles des majorations de prix peuvent être appliquées au prix des médicaments par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie.

Il est ainsi proposé d'étendre le champ des majorations aux trois domaines suivants.

– Des majorations pourront tout d'abord être appliquées aux *tarifs forfaitaires de responsabilité* (TFR) prévus à l'article L. 162-16 du même code (1° de l'article L. 753-4).

Cette mesure est en effet nécessaire pour que les assurés des DOM ne soient pas pénalisés par l'application des TFR, sur la base desquels ceux-ci sont remboursés et qui ne doivent donc pas être calculés à partir du prix du médicament générique en métropole, mais de celui, majoré, applicable dans les DOM.

(1) Dispositions issues de l'article 27 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Pour les mêmes raisons, les tarifs de responsabilité des *médicaments facturés en sus des groupes homogènes de séjour* pourront également être majorés (3°).

– Il prévoit également la possibilité d’appliquer des majorations aux prix de cession des *médicaments rétrocédés* figurant sur la liste mentionnée au deuxième alinéa de l’article L. 162-17, afin d’éviter que les établissements ne rencontrent de difficultés d’approvisionnement, du fait des taxes et des frais de transport spécifiques aux DOM (2°).

– De même, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des *produits et prestations* mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7 du même code pourront être augmentés (4°).

Le dernier alinéa de l’article L. 753-4 tel que modifié par le présent article précise enfin, comme c’est le cas aujourd’hui, que ces majorations visent à prendre compte les frais particuliers qui, dans chaque département d’outre-mer, alourdissent le coût de ces médicaments par rapport à leur coût en métropole.

Article 9

(article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001)

Financement et missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Cet article fixe le montant des ressources versées par les régimes obligatoires de l’assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Il propose également d’élargir ses missions au financement des accords cadres et accords locaux conclus en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie et au financement des postes des conseillers généraux des hôpitaux.

Le **I** du présent article propose d’élargir les missions du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

L’article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 puis l’article 26 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 ont créé le Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES), dont les missions ont été étendues au financement des dépenses d’investissement et de fonctionnement des établissements de santé. Les articles 23 et 26 de la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 ont substitué à ce fonds le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

Dans le cadre du plan Hôpital 2007, le FMESPP finance l'attribution d'aides en capital aux établissements, à hauteur de 1,5 milliard d'euros sur cinq ans. Les missions du FMESPP ont été élargies, d'une part, au financement des coûts de fonctionnement et de réalisations de trois missions nationales d'appui (dont la mission d'appui à l'investissement national hospitalier) et, d'autre part, aux dépenses de fonctionnement et d'investissement des établissements de santé publics et privés, ainsi que, depuis la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, à celles des groupements de coopération sanitaire. L'extension des missions du fonds a conduit à distinguer deux grands volets : le volet « ressources humaines » et le volet « investissement ». Le volet « ressources humaines » finance à la fois des aides individuelles et des aides collectives visant à accompagner les restructurations. Il s'agit notamment de permettre le paiement de primes à la mobilité, d'indemnités de départ volontaire, de formations, de conversions ou d'actions d'améliorations des conditions de travail.

Le A du I de cet article propose que le fonds puisse prendre en charge le financement des emplois de conseillers généraux des hôpitaux. L'article précise que ces conseillers sont « *placés auprès du ministre chargé de la santé* » et qu'ils assurent « *à sa demande, des missions d'étude et d'assistance technique* ».

Le conseil général des hôpitaux a été créé par l'article 48 de la loi n° 84-575 du 9 juillet 1984 portant diverses dispositions d'ordre social et son régime juridique a été précisé par le décret n° 86-504 du 14 mars 1986 relatif au conseil général des hôpitaux et à l'emploi de conseiller général des hôpitaux. Ces dispositions n'ont pas trouvé d'application.

Comme le ministre de la santé et de la protection sociale, M. Philippe Douste-Blazy, l'a annoncé le 25 mai dernier lors d'un discours tenu à la manifestation « Hôpital Expo », un protocole d'accord signé avec les organisations représentatives des directeurs d'hôpitaux prévoit l'application effective des dispositions créant l'emploi de conseiller général des hôpitaux. Cette mesure correspond à l'une des recommandations du rapport de la mission constituée au sein de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur l'organisation interne de l'hôpital⁽¹⁾. Les postes de conseiller général des hôpitaux correspondent à un réel besoin de gestion. Ils permettront en effet de renforcer l'expertise ministérielle. Constituant une affectation supplémentaire pour des directeurs d'hôpitaux expérimentés et des médecins impliqués dans la gestion des hôpitaux, ils seront l'instrument d'une politique de ressources humaines efficace dans la fonction publique.

Le B du I propose de modifier l'article 40 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2001 afin de modifier des références du code de la sécurité sociale pour tenir compte de la réforme portant tarification à l'activité.

(1) Rapport d'information n° 1074 sur l'organisation interne de l'hôpital.

Le C du I vise à préciser l'application de l'article L. 6113-12 du code de la santé publique. Cette disposition, introduite par l'article 13 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, prévoit que des accords-cadres peuvent être conclus entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les fédérations nationales représentatives des établissements de santé en vue d'améliorer les pratiques hospitalières. Ces accords comporteront des objectifs quantifiés et pourront prévoir un reversement aux établissements de santé d'une partie des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord. Cet article du code de la santé publique permet également la conclusion d'accords similaires au niveau local par l'agence régionale de l'hospitalisation et un établissement de santé. Le C du I vise à ce que le FMESPP soit l'organisme chargé de ce reversement.

Le II de l'article propose que l'élargissement des missions du fonds soit également applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Conformément au V de l'article 4 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2000, le III de l'article propose de fixer à 405 millions d'euros le montant de la participation des régimes obligatoires de l'assurance maladie.

L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu que le montant des ressources du fonds est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

A titre de rappel, l'article 48 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2004 fixait le montant des ressources de ce fonds à 470 millions d'euros. Selon les informations fournies au Rapporteur, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a ouvert 300 millions d'euros aux établissements de santé au titre du FMESPP, pour financer les actions destinées aux investissements hospitaliers.

Selon le bilan annuel du plan d'investissement « hôpital 2007 », les prévisions d'investissements de 2003 ont été réalisées aux trois quarts, de sorte que près de 70 % des investissements aidés ont été réalisés. Les réalisations des opérations inscrites au plan représentent d'ores et déjà plus de 750 millions d'euros d'investissements supplémentaires, dont près de 550 millions dans les établissements publics de santé. Le niveau des investissements antérieurs dans les établissements publics de santé a été maintenu : il n'y a pas d'effet de substitution entre le plan hôpital 2007 et les investissements récurrents des hôpitaux.

Selon des données encore provisoires relatives au plan « hôpital 2007 » dans son ensemble, les investissements totaux des établissements publics de santé s'élèvent à 3 546 milliards d'euros. Le plan d'investissement « hôpital 2007 » a ainsi permis le lancement effectif d'une dynamique d'investissement. La dotation 2005 du FMESPP devrait permettre de confirmer cette démarche vertueuse.

Article 10

(articles L. 162-22-2, L. 162-22-9, L. 174-1-1, L. 227-1 du code de la sécurité sociale et article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles)

Fongibilité entre les différentes enveloppes de l'ONDAM

Cet article vise à instituer une totale fongibilité entre les enveloppes de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).

Jusqu'en 2004, l'ONDAM voté par le Parlement est ensuite décomposé par le gouvernement en enveloppes : médecine de ville, hôpital, cliniques et établissements médico-sociaux. La dotation aux réseaux est formée par redéploiements sur ces quatre enveloppes. La réforme portant tarification à l'activité modifie légèrement cette procédure pour 2005 en fusionnant l'enveloppe hôpital public et cliniques privées et en créant des enveloppes spécifiques pour certaines activités des établissements.

Depuis la création de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie, lorsqu'un établissement ou un service d'un établissement change de statut, lorsqu'une prestation est financée par une autre enveloppe, la dépense correspondante est transférée d'une enveloppe de l'ONDAM à l'autre, afin que le total des enveloppes de l'ONDAM reste cohérent avec l'enveloppe financière globale votée par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de sécurité sociale. C'est ce qu'on appelle la fongibilité des enveloppes.

La loi de financement de sécurité sociale pour 2004 a organisé une fongibilité complète entre les différentes composantes de l'ONDAM relatives aux établissements de santé, mais a omis d'y inclure les établissements médico-sociaux, ne mentionnant que les « *établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements* ». Il convient donc de pallier cette lacune et de donner une base légale aux transferts entre toutes les enveloppes de l'ONDAM.

Le **I** propose de modifier les articles L. 162-22, L. 162-22-9 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, articles relatifs au financement des établissements de santé, afin d'élargir la fongibilité des enveloppes hospitalières aux établissements médico-sociaux. En effet, la rédaction de ces articles ne prévoit que l'éventuelle modification du statut des établissements de santé, de leurs services ou de leurs activités. Il convient donc d'y ajouter les services, les établissements et les activités à caractère médico-social.

Le **II**, qui propose de modifier l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, procède à la même précision s'agissant de l'enveloppe des soins de ville. La rédaction proposée précise que l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville prend en compte les évolutions de toute nature affectant les établissements, les services ou les activités sanitaires ou médico-sociaux.

Le **III** propose de modifier la rédaction de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles. S'agissant de l'enveloppe médico-sociale, la rédaction proposée inclut bien les évolutions pouvant affecter tous les établissements, dont les établissements médico-sociaux.

Article 11

(article L. 322-3 du code de la sécurité sociale)

Exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux adolescents en classe de cinquième

Alors qu'une vingtaine d'examens médicaux sont prévus entre la naissance et l'âge de six ans dans le cadre de la protection maternelle infantile ⁽¹⁾, il n'existe en revanche aucun examen systématique de prévention pour les mineurs âgés de plus de six ans, hormis l'examen d'orientation au cours de la classe de troisième et lors de la journée de préparation de la défense.

Afin de mieux prendre en compte les besoins de santé spécifiques aux adolescents et, selon les termes du rapport annexé au présent projet de loi, de repérer au plus tôt les troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'altérer leur développement, la conférence de la famille du 29 juin 2004 ⁽²⁾, consacrée cette année au thème de l'adolescence, a proposé qu'un entretien de santé leur soit désormais proposé en classe de cinquième.

Selon le dossier de presse du ministère de la famille et de l'enfance, cette consultation approfondie sera effectuée par des médecins libéraux avec information des médecins scolaires. Elle sera fortement conseillée en début d'année scolaire et donnera lieu à l'envoi d'un document spécifique par le ministère de l'éducation nationale. Elle concerne une classe d'âge de 740 000 adolescents.

Pour la mettre en œuvre, le présent article propose de compléter le 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale afin d'exonérer du ticket modérateur les « *consultations de prévention destinées aux mineurs* » dès lors qu'elles sont effectuées dans le cadre des programmes de santé mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a en effet prévu que « *des consultations médicales périodiques de prévention* » sont organisées dans le cadre des programmes de santé déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.

(1) A ces examens médicaux s'ajoute celui fait par la médecine de l'éducation nationale avant l'entrée en cours préparatoire.

(2) La conférence de la famille, qui rassemble autour du Premier ministre des élus, des représentants des institutions, les grandes associations familiales et les partenaires sociaux, a pour but d'engager une réflexion sur les grands axes de la politique familiale et de dresser un bilan des actions réalisées dans ce domaine.

Les programmes de santé prévus par la loi du 9 août 2004
(Articles L. 1411-6 à L. 1411-9 du code de la santé publique)

La définition des programmes de santé

« Article L. 1411-6. Sans préjudice des compétences des départements prévues à l'article L. 2111-2, des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale et, en tant que de besoin, des ministres intéressés. Dans le cadre de ce programme sont prévus des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, ainsi que des actions d'information et d'éducation pour la santé.

« Article L. 1411-7. Des arrêtés des ministres chargés de la santé et de la protection sociale précisent, en tant que de besoin, notamment : 1° L'objet des consultations de prévention et des examens de dépistage mentionnés à l'article L. 1411-6 ; 2° Le cas échéant, l'équipement requis pour procéder à certains de ces examens et les modalités techniques de leur réalisation ; 3° Les conditions de mise en œuvre de ces consultations, de ces examens et de l'information du patient ; 4° Les conditions de transmission des informations nécessaires à l'évaluation du dispositif. »

Les conditions de mise en œuvre des programmes et l'organisation d'un suivi statistique

« Article L. 1411-8. Tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux et tous autres organismes de soins ou de prévention peuvent, dans les limites fixées par les dispositions législatives et réglementaires, concourir à la réalisation de tout ou partie des programmes de santé mentionnés à l'article L. 1411-6. Les services de santé au travail, de santé scolaire et universitaire et de protection maternelle et infantile concourent, en tant que de besoin, à la réalisation de ces programmes. Les modalités de participation des professionnels de santé libéraux à la mise en œuvre de ces programmes sont régies par des contrats de santé publique prévus aux articles L. 162-12-19 et L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale.

« A des fins de suivi statistique et épidémiologique de la santé de la population, les médecins qui réalisent les consultations médicales périodiques de prévention et les examens de dépistage prévus à l'article L. 1411-6 transmettent au ministre chargé de la santé ou aux services désignés à cet effet par le préfet de région, dans des conditions fixées par arrêté pris après avis du Conseil national de l'information statistique et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés : 1° Des données agrégées ; 2° Des données personnelles, dont certaines de santé, ne comportant ni le nom, ni le prénom, ni l'adresse détaillée. Pour ces données, l'arrêté précise les modalités de fixation des échantillons ainsi que les garanties de confidentialité apportées lors de la transmission des données. La transmission de ces données se fait dans le respect des règles relatives au secret professionnel.

« Les informations transmises en application du présent article et permettant l'identification des personnes physiques auxquelles elles s'appliquent ne peuvent faire l'objet d'aucune communication de la part du service bénéficiaire de la transmission et sont détruites après utilisation. »

La signature d'une convention entre les parties

« Article L. 1411-9. Les modalités de participation de l'Etat, des organismes d'assurance maladie, des collectivités territoriales des organismes publics et privés qui concourent à la mise en œuvre des programmes de prévention aux différents échelons territoriaux font l'objet d'une convention entre les parties. »

Les entretiens de santé personnalisés proposés aux adolescents en classe de cinquième seront ainsi intégralement pris en charge par l'assurance maladie.

L'exposé des motifs du présent article précise enfin que ce dispositif fera l'objet d'une phase d'expérimentation dans plusieurs régions au début de l'année 2005.

Article 12

(article L. 712-10-1 du code de la sécurité sociale et article L. 722-24-1 du code rural)

**Affiliation des enseignants et documentalistes contractuels ou agréés
des établissements privés sous contrat
au régime d'assurance maladie des fonctionnaires**

Afin principalement de remédier à la lourdeur et à la complexité du dispositif actuel, cet article propose d'affilier au régime d'assurance maladie des fonctionnaires les maîtres et documentalistes contractuels ou agréés, qui exercent leurs fonctions dans des établissements d'enseignement privés sous contrat avec l'Etat.

Ces personnels contractuels (soumis à un statut de droit public) ou agréés (statut de droit privé) relèvent du régime général de la sécurité sociale pour la prise en charge du risque maladie mais sont rémunérés par l'Etat et bénéficient des mêmes prestations que leurs homologues de l'enseignement public.

L'article L. 914-1 du code de l'éducation institue en effet un principe de parité entre la situation des maîtres de l'enseignement public et celle des maîtres des établissements d'enseignement privés sous contrat pour les conditions de service et de cessation d'activité, les possibilités de formation ainsi que pour les mesures sociales, de promotion et d'avancement. Il en va de même pour les documentalistes qui exercent dans ces établissements.

Or ce dispositif soulève de nombreuses difficultés pour la gestion des prestations versées en espèce, principalement les indemnités journalières (IJ). En cas d'arrêt de travail, les enseignants, affiliés au régime général, bénéficient en effet des IJ mais voient leur rémunération maintenue, en application du principe posé par l'article L. 914-1 précité. L'Etat doit alors recouvrer les sommes correspondant aux IJ au moyen de retenues sur la rémunération des enseignants concernés.

C'est pourquoi le présent article propose de les rattacher au régime de prise en charge du risque maladie des fonctionnaires, ce qui permettrait tout à la fois de réaliser une simplification administrative importante et de permettre au personnel actuellement occupé à ces tâches administratives dans les rectorats (près de 60 personnes en équivalents temps plein) de se consacrer à d'autres missions.

Le I de cet article insère en conséquence dans le chapitre II (« *Régime des fonctionnaires de l'Etat et des magistrats* ») du titre premier du livre VII du code de la sécurité sociale une nouvelle section 4 *bis*, intitulée « *Dispositions applicables aux maîtres et documentalistes de l'enseignement privé* » et composée d'un article unique L. 712-10-1.

Ce nouvel article prévoit que les maîtres et documentalistes contractuels ou agréés, qui sont en activité dans les établissements d'enseignement privés sous contrat, sont soumis aux dispositions prévues par les articles L. 712-1 (concernant les bénéficiaires du régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès des fonctionnaires), L. 712-3 (prestations versées en cas d'arrêt de travail), L. 712-9, premier alinéa, (cotisations des fonctionnaires et de l'Etat) et l'article L. 712-10 (cotisations des fonctionnaires pour des prestations nouvelles).

De même, le **II** de cet article insère une nouvelle sous-section 1 *bis* intitulée « *Dispositions applicables aux personnels enseignants et de documentation liés à l'Etat par contrat* » dans la section 2, consacrée aux personnes salariées des professions agricoles, du chapitre II du titre II du livre VII du code rural.

Cette section comporte un nouvel article L. 722-24-1 prévoyant que les mêmes dispositions du code de la sécurité sociale relatives au régime d'assurance maladie des fonctionnaires (articles L. 712-1, L. 712-3, L. 742-9 et L. 712-10) s'appliquent aux enseignants et personnels de documentation contractuels, qui exercent leurs fonctions dans des associations ou des organismes responsables des établissements d'enseignement agricole privés liés à l'Etat par contrat.

Enfin, le **III** précise que les dispositions prévues par le présent article entrent en vigueur à partir du 1^{er} septembre 2005.

Article 13

Dotation de financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

Créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999⁽¹⁾, le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) a pour vocation de soutenir des projets innovants en médecine « *concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville* ».

Il peut ainsi accorder des aides aux professionnels de santé libéraux, à des regroupements de ces professionnels ainsi qu'aux centres de santé. Il peut également soutenir le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels exerçant en ville à des établissements de santé.

Prévu initialement pour une durée de cinq ans, le FAQSV a été prolongé jusqu'au 31 décembre 2006 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002⁽²⁾.

(1) Article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

(2) Article 39 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

En outre, depuis la fin de l'année 2001, ses missions ont été progressivement étendues aux domaines suivants :

– les aides aux professionnels de santé, autres que les médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins ⁽¹⁾ ;

– les actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML) ⁽²⁾ ;

– la participation au financement des infrastructures relatives au partage des données médicales, à travers l'expérimentation d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux dans quelques sites pilotes ⁽³⁾.

L'impact des financements attribués par le fonds doit faire l'objet d'une évaluation transmise au Parlement au plus tard le 30 juin 2005 et porter notamment sur l'organisation, la continuité et la sécurité des soins ainsi que sur les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie.

• *Le plafond des dépenses du FAQSV*

En application du troisième paragraphe de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le montant maximal des dépenses autorisées du FAQSV doit être fixé, chaque année, par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le **premier alinéa** du présent article précise en conséquence que le plafond des dépenses du fonds est fixé à 106 millions d'euros pour 2005, soit un montant identique à celui retenu pour 2004 et pour 2003.

Pour 2004, des crédits spécifiques sont destinés à poursuivre le financement des actions engagées sur la permanence des soins (maisons de santé médicales et de garde, régulation téléphonique libérale) et à mettre en œuvre, dès la parution des textes d'application, les aides à l'installation des professionnels de santé autres que les médecins. Un seuil minimum de 26 % de l'enveloppe attribuée à chaque région doit être consacré à ces actions, les régions devant financer au moins deux types d'action de cette nature.

On rappellera à ce sujet que les crédits déconcentrés pour des actions régionales représentent près de 80 % du budget du fonds et sont répartis de la façon suivante pour l'année 2004.

(1) Article 39 susmentionné.

(2) Article 48 de la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003.

(3) Article 47 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Budget 2004 : répartition par région

Régions	Enveloppe 2004 (en euros)
Ile-de-France	12 839 520
Rhône-Alpes	6 980 443
PACA	5 721 578
Nord-Pas-de-Calais	5 112 234
Pays-de-Loire	4 288 615
Aquitaine	3 927 027
Bretagne	3 927 027
Midi-Pyrénées	3 538 653
Centre	3 398 036
Lorraine	3 237 330
Languedoc-Roussillon	3 257 418
Picardie	2 741 819
Haute-Normandie	2 661 466
Alsace	2 627 986
Poitou-Charentes	2 507 456
Bourgogne	2 467 279
Basse-Normandie	2 266 397
Champagne-Ardennes	2 165 955
Auvergne	2 132 475
Franche-Comté	1 924 896
Limousin	1 469 562
Réunion	1 489 651
Guadeloupe	1 161 542
Martinique	1 114 670
Corse	974 052
Guyane	866 913
Total	84 800 000

Source : ministère de la santé et de la protection sociale.

• *Les ressources du FAQSV*

En application du troisième paragraphe de l'article 25 susmentionné, les ressources du FAQSV sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Pour l'année 2005, le **second alinéa** du présent article propose de fixer le montant de cette participation à 30 millions d'euros, contre 15 millions d'euros en 2004, afin de prendre en compte la montée en charge des aides accordées par le fonds.

La différence importante entre le montant des dépenses susceptibles d'être engagées et celui des moyens financiers nouveaux attribués au fonds pour 2005 s'explique, comme les années précédentes, par l'existence de réserves liées à la sous-consommation de ses crédits au cours des premières années, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Les comptes du FAQSV en 2003

(en millions d'euros)

	2003	2004 (prévisionnel)
Ressources	20	15,0
Participation des régimes d'assurance maladie	20	15,0
Autres produits		
Dépenses	54,5	106,0
Charges techniques	44,4	87,6
Charges de gestion courante	10,1	18,4
Solde annuel	- 34,5	- 91,0
Solde cumulé	108,5	17,5

Source : ministère de la santé et de la protection sociale (d'après le compte de résultat établi par la CNAMTS).

Article 14

Dotation de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)

Institué par l'article L. 1142-22 du code de la santé publique, issu de l'article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) est un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé.

Cet office exerce aujourd'hui une double mission.

Il veille, en premier lieu, à la mise en œuvre effective de *la procédure de règlement amiable* prévue par les articles L. 1142-4 et suivants du code de la santé publique en cas d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales. L'office prend en charge à ce titre les frais de fonctionnement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) et leur apporte également un soutien technique et administratif, notamment en mettant à leur disposition le personnel nécessaire ⁽¹⁾.

Il est chargé, en second lieu, de *l'indemnisation au titre de la solidarité nationale* des dommages occasionnés par la survenue d'un accident médical,

(1) Les commissions régionales sont chargées de faciliter les règlements amiables des litiges relatifs aux accidents entre les usagers et les professionnels de santé, les établissements de santé, les services de santé ou les producteurs de produits de santé. Il leur incombe également de statuer sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages résultant d'accidents médicaux graves ainsi que sur l'existence d'une faute ou d'un aléa thérapeutique.

d'une affection iatrogène ou d'un « aléa thérapeutique », c'est-à-dire lorsque, en l'absence de faute, les préjudices sont en rapport avec un acte de prévention, de diagnostic ou de soins ayant entraîné des conséquences anormales et très graves par rapport à l'acte pratiqué ⁽¹⁾. Il indemnise par ailleurs, pour le compte de l'Etat, les victimes de vaccinations obligatoires.

En outre, la loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 sur la responsabilité civile médicale a étendu ses missions :

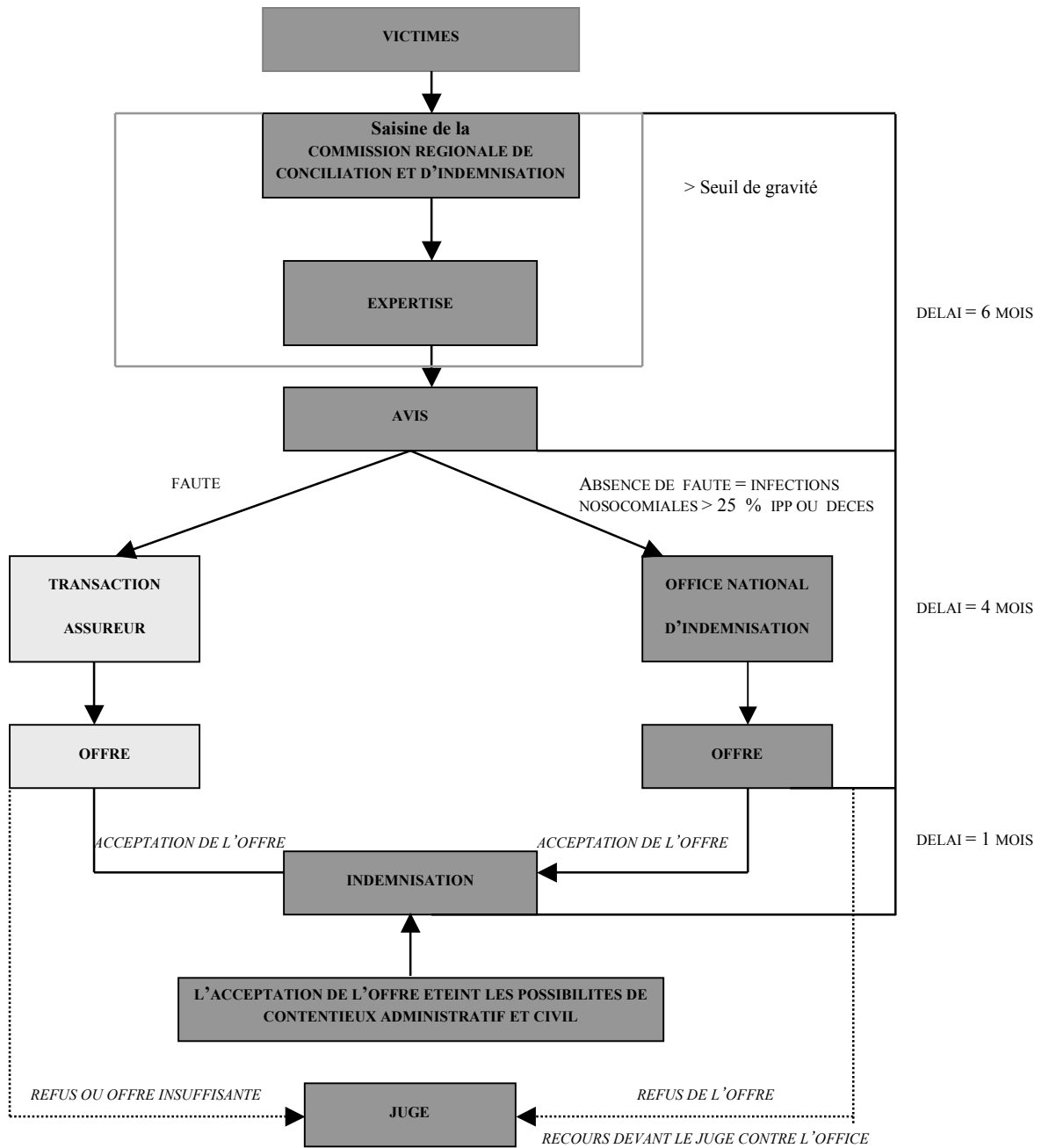
– à la réparation des dommages résultant d'infections nosocomiales dans les établissements de santé, dès lors qu'ils correspondent à un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) supérieur à 25 % ou en cas de décès provoqué par cette infection ;

– à la prise en charge financière des obligations de l'association « France-Hypophyse » résultant des contentieux civils relatifs à l'indemnisation des victimes de la maladie de Creutzfeldt-Jakob transmise par l'hormone de croissance d'origine humaine.

On rappellera enfin que la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 a prévu la mise en place d'un Observatoire des risques médicaux, sous la forme d'une commission rattachée à l'ONIAM et dont la mission est de collecter toutes les informations sur les accidents médicaux et sur les indemnisations versées en réparation des dommages.

(1) Si la CRCI estime qu'il s'agit d'un aléa thérapeutique, l'ONIAM doit faire une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis par la victime. Après acceptation de l'offre, l'office verse à la victime ou à ses ayants droit les indemnités correspondantes, lesquelles peuvent prendre la forme d'une rente.

Schéma général de fonctionnement du dispositif d'indemnisation



Source : Rapport d'activité 2002-2003 de l'ONIAM.

En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'office est financé par une dotation globale des régimes d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Le tableau ci-après présente l'évolution de la dotation globale de financement depuis 2002.

Evolution de la dotation globale de financement de l'ONIAM

(en millions d'euros)

2002	2003	2004	2005
70	70	70	30

Pour l'exercice 2005, le présent article propose de fixer le montant de la dotation globale à 30 millions d'euros, contre 70 millions d'euros en 2004. La baisse du montant de la participation de l'assurance maladie proposée par cet article s'explique par l'importance des crédits alloués au titre des exercices 2003 et 2004 (140 millions d'euros au total) et non utilisés en totalité par l'ONIAM.

En effet, selon le premier rapport public d'activité de l'ONIAM prévu par l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, dont les dispositions ont été codifiées à l'article L. 1142-22-1 du même code, « *2003 a été pour l'essentiel une phase d'installation* », dans la mesure où seules quatorze commissions régionales ont été mises en place et ont réellement fonctionné au cours de cette année.

Article 15

(article 51 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale pour 2004)

Participation de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de prophylaxie et de traitement nécessaires en cas de menace sanitaire grave

Rendu public le 5 octobre 2001, le plan Biotox vise à faire face à l'éventualité d'actes de terrorisme utilisant des substances biologiques (microbiens, toxiques, chimiques ou radiologiques) en définissant précisément les responsabilités de chacune des administrations concernées et en prévoyant un ensemble de mesures dans les domaines de la prévention, la surveillance, l'alerte et l'intervention rapide en cas de crise.

Selon la nature des opérations, le financement de ce plan est assuré par l'Etat, dans le cadre de la loi de finances, ou par l'assurance maladie, à travers une dotation à un fonds de concours créé par l'Etat.

La participation de l'assurance maladie est destinée à l'achat, au stockage et à la livraison de produits de prophylaxie ou de traitement nécessaires en cas d'exposition d'un grand nombre de personnes à « *un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d'un acte terroriste* », aux termes de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ⁽¹⁾. La constitution de stocks doit permettre de mobiliser très rapidement ces produits dans des situations de crises et éviter ainsi la propagation d'épidémies.

(1) Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Depuis sa création en 2001, le fonds de concours a permis l'acquisition de vaccins antivarioliques, d'antibiotiques, de pastilles d'iode, d'immunoglobulines anti-botulinique et de matériels connexes.

Le **I** de l'article propose tout d'abord de modifier la rédaction du premier alinéa de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) afin d'étendre le champ du fonds de concours aux produits nécessaires en cas de « *menace sanitaire grave quelle soit son origine ou sa nature* », par exemple en cas de risques majeurs liés à l'environnement ou de pandémie grippale d'origine aviaire.

L'exposé des motifs du projet de loi fait valoir que « *quelle que soit leur origine – bioterrorisme ou situations exceptionnelles – les crises sanitaires requièrent des mesures de prévention identiques, à savoir la constitution de stocks de produits nécessaires à la détection, à la prévention et au traitement d'un grand nombre de personnes exposées* ».

On rappellera à cet égard que la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ⁽¹⁾ prévoit la mise en place d'un fonds destiné à financer les actions nécessaires à la préservation de la santé de la population en cas de menace sanitaire grave ou d'alerte épidémique.

Le premier alinéa du **II** de cet article propose de fixer le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours à 62 millions d'euros pour 2004.

***Evolution du montant de la contribution de l'assurance maladie
au fonds de concours depuis 2002***

(en millions d'euros)

2002	2003	2004
198,18	155,40	62,00

Son second alinéa précise que cette contribution est répartie entre les différents régimes selon les règles mises en œuvre en 2003 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale relatif à la dotation globale hospitalière.

(1) Dispositions prévues par l'article 18 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et codifiées à l'article L. 3110-5 du code de la santé publique.

Article 16

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé pour 2004

Conformément au 4° du I et au II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à titre rectificatif l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale à 131 milliards d'euros pour 2004.

Cela correspond à un dépassement de 1,3 milliard d'euros par rapport à l'objectif voté en loi de financement initiale. Ce dépassement était de 1,2 milliard en 2003. Il s'agit d'une progression de 5,2 % par rapport aux dépenses constatées de 2003.

Depuis 1996, aucun projet de loi rectificative de financement de la sécurité sociale rectificative n'a été déposé au Parlement.

Les dispositions de la Constitution et de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale ne l'excluent pourtant pas ⁽¹⁾. Depuis la loi de financement de sécurité sociale pour 2002, certaines des dispositions de la loi de financement de sécurité sociale revêtent le caractère de loi de financement rectificative de l'année : c'est le cas de l'article révisant l'ONDAM de l'année.

Cet article présente traditionnellement l'avantage, pour les parlementaires, de faire le point sur les évolutions constatées depuis le vote de la loi de financement en matière de dépenses d'assurance maladie.

Le cas échéant, il permet en outre au Parlement de valider les éventuelles mesures nouvelles intervenues en cours d'année, notamment les avenants aux conventions médicales entraînant des dépenses supplémentaires.

Le tableau ci-après compare les chiffres adoptés dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, tels qu'issus de la décomposition de l'ONDAM décidée par le gouvernement, et les montants révisés dont l'adoption est indirectement proposée par le présent article.

(1) En revanche, le Parlement ne pourrait pallier la carence présumée du gouvernement : l'article 39 de la Constitution évoque uniquement des « projet de loi » de financement de la sécurité sociale.

ONDAM 2004 et prévisions d'exécution pour 2004

(en milliards d'euros et en %)

	Objectif 2004	Réalisé en 2004	Dépassement en %
Soins de ville	60,50	61,4	1,49
Etablissements sanitaires	48,00	48,1	0,21
Cliniques privées	8,00	8,1	1,25
Médico-social	9,80	9,8	0,00
Français à l'étranger	0,20	0,2	0,00
DOM	3,10	3,3	6,45
Réseaux	0,10	0,1	0,00
ONDAM	129,7	131,0	+ 1,00

Source : Tableau réalisé à partir du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Les principaux écarts entre les prévisions votées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et les prévisions soumises aujourd'hui au vote du Parlement, en ce qui concerne les soins de ville et les dépenses en établissements, sont les suivants.

- *Soins de ville hors médicament*

Les remboursements d'honoraires et frais de transports des malades connaissent une hausse modérée.

On constate pour 2004 un certain infléchissement relatif aux dépenses d'honoraires, dû pour une part à la stabilisation des volumes de certaines professions et à un moindre impact financier des mesures de revalorisations tarifaires prises en 2003. Les remboursements des honoraires des médecins généralistes se stabilisent (pour le régime général). La suppression de l'exonération du ticket modérateur pour les soins faisant suite à des actes cotés plus de K 50 (décret du 18 décembre 2003 relatif à la participation de l'assuré aux frais de soins et arrêté du 18 décembre 2003 relatif aux conditions de suppression de la participation de l'assuré aux frais de soins pris en application de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale) a joué un rôle significatif dans cette modération, en particulier pour les frais de transport de malades et les remboursements d'honoraires des paramédicaux pour les assurés du régime général. L'inflexion de la croissance de l'agrégat « soins de ville » pourrait également être imputable aux causes suivantes :

- la hausse des honoraires pourrait avoir un effet dissuasif sur la demande de soins, conduisant à un infléchissement des volumes ;
- les mesures de maîtrise médicalisée ;
- l'absence d'épidémies en début d'année ;
- l'annonce de la réforme de l'assurance maladie.

Les autres soins de ville (médicaments et dispositifs médicaux) connaissent un fort dynamisme.

Comme le note le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, c'est surtout le dynamisme des dépenses de remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux qui explique la forte croissance de l'agrégat soins de ville en 2004. Il semble que les réformes entamées par les lois de financement de sécurité sociale pour 2003 et 2004 n'aient pas encore fourni les résultats attendus en termes de maîtrise de dépenses. La diminution du taux de remboursement de certains produits, la réforme de la marge des pharmaciens et la montée en charge des médicaments génériques n'ont pas suffi à infléchir la croissance.

S'agissant du régime général, les médicaments suivent une pente d'environ 8 à 9 %, cohérente avec la progression de long terme. Les volumes évoluant assez modérément, cette hausse s'explique surtout par la consommation de médicaments de plus en plus coûteux et de mieux en mieux remboursés ainsi que par le recours accru à la rétrocession hospitalière.

En revanche, on constate une croissance modeste des indemnités journalières du régime général. Cette modération s'explique par des contrôles accrus et par l'évolution globale des effectifs salariés.

- *Les dépenses en établissements*

Ces dépenses excèdent de 150 millions d'euros l'objectif 2004. Une certaine décélération apparaît dans les établissements sanitaires publics, où le dépassement de l'objectif est surtout lié aux dépenses hors budget global (consultations externes, conventions internationales...). Les dépenses en cliniques (+ 5,7 %) croissent de manière soutenue. Les dépenses en établissement médico-social suivent également une forte pente en raison notamment du plan de création de places au bénéfice des personnes handicapées.

Article 17

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2005

Conformément au 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 134,9 milliards d'euros l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour 2005.

- *La nature et le périmètre de l'ONDAM*

L'ONDAM n'a pas de caractère normatif⁽¹⁾. En revanche, les mesures qui accompagnent son adoption peuvent fixer des financements limitatifs ou comporter des mesures de maîtrise médicalisée des dépenses, qui sont opposables aux assurés et aux professionnels. L'ONDAM ne constitue pas un plafond de dépenses pour les assurés, dont les droits à remboursement restent ouverts, même en cas de dépassement. L'ONDAM, dont la définition n'est pas fixée par la loi, correspond à l'ensemble des dépenses de soins liées aux risques maladie, maternité et accidents du travail, ainsi qu'aux prestations en espèces de la branche maladie et aux dépenses liées à l'incapacité temporaire pour la branche accidents du travail. Il est obtenu à partir des objectifs de dépenses des branches maladie et accidents du travail fixés respectivement par les articles 18 et 23 du présent projet de loi, en en déduisant :

- les frais de gestion administrative ;
- les frais financiers ;
- les dépenses d'action sanitaire et sociale et celles retracées dans les fonds de prévention des régimes obligatoires de base, ainsi que les transferts internes entre celles-ci ;
- les rentes d'accidents du travail et les indemnités journalières de maternité.

Il s'agit d'un objectif dit « net » car viennent en déduction de l'objectif de soins de ville les remises versées par les laboratoires pharmaceutiques dans le cadre du conventionnement avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), qui pourraient, selon les informations communiquées au rapporteur, atteindre 150 millions d'euros, et la contribution due par les entreprises qui n'ont pas signé de convention avec le CEPS (contribution perçue dans le cadre de la régulation de la progression du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique).

- *Le calcul de l'ONDAM 2005*

Le montant de l'ONDAM de l'année N n'est pas calculé sur des bases médicales ou fondé sur une réévaluation annuelle des besoins des assurés à partir d'une base zéro. Il est calculé en fonction de l'ONDAM de l'année N-1, de la tendance constatée et des mesures et évolutions nouvelles de toute nature (législative, réglementaire, scientifique, démographique) affectant positivement ou négativement l'évolution de la tendance des dépenses de l'assurance maladie sur l'année considérée. La médicalisation de l'ONDAM, c'est-à-dire son calcul en

(1) *A titre de rappel, compte tenu de la nature des autorisations données par la loi de financement de sécurité sociale, il n'existe pas de loi de règlement s'agissant des finances sociales.*

fonction de données médicales, comme le préconisait notamment le rapport de M. Alain Coulomb ⁽¹⁾, reste à faire.

La progression de l'ONDAM est calculée sur une base dite « rebasée ». Le « rebasage » de l'ONDAM, pratiqué depuis la loi de financement de sécurité sociale pour 2000 et dont les modalités ont été critiquées par la Cour des comptes dans son rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2003, consiste à calculer le taux de croissance de l'année N par rapport à l'ONDAM révisé de l'année N-1. S'agissant du présent projet, cet ONDAM révisé est la prévision d'exécution pour 2004 établie par la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier. La référence n'est donc pas le montant de l'objectif initial voté pour 2004 en loi de financement (129,7 milliards d'euros) mais cet ONDAM révisé, fixé par l'article 15 du présent projet, ce qui conduit à minorer le taux de croissance des dépenses.

Le présent article propose que l'ONDAM pour 2005 atteigne 134,9 milliards d'euros en droits constatés, soit une progression « faciale » de 2,98 % par rapport à l'ONDAM révisé 2004. Le taux de progression de l'ONDAM hors transferts et rebasages est en fait de 3,2 %. En effet, l'ONDAM 2005 ne comprend pas certaines dépenses, notamment celles correspondant au transfert du financement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de l'assurance maladie vers les régions en 2005, pour un montant d'environ 178 millions d'euros. Il faut donc, par cohérence, retirer de l'ONDAM révisé de 2004 les dépenses correspondant à ce poste afin d'obtenir une progression 2004 – 2005 « hors effets de transferts ». Cette diminution du dénominateur (ONDAM 2004 révisé) conduit mécaniquement à augmenter le taux de progression entre l'ONDAM 2004 révisé et l'ONDAM 2005. Hors transferts, la progression atteint bien 3,2 %, comme l'indique le tableau suivant.

Calcul de l'ONDAM 2005 à partir de l'ONDAM 2004

(en milliards d'euros)

ONDAM 2004 révisé	131,000
Transferts et rebasages	- 0,300
Base 2004 intégrant les transferts 2005	130,700
Tendance (y compris effet report) : + 5,50 %	+ 7,205
Mesures nouvelles en 2005	+ 0,440
Mesures d'économies tous régimes	- 3,500
ONDAM 2005	134,900

Source : ministère de la santé et de la protection sociale.

(1) Rapport du groupe de travail de la commission des comptes de la sécurité sociale, « Médicalisation de l'ONDAM », avril 2003.

Ce taux de croissance de 3,2 % est bâti sur une tendance des dépenses d'assurance maladie (y compris l'effet report des revalorisations intervenues les années précédentes) de l'ordre de 5,5 %. Il s'agit d'une tendance élaborée à partir de données pluriannuelles : selon des données encore provisoires, l'ONDAM 2004 ne progresserait que de 5,2 % par rapport à l'ONDAM réalisé de 2003. A partir de cette tendance de 5,5 %, le gouvernement a calculé l'impact des mesures nouvelles conduisant à des dépenses supplémentaires et des mesures d'économies prises en 2004 et celles adoptées dans le cadre de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

L'effet combiné de ces mesures aboutit à un montant de l'ONDAM 2005 en progression de 3,2 %, comme le montre le tableau suivant.

Calcul de l'ONDAM 2005 à partir de la tendance

ONDAM Tendanciel	+ 5,5 %
Maîtrise médicalisée	- 0,9 %
Indemnités journalières	- 0,3 %
Médicament	- 0,6 %
Contribution forfaitaire d'1 euro	- 0,5 %
Economies à l'hôpital	- 0,2 %
Forfait journalier	- 0,1 %
Mesures nouvelles	+ 0,3 %
ONDAM 2005	+ 3,2 %

Source : ministère de la santé et de la protection sociale.

Sans l'effet de la contribution forfaitaire et de l'augmentation du forfait journalier, qui conduisent mécaniquement à minorer le montant des dépenses de l'année 2005, le taux de progression se monte à 3,8 % comme l'a indiqué M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, lors de la dernière réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale.

- *Les mesures d'économies*

Selon les données fournies par le dossier de presse relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le montant des mesures d'économies pour 2005 devrait se monter à 2,9 milliards d'euros dans le régime général. Le tableau suivant, issu de la présentation du présent projet de loi lors de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier, fait le point sur ces diverses mesures d'économies dans le champ de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, régime dont les dépenses représentent environ 84 % des dépenses totales de l'assurance maladie.

**Effets sur l'ONDAM 2005 des mesures d'économies
dans le champ du régime général**

(en milliards d'euros)

Mesures	Impact 2005
Maîtrise médicalisée	1,000
Indemnités journalières	0,300
Plan médicament	0,700
Contribution forfaitaire de 1 euro	0,600
Modernisation de la gestion hospitalière	0,200
Forfait journalier	0,100
Total des mesures d'économies	2,900

Source : dossier de presse « *Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2005* » du ministère de la santé et de la protection sociale.

Les économies prévues en matière de gestion hospitalière correspondent à la modernisation des procédures d'achat, expérimentée en 2004 et qui devrait être généralisée en 2005. Les économies gagnées en matière de maîtrise médicalisées devraient se répartir ainsi :

**Evaluation des effets de la maîtrise médicalisée en 2005
dans le champ du régime général**

(en milliards d'euros)

Protocoles des ALD et respect de l'ordonnancier bizonne	0,350
Bon usage du médicament	0,300
Référentiels de prescriptions sur les transports sanitaires et plan de maîtrise médicalisée du transport	0,100
Lutte contre la fraude	0,050
Mise en place du médecin traitant et effet de la contribution forfaitaire	0,200
Total maîtrise médicalisée	1,000

Source : ministère de la santé et de la protection sociale.

Le chiffre de 3,2 % proposé pour l'augmentation de l'ONDAM 2005, qui est bas, témoigne de l'ambition du gouvernement. Il n'est pas irréaliste mais il est certainement volontariste, comme on pouvait d'ailleurs légitimement l'attendre d'un gouvernement ayant eu le courage de réformer l'assurance maladie. Ce chiffre montre que le gouvernement a confiance dans les instruments de mesure médicalisée qui vont se mettre en place dans les prochaines semaines.

Ce chiffre de 3,2 % ne représente que 61,5 % environ de la tendance constatée de l'ONDAM 2004 (+ 5,2 %) ; compte tenu de l'ampleur des économies attendues en 2005, son respect est bien dans l'ordre du possible.

Le rapporteur rappelle d'ailleurs que l'ONDAM pour 1997 avait été fixé à 91,5 milliards d'euros (600,2 milliards de francs) par la première loi de financement de la sécurité sociale. Cet objectif correspondait à une progression de 1,7 % par rapport à 1996. Au total, la réalisation de l'ONDAM 1997 a été de 91,44 milliards d'euros (599,5 milliards de francs), soit une progression de 1,5 % seulement par rapport à 1996 au lieu de 1,7 % initialement prévu. Il n'y a donc pas de fatalité du dépassement de l'ONDAM.

Article 18

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2005

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 148,3 milliards d'euros en 2005 l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Comme pour l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, il ne s'agit pas d'une autorisation de dépenser au sens budgétaire du terme. Ces prestations seront nécessairement ouvertes en application de la loi et en contrepartie, même indirecte, de cotisations. Cet objectif plus large que celui de l'ONDAM est une estimation chiffrée qui permet d'informer le Parlement et de piloter le système de santé.

Les dépenses retracées par le présent article comprennent les prestations sociales légales et extra-légales, les prestations de services sociaux visant à abaisser le coût d'accès au système de soins, les frais de gestion administrative des régimes, les transferts entre régimes et les frais financiers. Au sein de la branche maladie sont intégrées les dépenses de maternité, d'invalidité et d'assurance-décès. Les dépenses liées au service d'une pension d'invalidité ne sont retracées dans cet agrégat que lorsque les intéressés ont moins de soixante ans, alors que certains régimes spéciaux d'assurance maladie peuvent servir de telles pensions au-delà de cet âge, jusqu'au décès des intéressés, auquel cas les dépenses correspondantes figurent dans l'agrégat de la branche vieillesse.

Le rapport de la Cour des comptes sur l'exécution de la loi de financement de sécurité sociale pour 2003 critique la coexistence de deux objectifs de dépenses d'assurance maladie, estimant qu'elle nuit à la clarté de la loi de financement. Le rapport sur l'exécution de la loi de financement de sécurité sociale pour 2004 souligne la complexité de la comparaison en notant qu'à la suite des revalorisations d'honoraires de 2002 et 2003, l'augmentation des cotisations des professionnels de santé prises en charge par l'assurance maladie a été prise en compte dans l'objectif de branche et non dans l'ONDAM. La même remarque vaut pour certaines dépenses du Fonds de modernisation des établissements de santé. Ces remarques pourraient être utilement prises en compte dans la

modification de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Le tableau ci-après présente, à partir de l'annexe c du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, une répartition plus détaillée des différentes catégories de dépenses pour l'ensemble des régimes de base de plus de vingt mille cotisants.

Régimes de base de plus de 20 000 cotisants
Dépenses de la branche maladie

(en millions d'euros)

	2004	2005
Prestations	135 606	139 548
Prestations légales	134 257	138 155
Prestations extralégales	580	602
Autres prestations	703	704
Dotations nettes aux provisions	42	62
Pertes sur créances irrécouvrables	25	25
Transferts	952	906
Autres charges techniques	752	604
Diverses charges techniques	271	296
Charges financières	621	28
Autres charges techniques	371	385
Charges de gestion courante	6 478	6 495
Total des charges	145 051	148 262

Source : réalisé à partir de l'annexe C du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

TITRE IV
DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES
DE SÉCURITÉ SOCIALE

Section 1

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Article 19

**Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles
au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**

Cet article fixe pour 2005 la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

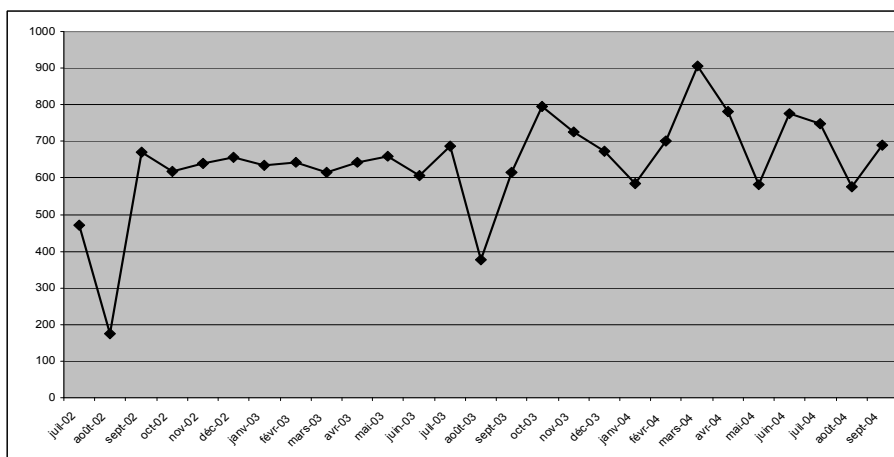
Mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et le décret d'application du 23 octobre 2001 pour prendre en charge l'indemnisation des personnes atteintes de maladies liées à l'amiante, le FIVA est en état de fonctionner depuis le 1^{er} juillet 2002. Depuis cette date, il reçoit les dossiers et verse des provisions aux demandeurs selon un barème propre. C'est l'adoption de ce dernier et sa publication en janvier 2003 qui marquent le réel début de l'activité du FIVA. Le bilan d'activité de celui-ci et les statistiques fournies au rapporteur lors de l'audition font état d'une importante montée en charge du FIVA.

Il convient cependant de nuancer cette appréciation : si le nombre de dossiers enregistrés en flux a effectivement crû de façon importante comme le montre le graphique ci-dessous entre juin 2003 et septembre 2004, il convient de rappeler que le point bas de juin 2003 correspond à la période pendant laquelle FIVA et FGA ont coexisté. Les chiffres cumulés des deux organismes (d'ailleurs agrégés dans le tableau ci-dessous fourni par le FIVA) montrent que la croissance du nombre de dossiers est certes réelle mais ne traduit pas une explosion des demandes : oscillant généralement autour de 600 dossiers par mois en 2002 et 2003, le flux est monté à 675 à 680 dossiers par mois en moyenne sur 2004 et 725 en moyenne glissante. Les chiffres des derniers mois donnent à penser que l'estimation de 9 à 10 000 dossiers pour l'année 2005 constitue donc une prévision haute.

Enregistrement des dossiers (FIVA et FGA)

Flux des dossiers victimes enregistrés			
Date	FGA*	FIVA	Enregistrements FIVA et FGA
juil-02	470		470
août-02	175		175
sept-02	669		669
oct-02	618		618
nov-02	640		640
déc-02	657		657
janv-03	633		633
févr-03	643		643
mars-03	614		614
avr-03	644		644
mai-03	660		660
juin-03	140	466	606
juil-03	28	660	688
août-03	17	359	376
sept-03	5	610	615
oct-03	7	787	794
nov-03	3	724	727
déc-03	3	669	672
janv-04	0	585	585
févr-04	0	700	700
mars-04	0	906	906
avr-04	0	781	781
mai-04	0	581	581
juin-04	0	775	775
juil-04	0	748	748
août-04	0	575	575
sept-04		691	691
total	6 623	10 617	17 240
			Moyenne
			639

Enregistrement des dossiers (FIVA et FGA)



(source FIVA)

Le caractère réel quoique contenu de cette hausse justifie assurément une augmentation de la dotation du FIVA pour 2005. L'absence de dotation par l'Etat au titre de 2005 à la différence des années 2002 et 2003 (voir tableau ci-dessous) fait reposer cet ajustement sur l'autre source de financement du fonds, la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Ressources du FIVA

(en millions d'euros)

Dotations au FIVA (années)	État	Branche AT/MP	Total ressources FIVA
2001		438	438
2002	38	180	218
2003	40	190	230
2004	0	100	100
Total au 31/12/2004	78	908	986

En conséquence, le présent article prévoit le passage de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds de 100 millions d'euros en 2004 à 200 millions d'euros pour 2005.

Article 20

Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

Cet article porte à 600 millions d'euros pour 2005 le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a mis en place un dispositif de cessation anticipée d'activité ouvert à partir de cinquante ans ⁽¹⁾ aux salariés du régime général atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante ou ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navale. Le champ des salariés éligibles en a été progressivement étendu par exemple aux dockers professionnels et aux personnels portuaires de manutention et, depuis 2003, aux salariés agricoles atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante. Les dépenses liées à cette cessation anticipée d'activité sont prises en charge par le FCAATA.

(1) On rappellera que pour les salariés qui ont été exposés à ce risque sans pour autant développer de maladie professionnelle liée à l'amiante, la durée de la préretraite est fonction de la durée d'exposition.

Les comptes du FCAATA traduisent la montée en charge du dispositif. Le nombre d'allocataires présents dans le dispositif a évolué comme suit :

Allocataires du FCAATA

Date	Nombre d'allocataires
Fin 2000	3 785
Fin 2001	9 152
Fin 2002	16 681
Fin 2003	22 509
Fin mars 2004	24 483

En dépit de sa légère décélération en 2003, le rythme de croissance du nombre d'allocataires reste donc élevé. L'ensemble des charges du FCAATA a augmenté de 59 % en 2003 après avoir doublé en 2002 et triplé en 2001. Ces charges continuent naturellement de croître avec le nombre d'allocataires. La dépense est estimée pour 2005 à 750 millions d'euros.

En conséquence, il est proposé, pour accompagner cette montée en charge, d'augmenter une nouvelle fois le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles en la portant à 600 millions d'euros pour 2005 (300 millions en 2002, 450 en 2003 et 500 en 2004). On rappellera que le fonds est en outre alimenté par une fraction du droit de consommation sur les tabacs de 0,31 % en vertu du dernier alinéa de l'article 42 du projet de loi de finances pour 2005 (identique à celui de 2004) dont le montant devrait être pour 2005 de 29 millions d'euros.

Il subsiste donc à l'issue du versement de la contribution prévue par le présent article et de celui des droits tabacs prévu par le projet de loi de finances une insuffisance de financement d'environ 120 millions d'euros en 2005. La contribution qu'il est proposé de créer (par l'article 21 du présent projet) sur les entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante entend y remédier (*cf. infra* le commentaire de cet article).

***Evolution des recettes
du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante***

(en millions d'euros)

Années	2002	2003	2004	2005
Contribution de la branche AT- MP	300	450	500	600
Droits sur les tabacs	32	34	29	29
Contribution des entreprises (art. 21 du PLFSS)				121
Total	332	484	479	750

Article 21

**Contribution des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante
au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
(FCAATA)**

Cet article institue à la charge des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante une contribution venant alimenter le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) en sus de ses deux sources de financement traditionnelles, à savoir une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles et une part des droits sur la consommation du tabac (*cf. supra* le commentaire de l'article 20 du projet). Cette contribution spécifique vise d'une part à assurer l'équilibre du fonds mais également à faire porter une part accrue du financement du dispositif non plus sur la collectivité nationale ou les entreprises mais sur les seules entreprises dont les salariés ont été exposés et entrent de ce fait dans le dispositif.

Le **paragraphe I** détermine les conditions d'assujettissement à cette contribution. La contribution est explicitement affectée de façon exclusive au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Lui sont assujetties les entreprises :

– 1° dont un salarié ou ancien salarié est admis à bénéficier de l'allocation de cessation anticipée d'activité versée par le FCAATA, pour chaque salarié dans ce cas ;

– 2° et qui supportent au titre des cotisations accident du travail les dépenses liées à la maladie professionnelle d'un salarié ou ancien salarié liée à l'amiante ;

– 3° ou qui, si le salarié n'est pas atteint par une maladie professionnelle provoquée par l'amiante :

– soit ont des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navale ;

– soit sont des entreprises de manutention ou des organismes gestionnaires de port employant (ou ayant employé) des ouvriers dockers professionnels ou des personnels de manutention dans des ports où est (ou a été) manipulée de l'amiante.

L'entreprise est assujettie mais la contribution n'est pas exigible pour le premier bénéficiaire admis dans l'année civile au dispositif pour des raisons notamment de simplification du recouvrement. Par ailleurs, le dispositif ne vise pas à pénaliser les entreprises mais à les responsabiliser et à éviter la pratique

parfois observée d'un détournement du dispositif de cessation anticipée pour accompagner des restructurations ou réorganisations. Ni l'efficacité ni la rentabilité de la mesure ne semblent devoir souffrir de cette mesure.

Si plusieurs entreprises ont employé un salarié admis dans le dispositif, sont appliquées les règles suivantes :

– en cas de succession d'entreprises dans l'exploitation d'un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navale, est assujettie à la totalité de la contribution l'entreprise exploitant l'établissement à la date d'admission du salarié dans le dispositif ;

– en cas de travail par le salarié dans plus d'une entreprise exploitant de tels établissements – soit concomitamment soit successivement – ou dans plus d'une entreprise (ou organisme) portuaire précitée, la contribution est répartie *au prorata* de la durée d'exposition ⁽¹⁾.

Le **paragraphe II** définit les modalités de calcul de la contribution.

Elle se calcule pour chaque allocataire selon la formule suivante :

$$0,15 \times (\text{montant de l'allocation du FCAATA} + \text{cotisations sociales}) \times (60 - \text{âge du bénéficiaire})$$

L'intérêt d'un tel mode de calcul est évidemment de dissuader les entreprises d'abuser du dispositif et de faire peser davantage sur elle le coût d'un retrait d'activité trop précoce. Le système est en revanche neutre pour l'allocataire dont ni la date d'entrée dans le dispositif ni le montant des droits ne dépendent de l'entreprise, la contribution étant pour lui transparente. Le système n'est donc que partiellement comparable à la taxation des préretraites maisons mise en œuvre par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

La contribution peut donc en théorie atteindre 150 % du montant de l'allocation. Il convient toutefois de noter qu'il existe un double mécanisme de plafonnement : le premier à deux millions d'euros par an pour chaque entreprise redevable quel que soit le nombre de salariés concernés ; le second consiste en un plafonnement de la contribution de chaque entreprise à 2,5 % de la masse salariale. On peut cependant se demander si un plafonnement à la hauteur de l'allocation versée pour chaque salarié ne serait pas opportun.

Sont par ailleurs exonérées du paiement les entreprises en redressement ou liquidation judiciaire.

(1) Il est même prévu une répartition de la contribution en cas d'admission dans le dispositif d'un manutentionnaire ou docker intermittent entre les employeurs de main-d'œuvre dans le port.

Le **paragraphe III** prévoit que la contribution est régie par les règles d'appel, de recouvrement et de contrôle de droit commun applicables aux cotisations de sécurité sociale du régime général, à une nuance près⁽¹⁾ : toutes les URSSAF ne seront pas compétentes pour cette contribution ; certaines d'entre elles se verront spécifiquement attribuer cette mission par le directeur de l'ACOSS. Il est vrai que cette contribution revêt une certaine technicité et qu'elle concernera en outre des entreprises situées dans des zones géographiques assez précises, notamment les départements maritimes.

Le **paragraphe IV** renvoie les modalités d'application de l'article au pouvoir réglementaire tandis que le **paragraphe V** prévoit l'application de la mesure aux admissions dans le dispositif prononcées à compter du 5 octobre 2004, date d'adoption du texte en conseil des ministres⁽²⁾.

Article 22

Montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Cet article a pour objet de fixer à 330 millions d'euros pour l'année 2005 le montant du reversement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) vers la branche maladie du régime général.

Issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997⁽³⁾, l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit en effet un reversement forfaitaire annuel à la charge de la branche AT-MP afin de compenser les dépenses indûment supportées par la branche maladie du fait de la non-prise en charge des maladies professionnelles et, depuis la loi de financement pour 2002⁽⁴⁾, celle des accidents du travail conformément à la législation applicable en la matière⁽⁵⁾.

Ce phénomène de sous-déclaration mais également de sous-reconnaissance par les caisses d'assurance maladie des accidents du travail et des maladies professionnelles a des causes multiples, comme l'a notamment souligné la Cour des comptes, dans son rapport public particulier de septembre 2002.

(1) Outre une précision sur la date d'exigibilité pour les entrées intervenues dans le trimestre précédent.

(2) On aurait pu concevoir que cette date s'applique au dépôt de la demande plutôt qu'à l'admission dans le dispositif.

(3) Article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997.

(4) Article 54 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

(5) Soit les dispositions prévues par le livre IV de la première partie du code de la sécurité sociale.

Extrait du rapport public particulier de la Cour des comptes sur la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles

« La question de la sous-déclaration est évoquée de longue date. Elle concerne à la fois les accidents du travail et les maladies professionnelles. Les facteurs de sous-déclaration cités par divers rapports et études sont multiples. Une grande partie de la sous-déclaration viendrait d'une méconnaissance de l'origine potentiellement professionnelle des affections, par les salariés mais aussi par le système médical, y compris beaucoup de médecins traitants. Certains chercheurs considèrent pour leur part que l'objectif « zéro accident », assorti de primes, que se sont fixé certaines entreprises aurait un effet pervers, en incitant les salariés à ne pas faire déclarer les accidents par l'employeur et en provoquant des pressions en ce sens de la part de leurs collègues de travail. Selon eux, ce phénomène serait un facteur explicatif décisif de la contradiction entre la baisse du taux de fréquence et la croissance du nombre de jours d'arrêt par accident, les salariés ne déclarant plus les accidents qu'au-delà d'une certaine gravité.

« D'autres ouvrages et articles mettent en avant de manière plus générale les pressions qui seraient exercées par beaucoup d'employeurs, notamment dans le but d'éviter l'imputation à leur charge des dépenses consécutives aux accidents. Selon certains, la règle selon laquelle c'est l'employeur qui doit effectuer la déclaration, peut être considérée comme lui donnant une forme de pouvoir d'appréciation sur l'opportunité de déclarer ou non un accident de travail, même si tels ne sont ni la lettre ni l'esprit de la loi. Le salarié peut aussi craindre, s'il pousse à déclarer l'accident, de paraître mettre lui-même l'accent sur la gravité de celui-ci, sur les séquelles qu'il pourra en conserver, et de nuire ainsi à l'appréciation qui pourra être portée sur ses aptitudes s'il souhaite une promotion. Le fait que, lorsque l'accident n'est pas suffisamment grave pour entraîner l'attribution d'une rente, le salarié n'a souvent pas d'avantage à ce qu'il soit déclaré comme accident du travail, le fait que l'indemnisation par l'assurance AT-MP soit en certains cas moins favorable que l'indemnisation de droit commun (...) peuvent également jouer dans le sens de la sous-déclaration.

« (...) Outre cette sous-déclaration, dont l'ampleur exacte et même l'ordre de grandeur demeurent inconnus mais dont l'existence est recoupée par les études épidémiologiques, deux autres phénomènes faussent la connaissance du nombre et de l'évolution des maladies professionnelles. Le premier est le retard dans l'adoption ou la modification des tableaux de maladies professionnelles, lié notamment aux difficultés de fonctionnement du conseil supérieur des risques professionnels. Le second tient aux pratiques des caisses dans la reconnaissance des maladies professionnelles qui peuvent conduire à une sous-reconnaissance. La CNAMTS ne dispose pas d'informations précises sur les taux de reconnaissance par les caisses de son réseau. Depuis 1997, elle leur demande d'intégrer cette information dans leur rapport annuel. Les informations recueillies, même si elles se sont progressivement améliorées, ne sont toutefois pas totalement significatives, notamment parce que certaines caisses ne tiennent aucune comptabilité du nombre des décisions de reconnaissance qu'elles prennent. Selon ces indications, les disparités seraient assez faibles pour la reconnaissance des accidents du travail mais très fortes pour les maladies professionnelles. »

En application de l'article L. 176-2 du même code, il incombe à la loi de financement de la sécurité sociale de fixer, chaque année, le montant de ce reversement forfaitaire à la branche maladie.

Afin de donner une base de calcul pour la détermination de ce montant, il est également prévu qu'une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes dépose au Parlement, tous les trois ans, un rapport « évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles », après avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionné à l'article L. 221-4 du même code.

Le dernier rapport de la commission prévue par l'article L. 176-2, présidée par Mme Marianne Levy-Rosenwald, conseiller-maître à la Cour des comptes, a été remis au Parlement en septembre 2002.

Le tableau ci-après présente l'évolution de ce versement depuis 1997.

***Versement de la branche AT-MP
à la branche maladie du régime général
(article L. 176-1 du code de la sécurité sociale)***

(en millions d'euros)

Objet	Année	Montant
Maladies professionnelles	1997	137,20
	1998	138,71
	1999	140,38
	2000	141,02
	2001	144,06
Maladies professionnelles + accidents du travail	2002	299,62
	2003	330,00
	2004	330,00
	2005	330,00

Source : Ministère des affaires sociales.

Le présent article propose de maintenir le montant du versement de la branche AT-AMP à la branche maladie à son niveau de 2004 et de 2003, soit 330 millions d'euros, compte tenu du caractère triennal des travaux de la commission et de l'absence corrélative de nouveaux éléments d'information justifiant d'en modifier le montant.

Article 23

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2005

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « *fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres* ».

Selon l'annexe C du projet de loi, cet objectif de dépenses est défini à partir du total des dépenses brutes de l'ensemble des régimes de base obligatoires de plus de 20 000 cotisants, auxquelles sont retranchés les transferts entre régimes.

Pour la branche des accidents du travail, les dépenses sont constituées par :

– les dépenses des fonds existants : CNAM, salariés agricoles, mines, Fonds commun des accidents du travail agricoles (FCATA), Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales ⁽¹⁾ ;

– les dépenses effectuées directement par les régimes d'employeurs en contrepartie de cotisations dites « fictives » ⁽²⁾.

Quant aux transferts, il s'agit, d'une part, du reversement de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail (*voir ci-dessus l'article 22 du présent projet de loi*), et d'autre part, des transferts intra-branches ⁽³⁾. Le tableau suivant retrace l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail pour 2004 et l'écart constaté avec les dépenses effectuées pour cette même année.

Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et écart pour 2004

(en milliards d'euros)

	Objectif LFSS pour 2004 (1)	Prévision d'exécution en 2004 (2)	Ecart (2) – (1)	Objectif LFSS pour 2005
Accidents du travail	9,7	10,1	0,4	10,5

Source : annexe B du projet de loi.

Pour l'année 2005, le présent article propose de fixer le montant de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail à 10,5 milliards d'euros, ce qui représente une augmentation de 4 % par rapport à l'objectif révisé de la branche pour 2004, dont le montant est fixé à 10,1 milliards d'euros par l'article 31 du projet de loi.

Cet objectif de dépenses pour 2005 a été déterminé de la façon suivante.

Détermination de l'objectif de dépenses pour 2005

(en droits constatés et en millions d'euros)

Dépenses brutes (1)	Transferts intra-branches (2)	Dépenses consolidées (1-2)	Transferts inter-branches (3)	Transferts à consolider (4 = 2+3)	Agrégats de dépenses (1-4)
11 557	702	10 856	330	1032	10 526

Source : annexe C du projet de loi.

(1) Ayant moins de 20 000 bénéficiaires, le Fonds commun des accidents du travail (FCAT) ne rentre plus dans le champ des agrégats de dépenses.

2) Les « cotisations fictives » mesurent la contribution des employeurs au financement du régime d'assurance sociale qu'ils organisent eux-mêmes pour leurs propres salariés ou ayants droit. Elles sont la contrepartie des prestations sociales versées par l'employeur.

(3) Ceux-ci comprennent pour 2004 : les compensations entre le régime général, d'une part, et le régime des mines (405 millions d'euros) et celui des salariés agricoles (109 millions d'euros), d'autre part, la dotation au FCATA (90 millions), la dotation à la gestion administrative de l'ACOSS (37 millions d'euros).

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie** – M. Bertrand Fragonard, président
- **MG France** – M. Pierre Costes, président
- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)** – M. Michel Chassang, président
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)** – M. Dinorino Cabrera, président
- **Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)** – M. Gilles Bouvenot, président de la commission de la transparence, et M. François Meyer, secrétaire général
- **Caisse nationale d'assurance maladie (CANAM)** – M. Gérard Quevillon, président, et M. Daniel Postel-Vinay, directeur général
- **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)** – M. Alain Coulomb, directeur général
- **Informations médicales et statistiques (IMS)** – M. Geoffroy Sainte Claire Deville, directeur Europe, et M. Thierry Devevey, directeur grands comptes
- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** – M. Gérard de la Martinière, président, M. Alain Rouché, directeur santé, M. Claude Delpoux, directeur assurance de biens et responsabilités, et M. Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – M. Gérard Vincent, délégué général, Mme Hélène Boyer, M. David Causse et M. Yves Gaubert, adjoints au délégué général
- **Conseil national de l'ordre des médecins** – M. Jean-Jacques Kennel, secrétaire général-adjoint, M. Francisco Jornet, juriste, et Mme Véronique Queffelec, chargée des relations institutionnelles
- **Les entreprises du médicament (LEEM)** – M. Pierre Le Sourd, président, M. Bernard Lemoine, vice-président délégué, M. Claude Bougé, directeur général-adjoint, et Mme Aline Bessis-Marais, responsable des affaires publiques

- **La mutualité française** – M. Etienne Caniard, administrateur délégué chargé de la santé et de la sécurité sociale, et M. Vincent Figureau, responsable du département des relations extérieures.
- **Comité économique des produits de santé** – M. Noël Renaudin, président
- **Fédération hospitalière privée (FHP)** – M. Ken Danis, président
- **Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles** – M. Daniel Boguet, président, et M. Gilles Evrard, directeur des risques professionnels
- **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FCAATA)** – M. Roger Beauvois, président, et M. François Romaneix, directeur
- **Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)** – Mme Marianne Levy Rosenwald, présidente du conseil de surveillance