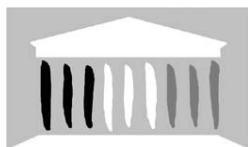


Document
mis en distribution
le 24 octobre 2005



N° 2609

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 octobre 2005.

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 2006* (n° 2575)

TOME II

ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

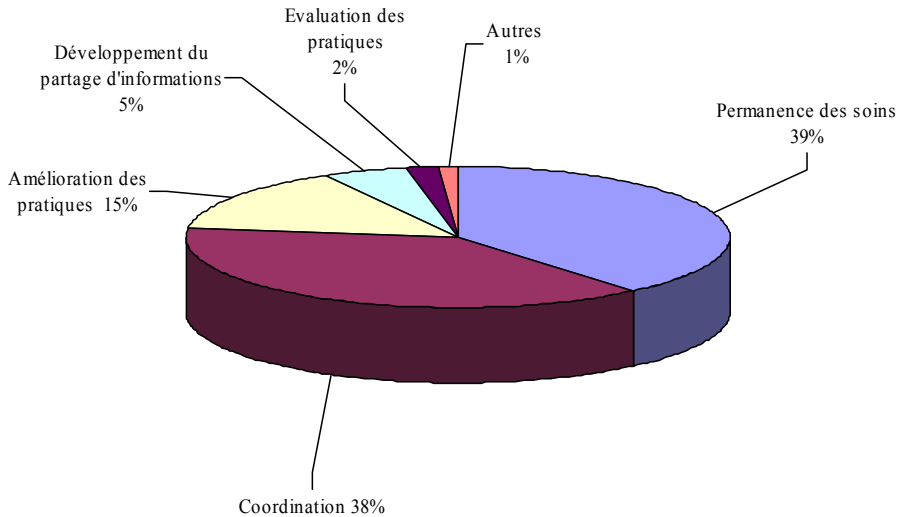
PAR M. JACQUES DOMERGUE,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
TOME II.....	3
INTRODUCTION.....	11
I.- LES DÉPENSES MALADIE SONT INCONTESTABLEMENT SUR LA VOIE DU REDRESSEMENT MAIS L'ESSAI RESTE À TRANSFORMER.....	13
A. LE PROJET DE LOI SE CARACTÉRISE PAR L'IMPORTANCE DES MUTATIONS INTERVENUES CETTE ANNÉE	13
1. La loi organique du 2 août 2005 a permis d'accroître l'information et le contrôle du Parlement sur les finances sociales	13
a) <i>En accroissant la portée et la transparence des lois de financement, grâce en particulier au vote de l'ONDAM par sous-objectifs</i>	13
b) <i>En renforçant la crédibilité des lois de financement par un cadrage pluriannuel des dépenses</i>	14
c) <i>En donnant plus de sens aux lois de financement par l'introduction d'une démarche d'objectifs-résultats</i>	14
2. Le projet de loi porte également l'empreinte de deux réformes d'envergure	14
a) <i>La mise en place de la tarification à l'activité</i>	14
b) <i>La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i>	15
B. POUR LA PREMIÈRE FOIS DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES, L'ONDAM DEVRAIT ÊTRE RESPECTÉ EN 2005.....	16
C. L'ONDAM POUR 2006 DOIT PERMETTRE DE POURSUIVRE LE REDRESSEMENT DES COMPTES	17
1. La ventilation de l'ONDAM traduit la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie	17
a) <i>Le sous-objectif des dépenses de soins de ville</i>	18
b) <i>Les deux sous-objectifs consacrés aux établissements de santé</i>	19
c) <i>Les sous-objectifs consacrés aux personnes âgées et handicapées</i>	19
d) <i>Le sous-objectif concernant les autres modes de prise en charge</i>	19
2. L'ONDAM s'inscrit dans un cadrage pluriannuel très rigoureux	21
II.- LES SOINS DE VILLE (HORS MÉDICAMENTS) : DES RÉSULTATS ENCOURAGEANTS MÊME SI LES EFFORTS DOIVENT ÊTRE POURSUIVIS	23
A. LES DÉPENSES SONT EN NETTE DÉCÉLÉRATION.....	23
1. La croissance des soins de ville est revenue à un rythme beaucoup plus modéré	23

a) <i>La décélération s'est amorcée en 2004</i>	23
b) <i>La rupture de tendance semble se confirmer en 2005</i>	24
2. Deux évolutions positives soulignent le caractère structurel des changements en cours	25
a) <i>Les remboursements des honoraires médicaux et paramédicaux ont progressé plus faiblement que les années précédentes</i>	25
b) <i>Les indemnités journalières sont en net recul</i>	26
B. CETTE INFLEXION TRADUIT LES PREMIERS SUCCÈS D'UNE RÉFORME FONDÉE SUR LA MODIFICATION DES COMPORTEMENTS.....	27
1. La mise en œuvre du parcours de soins coordonnés.....	27
2. Le renouveau de la politique conventionnelle.....	28
3. Une nouvelle impulsion en matière de gestion du risque	29
C. DE VIGOUREUX EFFORTS RESTENT TOUTEFOIS À PRODUIRE POUR MAINTENIR LE CAP	29
1. Le contrat de confiance entre les partenaires conventionnels doit être respecté	29
a) <i>L'objectif de soins de ville hors médicaments pour 2006 permet de ne pas briser la dynamique engagée par la convention</i>	29
b) <i>Le dernier trimestre 2005 sera cependant décisif car d'importantes économies doivent encore être réalisées</i>	30
2. Le recours aux soins doit être plus efficace et la prise en charge des assurés médicalement justifiée.....	30
a) <i>La lutte contre les fraudes et les abus est renforcée</i>	30
b) <i>La mise en place de nouveaux protocoles de soins permettra une prise en charge plus juste des affections de longue durée</i>	30
D. DES RÉFORMES STRUCTURANTES POUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ SONT PARALLÈLEMENT ENGAGÉES	32
1. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est fortement revalorisée	32
2. Le projet de loi permet de mieux lutter contre les disparités territoriales en matière d'offre de soins	33



..34

- 3. Le dossier médical personnel est entré dans une phase opérationnelle de mise en œuvre34
- 4. La participation de l'assurance maladie au plan de lutte contre le risque de pandémie grippale d'origine aviaire est accrue35

III.- L'HÔPITAL ET LES CLINIQUES PRIVÉES : LA NÉCESSAIRE POURSUITE DE LA RÉFORME 37

A. LE POIDS DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES NE DIMINUE PAS 37

- 1. La hausse des dépenses des établissements reste importante37
- 2. Des tendances lourdes expliquent la croissance des dépenses des établissements38
 - a) *Des facteurs structurels favorisent la hausse des dépenses* 38
 - b) *Les hôpitaux font de plus en plus face à des situations de reports de charges préoccupantes* 39

B. PLUSIEURS RÉFORMES DU MONDE HOSPITALIER SONT DÉSORMAIS BIEN ENGAGÉES 39

- 1. L'année 2005 a été caractérisée par une montée en charge de la tarification à l'activité.....39
 - a) *Le système de financement des établissements publics ou des établissements privés participant au service public hospitalier est réformé radicalement* 40
 - b) *Les cliniques privées sont entrées dans la réforme de la T2A depuis mars 2005* 41
- 2. La réforme de la gouvernance hospitalière est désormais en cours41
 - a) *La nouvelle gouvernance « externe » se met en place* 42
 - *Le conseil de l'hospitalisation* 42

• <i>Les missions régionales de santé</i>	42
• <i>L'expérimentation des agences régionales de santé</i>	43
b) <i>La réforme de l'organisation interne de l'hôpital est en cours</i>	43
C. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006 ACCOMPAGNE ET RENFORCE LES EFFORTS DE MODERNISATION DE L'HÔPITAL.....	44
1. La tarification à l'activité est aménagée	44
2. La relance de l'investissement est poursuivie.....	45
3. La médecine hospitalière doit relever le défi de la maîtrise médicalisée des prescriptions.....	46
a) <i>Les contrats de bon usage devraient se développer</i>	46
b) <i>Un premier accord de bonnes pratiques professionnelles a déjà été signé</i>	46
4. Le secteur hospitalier doit devenir moins opaque et continuer à se restructurer	47
a) <i>La transparence doit être améliorée dans le secteur hospitalier</i>	47
b) <i>L'accélération des restructurations hospitalières doit être recherchée</i>	48
IV.- UNE URGENCE : L'ACCÉLÉRATION DU PLAN MÉDICAMENT	49
A. L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES EST PARTIELLEMENT DÉCEVANTE	49
1. Malgré une légère inflexion en 2005, la croissance des dépenses reste aujourd'hui trop élevée	49
2. La dynamique conventionnelle en matière de maîtrise médicalisée des prescriptions tarde à produire ses effets	50
B. DEUX FACTEURS MAJEURS SONT À L'ORIGINE DE CETTE ÉVOLUTION.....	50
1. La structure de consommation est déformée au profit des médicaments les plus coûteux.....	50
<i>Évolution de la consommation de médicaments (données brutes)</i>	51
2. Dotés d'un potentiel de développement important, les génériques marquent pourtant le pas.....	51
C. LE PLAN MÉDICAMENT DOIT DONC ÊTRE RENFORCÉ.....	52
1. Par une politique de prix plus ambitieuse	52
a) <i>La dégressivité accrue des prix des médicaments sous brevet</i>	52
b) <i>L'extension des tarifs forfaitaires de responsabilité et la baisse des prix du répertoire du générique</i>	53
2. Par une redéfinition des priorités de la prise en charge collective fondée sur la qualité des soins	54
a) <i>Les médicaments dont le service médical rendu a été jugé insuffisant</i>	54
b) <i>La mise en place de nouveaux conditionnements</i>	54
c) <i>La création de « consultations d'ordre médico-social »</i>	55
V.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES	57

A. LA NÉCESSITÉ DE LA PRÉVENTION	57
1. Les accidents du travail et les maladies professionnelles connaissent des évolutions divergentes	57
a) <i>Le nombre d'accidents du travail diminue globalement</i>	57
b) <i>Le nombre des maladies professionnelles reconnues augmente rapidement</i> ...	58
2. La gestion du risque requiert une politique cohérente édictée et appliquée par tous les acteurs.....	58
a) <i>L'assurance maladie définit et met en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles</i>	58
b) <i>Le gouvernement poursuit son programme ambitieux de prévention</i>	59
B. LA CROISSANCE DU DÉFICIT S'EXPLIQUE PAR LA MONTÉE EN CHARGE DES FONDS LIÉS À L'AMIANTE	60
1. Le déficit de la branche accidents du travail – maladies professionnelles se creuse en 2005	60
2. Les fonds destinés à la prise en charge des victimes de l'amiante contribuent pour une part importante au déficit de la branche.	60
C. LA BRANCHE DOIT RÉPONDRE AUX ÉVOLUTIONS QUI IMPACTENT LA GESTION DU RISQUE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES.....	61
1. Il est nécessaire de réfléchir à une évolution des fonds amiante	62
2. La réflexion sur les modalités de réparation et sur l'avenir de la branche doit être poursuivie	63
ANALYSE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE ET AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL	65
PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2004	65
<i>Section 2 Dispositions relatives aux dépenses</i>	65
<i>Article 6 Contribution pour 2005 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave</i>	65
<i>Article 8 Rectification pour 2005 de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie</i>	68
QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2006	71
<i>Section 1 Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</i>	71
<i>Article 26 Prestations en espèces des détenus libérés et des chômeurs reprenant une activité – Fin de la majoration du taux de liquidation des indemnités journalières de plus de six mois</i>	71
<i>Article 27 Règles de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire – Prescription de soins de masso-kinésithérapie – Possibilité de désigner conjointement comme médecin traitant les médecins salariés exerçant dans un même</i>	

centre de santé – Prescription de dispositifs médicaux par les sages-femmes	73
<i>Article 28</i> Dispositif de régulation des prix des médicaments et des produits ou prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour	75
<i>Article 29</i> Dispositions diverses relatives au dispositif du médecin traitant et aux médecins remplaçants	77
<i>Article 30</i> Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité aux établissements de santé	79
<i>Article 31</i> Répartition des crédits destinés aux patients en unités de soins de longue durée	84
<i>Article 32</i> Convention pluriannuelle, forfait soins des établissements médico-sociaux et fonctionnement des pharmacies à usage interne ..	90
<i>Article 33</i> Transfert du financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues et des lits halte soins santé à l'assurance maladie – Création d'un nouvel objectif médico-social	95
<i>Article 34</i> Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des groupements d'entraide mutuelle, de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et des services de soins infirmiers à domicile	107
<i>Article 35</i> Modalités de financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine par voie transfusionnelle	113
<i>Article 36</i> Financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie	117
Total des charges	118
<i>Source : Compte de résultat de l'année 2004 du Fonds CMU</i>	118
Total des charges	119
<i>Source : Compte de résultat prévisionnel de l'année 2005 du Fonds CMU au 19 avril 2005 (date de son dernier conseil d'administration)</i>	119
<i>Article 37</i> Modification de la règle d'imputation du ticket modérateur sur le forfait journalier pour les actes dont le tarif est supérieur à 91 euros	123
<i>Article 38</i> Messages à caractère sanitaire dans les publicités alimentaires	128
<i>Article 39</i> Pérennisation, élargissement des missions et montant de la dotation pour 2006 du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville	130
<i>Article 40</i> Montant pour 2006 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés	135
<i>Article 41</i> Contribution pour 2006 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave	138
(p) : projet de loi.....	138

<i>Article 42</i> Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2006.....	139
<i>Article 44</i> Transmission au Parlement des propositions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à l'évolution prévisible des charges et des produits des régimes d'assurance maladie.....	144
Section 3 Dispositions relatives aux dépenses d'assurance des accidents du travail	147
<i>Article 49</i> Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.....	147
<i>Article 50</i> Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	152
<i>Article 51</i> Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2006.....	154
ANNEXE	157
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	157

INTRODUCTION

« Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie. »

(article 1^{er} de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie)

« Pour que l'assurance-maladie retrouve durablement le chemin de l'équilibre, il faut renforcer la logique de responsabilité de chacun des acteurs, qui est au coeur de la réforme. »

(Jacques Chirac, le 12 octobre 2005)

Cette responsabilité, en réalité, quelle est-elle ?

C'est d'abord celle que nous avons tous, les uns envers les autres, quel que soit notre âge, notre état de santé ou notre situation sociale, tant il est vrai qu'alors que nous célébrons cette année son soixantième anniversaire, nous sommes tous profondément attachés aux principes fondateurs de la sécurité sociale que sont l'universalité et la solidarité.

Mais cette logique vaut également pour nous-mêmes. Car de la même façon que nous ne considérons pas que payer une assurance contre les accidents de la route nous exonère de la responsabilité de prendre en charge l'entretien régulier de notre véhicule, la prévention, y compris au niveau individuel, doit être renforcée dans notre pays.

Il faut en effet garder à l'esprit que la spécificité française du système de protection sociale a conduit, en 1945, au choix d'un mode de financement essentiellement fondé sur le versement de cotisations sociales, dans un souci de protection de l'ensemble des cotisants à l'égard de risques majeurs. Mais aujourd'hui d'autres impératifs ont conduit à diversifier les missions dévolues à la protection sociale, en particulier pour ce qui concerne les actions de prévention.

Il existe aussi un impératif moral envers les générations futures, parce qu'il n'est pas acceptable que nos enfants voient leurs revenus amputés pour solder nos dépenses et parfois nos excès. Et d'inacceptable, cette perspective devient franchement insupportable si de surcroît, ces dépenses ne sont en rien justifiées médicalement, ou pis encore, correspondent à des abus ou à des fraudes. Faut-il encore rappeler que le montant total des dépenses non médicalement

justifiées représenterait entre 5 et 6 milliards d'euros pour les seuls soins de ville ⁽¹⁾ ?

Dès lors, devant l'urgence et la gravité de la situation, devant l'importance de notre responsabilité, que fallait-il faire ? Accroître davantage le poids des prélèvements obligatoires, par exemple la cotisation sociale généralisée, alors que leur niveau est déjà anormalement élevé dans notre pays ? Procéder à des remboursements massifs, y compris de produits ou d'actes qui présentent une réelle valeur ajoutée thérapeutique ? Soumettre les professionnels à de nouvelles mesures de maîtrise comptable ? Renoncer à des principes aussi fondamentaux que l'égal accès de tous aux soins ou encore privatiser notre système de sécurité sociale ? Laisser les déficits s'accroître au risque de reporter le poids de nos excès sur les générations à venir ? En d'autres termes, fallait-il se résigner à considérer que le « trou de la sécu » est une fatalité et demeurer, impuissants, dans une logique d'expédients ?

Tel n'a pas été et ne sera pas le choix de ce gouvernement et le rapporteur ne peut que s'en féliciter, naturellement. Parce que quelle que soit la solidité du matériau utilisé, la volonté ou les efforts mis en œuvre, personne n'a jamais rien construit sur du sable. En d'autres termes, pour réussir, la réforme doit s'appuyer sur des fondations solides.

Seules à même de conduire à un retour durable à l'équilibre de l'assurance maladie, la maîtrise médicalisée des dépenses et l'incitation au changement des comportements doivent donc être poursuivies. Ces efforts, dont les premiers résultats sont très encourageants, doivent être poursuivis dans la durée, avec toute la détermination, voire l'obstination, mais également la pédagogie et surtout la confiance qu'ils requièrent.

Mais ce n'est pas parce qu'elle demande des efforts, qu'il faut craindre la réforme. Et ce n'est pas non plus parce qu'elle demande du temps, qu'il faut douter de son succès.

(1) Selon une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), réalisée en juin 2004.

I.- LES DÉPENSES MALADIE SONT INCONTESTABLEMENT SUR LA VOIE DU REDRESSEMENT MAIS L'ESSAI RESTE À TRANSFORMER

A. LE PROJET DE LOI SE CARACTÉRISE PAR L'IMPORTANCE DES MUTATIONS INTERVENUES CETTE ANNÉE

Alors que 350 milliards, soit plus du cinquième de la richesse nationale, transitent chaque année par les comptes de la sécurité sociale, il est essentiel que le Parlement dispose de toutes les informations nécessaires afin de définir au mieux les priorités et contrôler plus efficacement l'utilisation de ces sommes. Plusieurs grandes réformes intervenues cette année y contribuent substantiellement.

1. La loi organique du 2 août 2005 a permis d'accroître l'information et le contrôle du Parlement sur les finances sociales

Le contenu et la présentation des lois de financement de la sécurité sociale ont été profondément modifiés par la loi organique du 2 août 2005⁽¹⁾, dont plusieurs des avancées majeures méritent en premier lieu d'être rappelées.

a) En accroissant la portée et la transparence des lois de financement, grâce en particulier au vote de l'ONDAM par sous-objectifs

L'équilibre de la branche maladie donnera lieu à un vrai débat, dans la mesure où les objectifs de dépenses de chacune des branches de la sécurité sociale ne seront plus limités aux seuls régimes de plus de 20 000 cotisants. Aussi le Parlement pourra-t-il se prononcer sur le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base en votant leurs tableaux d'équilibre. Le principe d'universalité budgétaire s'en trouvera dès lors conforté.

Surtout, alors qu'il était jusqu'alors de simple usage que le ministre en charge de la sécurité sociale communique lors de l'examen des lois de financement de la sécurité sociale la détermination des composantes de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), la loi organique a permis de rendre obligatoire sa déclinaison dans les lois de financement en au moins cinq sous-objectifs. S'il ne peut pas en être créé de nouveau, conformément à l'article L. O.111-3 du code de la sécurité sociale, il sera possible de modifier le montant de chacune de ses enveloppes, sous réserve de ne pas accroître le montant global de l'ONDAM. Un pas vers sa médicalisation a par ailleurs été franchi, à travers notamment la présentation au sein de l'annexe 7 de l'évolution des soins financés au titre de cet objectif, au regard des besoins de santé publique. Désormais, la détermination de son montant s'appuie également sur les propositions formulées par les caisses nationales d'assurance maladie. La représentation nationale sera

(1) Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financements de la sécurité sociale.

ainsi à même de débattre en toute connaissance de cause des financements alloués aux différentes composantes de l'offre de soins.

b) En renforçant la crédibilité des lois de financement par un cadrage pluriannuel des dépenses

Le projet donne désormais une dimension pluriannuelle aux lois de financement, à travers le vote sur le rapport annexé présentant, pour les quatre années à venir, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branches des régimes obligatoires (*article 9*). La sincérité des lois de financement de la sécurité sociale sera par ailleurs confortée par la certification des comptes du régime général par la Cour des comptes à partir de 2007.

c) En donnant plus de sens aux lois de financement par l'introduction d'une démarche d'objectifs-résultats

La rationalisation opérée par la loi organique quant au contenu des annexes au projet de loi de financement doit tout d'abord être saluée. Largement inspirée de la réforme de la loi organique relative aux lois de finances⁽¹⁾, une nouvelle annexe permettra en particulier d'introduire la démarche « objectifs-résultats » pour l'ensemble des branches de la sécurité sociale sous la forme de programmes de qualité et d'efficience, comportant le suivi d'objectifs au moyen d'indicateurs chiffrés. Cette disposition n'entrera cependant en vigueur que progressivement jusqu'en 2008. Il est également à noter que le champ de la loi de financement a été étendu aux dispositions concernant la gestion des risques par les régimes qui, bien que d'impact financier immédiat parfois limité, participent pleinement de la réalisation de l'équilibre de la sécurité sociale.

2. Le projet de loi porte également l'empreinte de deux réformes d'envergure

a) La mise en place de la tarification à l'activité

Il convient tout d'abord de rappeler qu'en 2005, la présentation de l'ONDAM hospitalier a été modifiée sur plusieurs points en raison de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, qui vise à fonder l'allocation des ressources aux établissements de santé sur la nature et le volume de leur activité, afin d'en accroître l'efficience.

Entièrement recomposée, l'enveloppe dédiée aux établissements de santé comprend tout d'abord les activités de médecine, d'obstétrique et de chirurgie des établissements publics et privés, réunies au sein du premier objectif (ODMCO) ainsi que les dépenses liées aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), finançant notamment l'enseignement, la recherche ou l'innovation.

(1) Loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.

Les activités de psychiatrie et de soins de rééducation sont ensuite répertoriées dans deux objectifs distincts suivant la catégorie des établissements. Il s'agit, pour le secteur public, de l'objectif ODAM qui intègre également les dépenses d'hôpitaux locaux, les hôpitaux militaires, les établissements des détenus ainsi que les unités de soins de longue durée (USLD). Pour le secteur privé, les dépenses de psychiatrie, de soins et de rééducation sont retracées dans l'objectif quantifié national (OQN) « psy-ssr ». Enfin, les autres dépenses des établissements de santé publics et privés figurent sur une dernière ligne. La recomposition de ces objectifs a enfin eu pour conséquence de retracer l'ensemble des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus par les cliniques dans les objectifs dédiés aux établissements de santé et non plus comme auparavant dans l'enveloppe des soins de ville. Il en résulte un transfert des soins de ville vers l'enveloppe des établissements de santé.

L'évolution de la décomposition de l'ONDAM hospitalier entre 2004 et 2005

Nomenclature 2004 de l'ONDAM	Nomenclature 2005 de l'ONDAM
I. ONDAM métropole	I. ONDAM France entière (métropole & DOM)
I.1. Soins de ville	I.1 Soins de ville (<i>hors dispositifs médicaux & médicaments en sus suivis dans les établissements privés</i>)
I.2. Versements aux établissements sanitaires publics et privés	I.2. Versements aux établissements sanitaires publics et privés
I.2.1. Établissements sanitaires publics I.2.1.1. Établissements sanitaires sous dotation globale I.2.1.2. Autres établissements sanitaires hors SSA-INI I.2.1.3. Honoraires du secteur public I.2.2. Cliniques privées	1.2.1. ODMCO y compris dispositifs médicaux implantables (DMI) & médicaments en sus (secteur public + privé) 1.2.2. MIGAC (secteur public + privé) 1.2.3. ODAM (secteur public : psy – ssr, hôpitaux locaux, ssa, ini, etc.) 1.2.4. OQN (secteur privé : psy – ssr) 1.2.5. Autres dépenses des établissements de santé
I.3. Médico-social	I.3. Médico-social
I.3.1. médico-social : enfance inadaptée (EI) – adultes handicapés (AH) I.3.2. médico-social (personnes âgées)	I.3.1. médico-social (E.I. – A.H.) I.3.2. médico-social (personnes âgées)
I.4. Réseaux	I.4. Réseaux
II. Prestations des DOM	
III. Ressortissants français à l'étranger	II. Ressortissants français à l'étranger

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2005).

Pour 2006, cette logique a été poursuivie par le présent projet de loi avec la création de deux sous-objectifs consacrés aux établissements de santé selon qu'ils sont ou non tarifés à l'activité (*cf. infra*).

b) La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

L'année 2006 sera marquée par un renforcement du rôle de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le domaine médico-social. A compter de cette date, celle-ci exercera en effet la plénitude de ses attributions, conformément à la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La CNSA devra ainsi assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total des dépenses des établissements et services médico-sociaux

accueillant des personnes âgées et handicapées financés par l'assurance maladie. La contribution de la CNSA sera donc distinguée du champ de l'ONDAM. Responsabilisée sur le suivi de ces dépenses, la CNSA constituera l'opérateur privilégié du pilotage budgétaire et financier des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées. Une convention d'objectifs et de gestion devrait prochainement préciser les missions de la caisse à ce titre et établir les obligations respectives de l'Etat et de la CNSA.

L'ensemble de ces réformes permettra ainsi un pilotage plus efficace et transparent de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

B. POUR LA PREMIÈRE FOIS DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES, L'ONDAM DEVRAIT ÊTRE RESPECTÉ EN 2005

A titre liminaire, il importe de rappeler que l'ONDAM ne constitue pas une autorisation de dépenser au sens budgétaire du terme dans la mesure où les prestations sociales seront nécessairement ouvertes, en application de la loi et en contrepartie des cotisations versées. Il n'en reste pas moins que celui-ci constitue un instrument essentiel de pilotage et de régulation des dépenses de santé, dont le taux de progression permet un cadrage financier. Il est dès lors essentiel de veiller à ce qu'il soit respecté, ou tout du moins à ce que l'évolution des dépenses d'assurance maladie s'en rapproche autant qu'il est possible, car contrairement au scepticisme parfois exprimé, il n'y a aucune fatalité à ce que l'ONDAM soit systématiquement dépassé et l'année 2005 en apporte la confirmation.

Selon les dernières prévisions établies par la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2005, il apparaît en effet très probable que l'ONDAM, fixé à 134,9 milliards d'euros pour 2005 par la précédente loi de financement de la sécurité sociale, soit respecté en valeur, ainsi que l'indique le tableau suivant.

ONDAM 2005 : construction et prévision par postes

(en milliards d'euros)

	Construction			Prévision			
	Base après transferts	Objectif		Base réactualisée	Montant	Évolution	Écart
		Montant	Évolution				
I.1. Soins de ville	61,3	62,6	2,1 %	60,3	62,0	2,7 %	-0,6
I.2. Versements aux établissements sanitaires publics et privés	58,8	60,9	3,6 %	59,2	61,6	4,1 %	0,7
I.3. Médico-social	10,2	10,9	7,6 %	10,0	10,9	9,3 %	0,0
I.3.1. médico-social (E.I. – AH)	6,3	6,7	5,3 %	6,2	6,7	7,3 %	0,0
I.3.2. médico-social (personnes âgées)	3,8	4,3	11,3 %	3,8	4,3	12,7 %	0,0
II. Ressortissants français à l'étranger	0,2	0,2	3,0 %	0,3	0,2	-12,4 %	0,0
III. Réseaux	0,1	0,2	32,0 %	0,1	0,2	32,0 %	0,0
ONDAM	130,7	134,93	3,2 %	129,9	134,9	3,8 %	0,0

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2005)

Avec un ONDAM en augmentation de 3,2 % par rapport à la base initiale pour 2004, ce qui correspond en réalité à une hausse de 3,8 % si l'on tient compte de la révision à la baisse des réalisations comptables pour 2004, les dépenses d'assurance maladie s'inscrivent dans le mouvement de décélération amorcé en 2002, de l'ordre d'un point de croissance par an.

Évolution des dépenses remboursées dans le champ de l'ONDAM

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (p)
Soins de ville	5,6%	3,7%	7,8%	7,2%	8,0%	6,2%	4,3%	2,7%
Etablissements de santé	1,8%	1,7%	3,2%	3,6%	6,3%	5,5%	4,6%	4,1%
Médico-social	6,4%	2,5%	5,7%	6,3%	7,9%	9,0%	9,0%	9,3%
ONDAM	4,0%	2,6%	5,6%	5,6%	7,1%	6,4%	4,9%	3,8%

Source : ministère de la santé et des solidarités

Dans son rapport de septembre dernier, la Cour des comptes souligne cependant l'importance des « défauts d'imputation » entre les lignes de l'ONDAM, dont le montant total s'élèverait à près 14,5 milliards d'euros en 2004, montant que le rapporteur juge très élevé. En effet, ceux-ci entraînent une appréciation faussée de l'évolution de chaque poste de l'ONDAM et menacent de ce fait l'efficacité des mesures de régulation comme la sincérité de la loi de financement, qui constitue un objectif de nature constitutionnelle. En conséquence, le rapporteur estime indispensable d'engager les travaux nécessaires à la bonne imputation des différentes dépenses.

En définitive, le déficit de la branche maladie du régime général pourrait s'élever à 8,3 milliards d'euros en 2005, ce qui est très en deçà de ce qu'il aurait été en l'absence de réforme, soit près de 16 milliards d'euros, selon le ministère de la santé et des solidarités. Le niveau du déficit n'en reste pas moins extrêmement préoccupant. La voie du redressement doit donc être vigoureusement poursuivie.

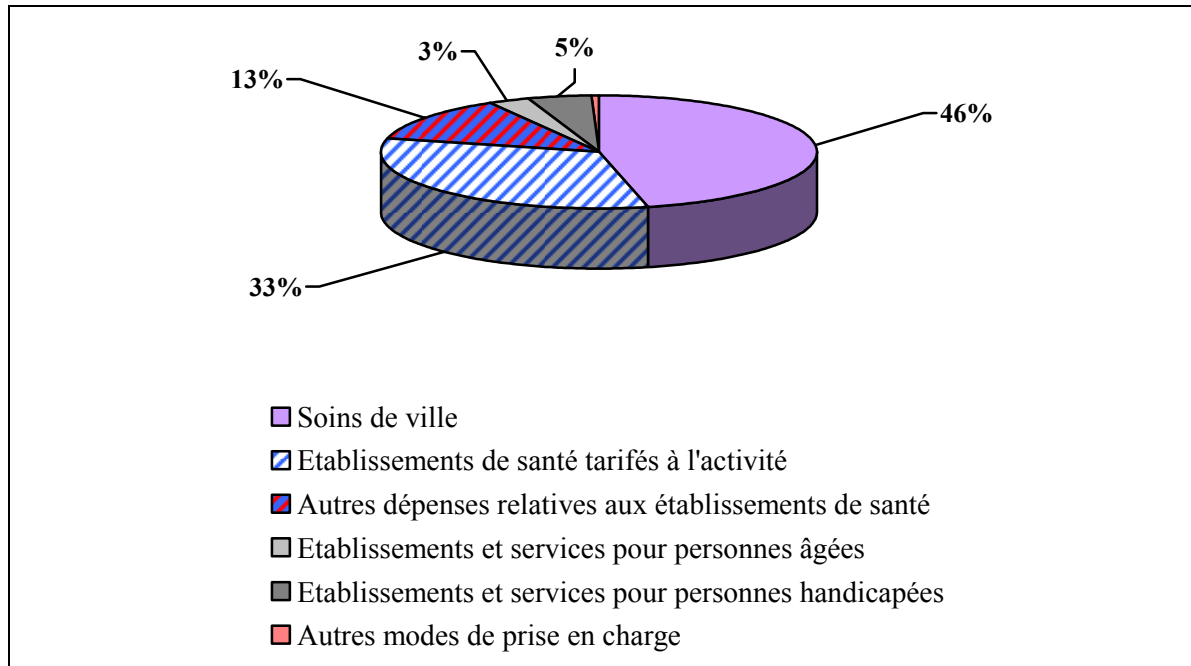
C. L'ONDAM POUR 2006 DOIT PERMETTRE DE POURSUIVRE LE REDRESSEMENT DES COMPTES

1. La ventilation de l'ONDAM traduit la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie

De manière tout à fait nouvelle, ce projet propose au Parlement d'adopter la décomposition prévisionnelle de l'ONDAM entre ses différentes composantes, au nombre de six. Conformément au nouvel article L. O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a été consultée sur leur liste par le ministre de la santé et des solidarités, par un courrier en date du 12 septembre 2005 adressé à son président, M. Jean-Michel Dubernard, et transmis à M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'équilibre général, ainsi qu'au rapporteur pour l'assurance maladie. Cette consultation n'a d'ailleurs pas été

purement formelle puisque sur proposition du président de la commission, il a été décidé de créer non pas un, mais deux sous-objectifs consacrés aux établissements de santé, selon qu'ils sont ou non tarifés à l'activité.

Répartition de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2006



Source : Graphique réalisé d'après l'article 43 du projet de loi

a) Le sous-objectif des dépenses de soins de ville

Cet objectif comprend l'ensemble des dépenses de remboursements d'honoraires de professionnels de santé, de médicaments, de dispositifs médicaux et des indemnités journalières liées aux arrêts de travail.

En outre, dans le droit fil des recommandations de la Cour des comptes, plusieurs dépenses d'assurance maladie sont désormais intégrées dans le champ de l'ONDAM :

– la part des cotisations sociales des professionnels de santé prises en charge par l'assurance maladie ainsi que les aides à la télétransmission ;

– les dépenses relatives à l'exonération du ticket modérateur pour les affections de longue durée (ALD), dites « 31 et 32 », qui relèvent des budgets d'actions sanitaire et sociale des caisses, mais dont la nature est très proche de celles prises en charge au titre des affections, dont la liste est fixée par décret ;

– la contribution des régimes d'assurance maladie au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), fixée à 110 millions d'euros (*article 39*).

Enfin, la « clause de sauvegarde » applicable aux entreprises exploitant des médicaments remboursables ⁽¹⁾, sauf à celles ayant passé une convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), sera désormais traitée comme une recette et ne viendra donc plus en déduction de l'ONDAM. Au total, il est ainsi proposé de fixer le montant de ce sous-objectif à 65,3 milliards d'euros pour 2006, ce qui recouvre, selon le gouvernement, une augmentation de 3,2 % par rapport à 2005 pour les soins de ville hors médicament, compensée par une baisse de - 3,3 % pour le poste médicament.

b) Les deux sous-objectifs consacrés aux établissements de santé

Le deuxième sous-objectif, qui concerne les établissements de santé tarifés à l'activité, comprend, d'une part, la dotation de financement des MIGAC et, d'autre part, l'ODMCO de l'ensemble des établissements publics et privés, à l'exception toutefois des hôpitaux locaux.

Le troisième sous-objectif comporte les dépenses d'assurance maladie afférentes aux activités de soins de suite, de réadaptation et de psychiatrie des établissements publics et privés, les hôpitaux locaux, les unités de soins de longue durée (USLD) ainsi que la dotation de l'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (*article 40*) et d'autres dépenses spécifiques.

Au total, l'ensemble de l'ONDAM hospitalier représente ainsi 63,7 milliards d'euros pour 2006, soit une augmentation de 3,44 %.

c) Les sous-objectifs consacrés aux personnes âgées et handicapées

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses de soins en établissements et services pour personnes âgées et handicapées s'élèvent respectivement à 4,3 et 6,9 milliards d'euros pour 2006. La progression des dépenses médico-sociales entrant dans le seul champ nouveau de l'ONDAM s'élève ainsi à 6,6 % pour 2006, soit plus de 9 % en intégrant l'ensemble des dépenses en faveur de ces établissements.

d) Le sous-objectif concernant les autres modes de prise en charge

Il s'agit des soins pour les ressortissants Français à l'étranger, de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) et du nouvel objectif spécifique médico-social que le projet de loi propose de créer à partir du 1^{er} janvier 2006 (*article 33*). Ce dernier vise à tirer les conséquences de la mise en place de l'objectif délégué à la CNSA, qui exclut de son champ les centres de cure ambulatoire en alcoologie, centres spécialisés de soins aux toxicomanes et appartements de coordination thérapeutique, et intègre par ailleurs les centres

(1) La « 31^e maladie » est une affection grave, caractérisée, mais comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. La « 32^e maladie » désigne une polypathologie entraînant un état pathologique invalidant nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), financés jusqu'à présent par l'Etat.

Impact des changements de périmètres sur l'ONDAM 2006

En milliards d'euros

	Objectif 2006
Dépenses de soins de ville (à périmètre 2005)	62,4
Prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé	2,1
Exonération de ticket modérateur sur ALD 31-32	0,3
FAQSV	0,1
Aides à la télétransmission	0,1
Clause de sauvegarde	0,4
Dépenses de soins de ville (à périmètre 2006)	65,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé (à périmètre 2005)	17,6
FMESPP	0,3
Autres dépenses relatives établissements de santé - autres (à périmètre 2006)	17,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (à périmètre 2005)	4,9
Apport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	-0,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (à périmètre 2006)	4,3
Contribution l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (à périmètre 2005)	6,9
Apport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	-0,2
Contribution l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (à périmètre 2006)	6,6
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge (à périmètre 2005)	0,7
Transferts de l'Etat vers l'assurance maladie du financement des CAARUD	0,0
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge (à périmètre 2006)	0,7
Total ONDAM à périmètre 2005	138,2
Impact des modifications de périmètre	2,5
Total ONDAM à périmètre 2006	140,7

Source : Annexe 7 du projet de loi relative à l'ONDAM et à la dépense nationale de santé

2. L'ONDAM s'inscrit dans un cadrage pluriannuel très rigoureux

Pour 2006, il est proposé de fixer l'ONDAM à 140,7 milliards d'euros, ce qui correspond à une progression prévisionnelle de 2,7 % à champ constant et de 2,5 % sur le nouveau périmètre des dépenses (*article 43*). Plusieurs mesures du projet de loi doivent contribuer à la réalisation de cet objectif. Leur impact financier prévisionnel est présenté dans le tableau ci-dessous.

Mesures à effet sur les comptes 2006

En millions d'euros

	Régime général	Tous régimes
Mesures sur les produits de santé	1 751	2 085
Mesures sur les établissements de santé		1 140
Revalorisation du forfait journalier hospitalier		100
Maîtrise médicalisée		890
Lutte contre les fraudes	126	150
Participation plafonnée à 18 euros sur les actes au-delà de 91 euros	84	100
Autres mesures (biologie, indemnités journalières)	80	95
Revalorisation du forfait CMU	138	148
Mesures d'économie sur les dépenses d'assurance maladie	3 968	4 708

Source : Annexe 9 du projet de loi

En outre, le rapport présenté en annexe B du projet de loi, décrivant l'évolution de l'ONDAM et des dépenses par branche pour les quatre années à venir, indique que « *la branche maladie, sous l'effet de la croissance modérée des charges dans le champ de l'ONDAM, verrait son déficit se réduire sensiblement. Pour le seul régime général, le solde redevient excédentaire en fin de période* ». Ces prévisions reposent toutefois sur un taux moyen de progression de 2,2 % par an de l'ONDAM, qui apparaît particulièrement faible au regard des évolutions observées au cours des années précédentes.

Prévision de recettes et de dépenses maladie sur la période 2006-2009 pour le régime général

En milliards d'euros

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Maladie						
Recettes	113,4	120,6	125,8	130,9	136,3	141,9
Dépenses	125,0	128,8	131,9	134,5	138,0	141,3
Solde	-11,6	-8,3	-6,1	-3,5	-1,7	0,6

Source : Annexe B du projet de loi

Comme l'a souligné le ministre de la santé et des solidarités, lors de son audition par la commission, le redressement ne doit donc pas inciter à relâcher l'effort, mais au contraire à maintenir fermement l'engagement de tous dans la poursuite de l'objectif de retour à l'équilibre, qui ne pourra être durablement atteint que si les comportements se modifient en profondeur.

II.- LES SOINS DE VILLE (HORS MÉDICAMENTS) : DES RÉSULTATS ENCOURAGEANTS MÊME SI LES EFFORTS DOIVENT ÊTRE POURSUIVIS

Constituant l'un des six sous-objectifs de l'ONDAM, que le projet de loi propose de fixer à 65,3 milliards d'euros pour 2006, les dépenses de soins de ville sont composées des deux enveloppes suivantes ⁽¹⁾ :

– les « dépenses déléguées », qui comprennent les honoraires des professions de santé libéraux ainsi que les transports sanitaires ;

– les dépenses résultant des prescriptions des professionnels de santé délivrées en ville, principalement les médicaments et les dispositifs médicaux ainsi que les prestations en espèces, en particulier les indemnités journalières (IJ) qui sont versées en cas d'arrêt de travail, mais pas celles attribuées aux bénéficiaires de congé maternité ou paternité.

Hormis le poste médicament, qui fera l'objet de développements spécifiques dans la troisième partie du présent rapport, l'année 2004 se caractérise par un net infléchissement des soins de ville, qui semble se confirmer en 2005. S'ils sont encourageants, ces premiers résultats n'en doivent pas moins inciter à poursuivre résolument les efforts vigoureux déployés jusqu'à présent afin de conforter ce redressement et surtout l'asseoir dans la durée.

A. LES DÉPENSES SONT EN NETTE DÉCÉLÉRATION

1. La croissance des soins de ville est revenue à un rythme beaucoup plus modéré

a) La décélération s'est amorcée en 2004

Alors qu'elles s'inscrivaient dans un *trend* de croissance de l'ordre de 6 à 8 % par an depuis 2000, les dépenses de soins de ville ont représenté 60,4 milliards d'euros en 2004, soit une progression de 4,4 % par rapport à 2003 (+ 4,3 % pour le régime général), contre 6,7 % l'année précédente, selon le rapport de la Cour des comptes de septembre dernier ⁽²⁾.

Cette évolution s'avère particulièrement nette s'agissant des dépenses déléguées et des indemnités journalières, ainsi que l'indique le tableau présenté ci-après.

(1) La définition de ce sous-objectif est précisée par l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Rapport annuel au Parlement sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale (septembre 2005).

Conjoncture des soins de ville remboursés par le régime général

En millions d'euros, à prix courant	Evolutions annuelles					Année 2004	
	02/01	03/02	04/03	TCAM 2003 /1997	Prévision 05/04	Montants	Struct.
Soins de Ville	7,7%	7,1%	4,3% (4,6%)	6,8%	3,2%	49 689	100,0%
<i>dont</i>							
Honoraires privés	5,3%	6,4%	2,8%	4,0%	3,3%	13 998	28,2%
généralistes	7,2%	8,3%	-0,8%	4,6%	4,1%	4 517	9,1%
spécialistes	4,9%	5,0%	5,1%	3,5%	3,8%	7 042	14,2%
sages femmes	11,3%	8,6%	7,8%	10,2%	10,2%	76	0,2%
dentistes	2,8%	6,5%	3,1%	4,0%	0,2%	2 369	4,8%
Honoraires paramédicaux	9,6%	8,1%	4,1%	6,9%	4,4%	4 563	9,2%
infirmières	10,2%	10,8%	5,5%	7,1%	4,8%	2 289	4,6%
kinésithérapeutes	8,5%	5,1%	2,3%	6,6%	3,3%	1 909	3,8%
orthophonistes	12,9%	8,2%	5,8%	7,4%	5,6%	325	0,7%
orthoptistes	12,9%	15,3%	7,9%	8,5%	5,4%	34	0,1%
Laboratoires	10,8%	9,4%	5,4%	6,8%	0,5%	2 541	5,1%
Transports des malades	9,4%	8,2%	8,0%	8,9%	6,0%	1 931	3,9%
Médicaments	6,6%	6,7%	6,4% (6,9%)	7,9%	3,7%	15 947	32,1%
dont remboursés à 100%	11,7%	11,4%	11,5% (12,4%)	11,3%	6,5%	8 972	18,1%
dont remboursés à 35% et 65%	1,5%	1,5%	0,1%	4,7%	0,1%	6 974	14,0%
Indemnités journalières	10,9%	6,6%	-0,5%	8,2%	-0,3%	7 371	14,8%
dont IJ maladie	10,2%	6,4%	-1,0%	7,6%	-0,2%	5 418	10,9%
<i>dont IJ maladie - 3 mois</i>	5,3%	3,2%	-3,0%	6,8%	2,2%	2 971	6,0%
<i>dont IJ maladie + 3 mois</i>	19,4%	11,4%	-1,7%	9,6%	-3,3%	2 267	4,6%
Dispositifs médicaux	11,8%	9,9%	11,6% (11,1%)	15,9%	8,1%	2 504	5,0%

NB : Les évolutions 2004 entre parenthèses correspondent aux évolutions sur le précédent champ des soins de ville compte tenu des transferts vers l'enveloppe des établissements des médicaments et dispositifs médicaux délivrés en cliniques. La prévision 2005 intègre les impacts 2005 du plan de réforme (participation forfaitaire, convention médicale, plan médicament, etc.).

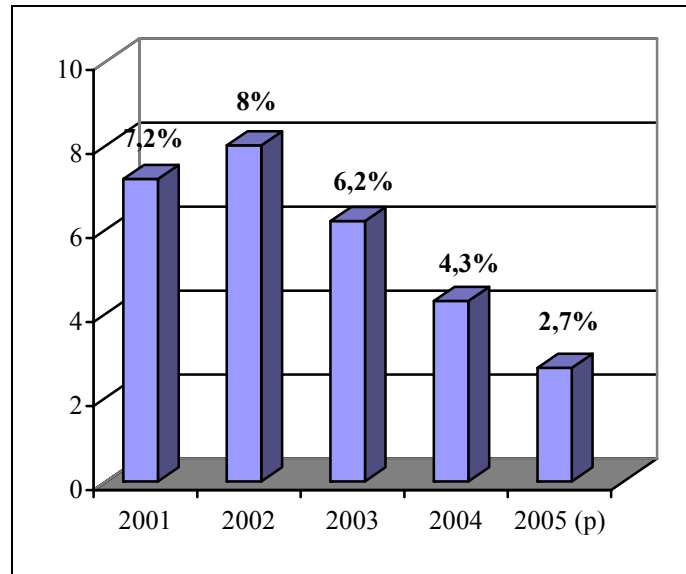
Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2005

b) La rupture de tendance semble se confirmer en 2005

Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, les dépenses de soins de ville atteindraient 61,9 milliards d'euros en 2005, soit une progression de 2,7 % par rapport à 2004 pour l'ensemble des régimes de base et de 3,2% pour le régime général.

Il s'agit là d'une évolution « *historiquement basse* », comme le souligne la commission, même s'il importe de garder à l'esprit que les estimations pour 2005 sont plus incertaines que les années précédentes, du fait notamment de l'entrée en vigueur concomitante de la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM), de la tarification à l'activité ainsi que des mesures de maîtrise médicalisée des dépenses prévues par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et par la convention médicale signée le 12 janvier 2005.

Evolution des dépenses de soins de ville tous régimes



Source : Graphique réalisé d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale

Enfin, alors même que le début de l'année 2005 a été marqué par une forte épidémie de grippe hivernale, la croissance des soins de ville pour le régime général ne serait que de l'ordre de 1,9 % pour les huit premiers mois de l'année 2005 par rapport à la même période en 2004.

2. Deux évolutions positives soulignent le caractère structurel des changements en cours

Outre une légère inflexion des dépenses de médicaments en 2005, la décélération des soins de ville s'explique principalement par le recul des IJ ainsi que par le caractère modéré des remboursements d'honoraires, qui représentent respectivement 15 et 37 % de ce sous-objectif.

a) Les remboursements des honoraires médicaux et paramédicaux ont progressé plus faiblement que les années précédentes

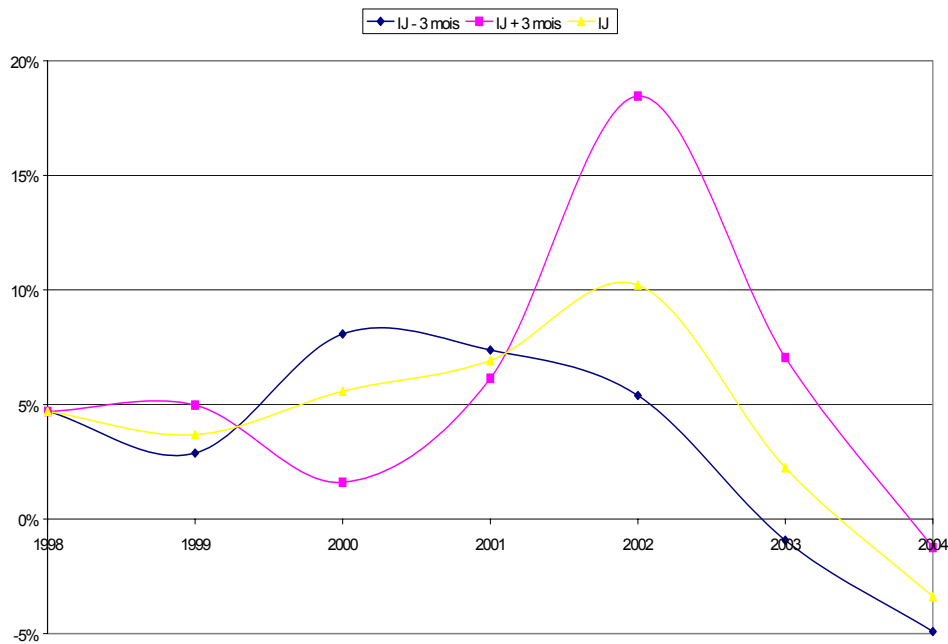
En 2004, selon le rapport précité de la Cour des comptes, les dépenses d'honoraires des médecins n'ont progressé que de 2,7 % et de 1,7 % en données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés, contre une hausse de 6,3 % en 2003. S'agissant des professions paramédicales, les dépenses de remboursement des honoraires ont chuté de façon significative, en passant, pour le régime général, de 8,1% en 2003 à 4,1 % en 2004. Pour 2005, le taux de croissance des dépenses de soins de ville enregistre enfin un fort ralentissement, avec un rythme de 1,9 % sur les huit premiers mois de l'année par rapport à la même période en 2004.

En effet, alors que les années 2002 et 2003 se sont caractérisées par de fortes revalorisations ⁽¹⁾, leur coût a été inférieur de 309 millions d'euros en 2004 par rapport à l'année précédente. Autre signe, plus frappant encore, de l'évolution actuellement en cours, le nombre des consultations et des visites a diminué de 1,6 % en volume, alors même que dans le même temps le nombre des médecins a augmenté de 1,05 % en 2004 selon le Conseil national de l'ordre des médecins.

b) Les indemnités journalières sont en net recul

Tranchant avec les progressions à deux chiffres observées au cours des dernières années, les dépenses d'indemnités journalières (IJ) ont chuté de façon impressionnante depuis 2003. Cette diminution est particulièrement forte pour les arrêts de travail de longue durée, comme l'indique le graphique présenté ci-après.

Taux d'évolution du nombre des indemnités journalières



Source : Rapport annuel du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (juillet 2005).

Incontestablement, des facteurs d'ordre épidémiologique, en particulier la baisse du nombre d'accidents de la route et le caractère limité des épidémies de grippe, ont influé favorablement sur cette évolution. Il n'en reste pas moins que cette diminution a été fortement accélérée par l'efficacité accrue de la politique de contrôle des arrêts de travail, mais également par l'adhésion des professionnels de santé.

(1) En particulier, le tarif des consultations des généralistes a été revalorisé de 17,53 à 20 euros en 2002.

B. CETTE INFLEXION TRADUIT LES PREMIERS SUCCÈS D'UNE RÉFORME FONDÉE SUR LA MODIFICATION DES COMPORTEMENTS

Au-delà de leur impact financier en termes d'économies, la diminution des IJ comme du reste la relative modération de la croissance des honoraires, constituent des évolutions importantes en ce qu'elles confirment le bien-fondé des principes fondateurs de la réforme de l'assurance maladie, à savoir la maîtrise médicalisée des dépenses, le renouveau de la politique conventionnelle et surtout la certitude qu'il est possible de modifier les comportements de l'ensemble des acteurs du système de santé.

1. La mise en œuvre du parcours de soins coordonnés

Comme l'a souligné le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, M. Jean-Michel Dubernard, le processus de mise en application de la loi du 13 août 2004 a été véritablement exemplaire⁽¹⁾. Dès le début de l'année 2005, toutes les instances de la nouvelle gouvernance étaient en effet installées, notamment l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et la Haute autorité de santé, tandis qu'une très grande majorité des textes réglementaires d'application prévus par la loi étaient publiés.

Cette célérité a notamment permis à l'un des axes centraux de la réforme, le parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant, d'entrer en vigueur comme prévu en juillet 2005. Concrètement, ce nouveau dispositif permet de bénéficier d'un suivi médical plus efficace, dans la mesure où le médecin traitant dispose de toutes les informations nécessaires pour mieux suivre son patient. A ce titre, le dispositif du médecin traitant s'inscrit dans la même logique que le dossier médical personnel (DMP). Il permet également d'éviter les examens ou consultations inutiles car redondants ou mal ciblés et enfin de déployer une politique de prévention efficace grâce à la fidélisation de la patientèle.

Aujourd'hui, alors que près de 32 millions de personnes ont déjà désigné leur médecin traitant, l'objectif est non seulement atteint mais supérieur aux prévisions réalisées par l'assurance maladie, témoignant ainsi de l'adhésion des Français à l'un des éléments majeurs de la réforme.

Le rapporteur se félicite enfin que la nouvelle organisation de notre système de santé autour du médecin traitant soit parachevée au début de l'année prochaine, avec en particulier la mise en place des contrats responsables avec les assurances complémentaires et l'instauration de la majoration de participation pour les assurés qui ne respecteraient pas le parcours de soins.

(1) Rapport n° 1208 de M. Jean-Michel Dubernard sur la mise en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (mars 2005).

2. Le renouveau de la politique conventionnelle

Prenant acte de l'appréciation sévère portée par la Cour des comptes sur l'efficacité des instruments conventionnels et tarifaires mis en œuvre au cours des années précédentes pour faire évoluer les comportements des professionnels de santé, le rapporteur souhaite néanmoins souligner la rupture majeure représentée par la convention conclue le 12 janvier 2005, à la fois sur la forme et sur le fond.

On ne peut tout d'abord que se réjouir que les représentants des caisses d'assurance maladie et des médecins généralistes et spécialistes soient ainsi parvenus à un accord, mettant ainsi un terme à une période caractérisée par un climat de défiance parmi certains professionnels de santé, se traduisant notamment par l'application du règlement conventionnel minimal (RCM), voire des déconventionnements. A cet égard, le rapporteur salue l'esprit de responsabilité qui a animé les partenaires conventionnels tout au long de la négociation.

Précisant les modalités d'application du parcours de soins, la convention médicale marque en effet la volonté des partenaires conventionnels d'investir pleinement le champ de la maîtrise médicalisée des dépenses, en déterminant des objectifs quantifiés d'évolution annuelle des dépenses ainsi que la méthodologie pour les atteindre et les modalités de suivi de leur mise en œuvre, tant au niveau national que local. Ces engagements représentent ainsi près d'un milliard d'euros pour 2005.

***Les engagements de maîtrise médicalisée
(Point 3.2. de la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux
et l'assurance maladie, conclue le 12 janvier 2005)***

Pour l'année 2005, les parties retiennent comme thèmes de maîtrise, avec des économies attendues de 998 millions d'euro :

Sous forme d'engagements de maîtrise médicalisée :

- un infléchissement de 10 % des montants tendanciels 2005 de la prescription des antibiotiques (91 millions d'euros d'économies) ;
- un infléchissement de 10 % des montants tendanciels 2005 de la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques (33 millions d'euros d'économies) ;
- une baisse de 1,6 % des montants tendanciels 2005 de la prescription d'arrêts de travail (150 millions d'euros d'économies) ;
- un infléchissement de 12,5 % des montants tendanciels 2005 des remboursements (prise en charge collective) de statines (161 millions d'euros d'économies) ;
- un meilleur respect de la réglementation de l'ordonnancier bizona et des feuilles de soins permettant une juste attribution des dépenses sans rapport avec une affectation de longue durée à hauteur de 5 points (455 millions d'euros d'économies).

Sous forme d'accords de bon usage des soins :

- l'efficacité des prescriptions d'anti-agrégants plaquettaires (23 millions d'euros d'économies) ;
- le bon usage des examens biologiques explorant la fonction thyroïdienne (15 millions d'euros d'économies) ;
- la pratique de la coloscopie après polypectomie (15 millions d'euros d'économies).

Un engagement des médecins à augmenter la prescription des médicaments génériques sera proposé par l'UNCAM dans l'objectif d'atteindre une économie complémentaire de 55 millions d'euros d'économies. Enfin, les parties entendent aborder la question des prescriptions de transports en 2005, en concertation avec les syndicats signataires de la convention des transporteurs sanitaires.

3. Une nouvelle impulsion en matière de gestion du risque

Afin de garantir la meilleure utilisation possible des cotisations des assurés ainsi que des soins de qualité, l'assurance maladie a engagé une politique de gestion du risque visant à promouvoir un recours aux soins et une organisation du système de santé les plus efficaces possibles.

Des orientations pluriannuelles en matière de gestion du risque ont en effet été définies autour des cinq axes suivants : le développement de la prévention et l'information de l'assuré ; le soutien à l'information et à la formation des professionnels de santé ; la mise en œuvre de règles de remboursement justes et efficaces ; la promotion d'une organisation efficace des soins ; enfin, la modernisation de la tarification et du niveau de prise en charge des soins.

Pour accompagner la réforme, la CNAMTS a par ailleurs mis en place des actions destinées à soutenir l'engagement des médecins libéraux dans la démarche de maîtrise médicalisée des dépenses. Près de 620 délégués de l'assurance maladie ont par exemple rencontré individuellement les médecins pour leur présenter en détail la convention et leur donner également des informations sur leur mode de prescription. Dans le même sens, les médecins libéraux prescrivant de façon importante certains produits ont été contactés directement par les médecins conseils de l'assurance maladie dans le cadre de visites confraternelles,

Parallèlement, les contrôles réalisés par les caisses ont été renforcés, à la fois d'un point de vue quantitatif et qualitatif, grâce notamment aux nouveaux instruments prévus par la loi du 13 août 2004, par exemple la « liquidation médicalisée » des dépenses, soit le contrôle exercé lors de l'ouverture des droits à prestations. Concernant les IJ, il convient également de saluer le fait que plus de 250 000 arrêts de longue durée ont été contrôlés au cours du premier semestre 2005.

C. DE VIGOUREUX EFFORTS RESTENT TOUTEFOIS À PRODUIRE POUR MAINTENIR LE CAP

1. Le contrat de confiance entre les partenaires conventionnels doit être respecté

a) L'objectif de soins de ville hors médicaments pour 2006 permet de ne pas briser la dynamique engagée par la convention

Le projet de loi propose de fixer à 65,3 milliards d'euros pour l'objectif de dépenses de soins de ville pour 2006, ce qui correspond à une augmentation de 3,2 % en excluant le poste médicaments. En d'autres termes, cet objectif doit permettre tout à la fois de poursuivre la régulation médicalisée des dépenses de ville, sans entraver pour autant la dynamique engagée avec les professionnels de santé, s'agissant par exemple des revalorisations tarifaires prévues pour certaines professions en 2006 par la convention médicale du 12 janvier dernier. A ce sujet,

le rapporteur rappelle l'importance d'appliquer intégralement les accords conclus le 24 août 2004 entre les pouvoirs publics et les syndicats représentant les chirurgiens, s'agissant en particulier des dispositions concernant leurs modalités de rémunération.

b) Le dernier trimestre 2005 sera cependant décisif car d'importantes économies doivent encore être réalisées

Sur les 998 millions d'euros d'économies escomptés au titre de la maîtrise médicalisée des dépenses, seuls 675 millions d'euros devraient être réalisées en 2005 selon les estimations réalisées par l'assurance maladie.

Hormis les IJ, les résultats de la maîtrise médicalisée s'avèrent en effet en-deça des objectifs conventionnels, même si quelques inflexions ont pu être constatées au cours des derniers mois, par exemple dans le domaine des statines (anti-cholestérol), dont les dépenses de remboursements ont diminué pour la première fois entre juin et septembre 2005 (- 2,3 % par rapport à la même période en 2004). Le rapporteur ne peut donc que souligner la nécessité mais aussi l'urgence que les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition afin que ces engagements soient effectivement respectés.

2. Le recours aux soins doit être plus efficace et la prise en charge des assurés médicalement justifiée

a) La lutte contre les fraudes et les abus est renforcée

Afin de réduire les dépenses injustifiées, le projet renforce la lutte contre la fraude aux prestations sociales, à travers notamment l'institution de pénalités pour fausses déclarations et le contrôle des ressources étrangères, en particulier pour l'octroi de la couverture maladie universelle (*article 57*). En outre, la carte Vitale 2, qui comportera une photo mais également des données médicales, devrait être disponible à partir du dernier trimestre 2006.

b) La mise en place de nouveaux protocoles de soins permettra une prise en charge plus juste des affections de longue durée

Conformément à la loi du 13 août 2004, un nouveau protocole de soins, élaboré par le médecin traitant et validé par le médecin conseil, permettra de définir précisément les soins et les traitements nécessités par une affection de longue durée (ALD). Grâce aux référentiels, dont la Haute autorité de santé est actuellement chargée d'achever l'élaboration, le bon usage de l'ordonnancier bizonne sera ainsi facilité pour les professionnels de santé.

Exemple d'utilisation de l'ordonnancier bizon

Ordonnance bizon d'un patient atteint d'une insuffisance respiratoire grave.		Remboursements
<i>Partie haute :</i> ALD reconnue (insuffisance respiratoire grave)	Kinésithérapie respiratoire	Cette prescription est liée à l'insuffisance respiratoire et donc remboursée à 100 % sur la base des tarifs officiels.
<i>Partie basse :</i> Autre affection (accident ayant entraîné une fracture de la rotule)	Rééducation du genou	Cette prescription figure en partie basse, puisqu'elle ne concerne pas l'affection exonérante, et elle est donc remboursée à 60 %. Le reste est à la charge du patient ou bien remboursé par son assurance ou mutuelle complémentaire.

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Il s'agit là d'un enjeu essentiel dans la mesure où, selon des études réalisées par la CNAMTS, entre 10 à 15 % des prescriptions liées à des ALD seraient remboursées indûment. De façon générale, alors que les catégories de population concernées sont appelées à croître au cours des prochaines années, du fait notamment du vieillissement de la population, il apparaît d'autre part nécessaire d'engager aujourd'hui une réflexion sur ce que doit recouvrir cette notion, afin notamment qu'elle ne soit plus vécue comme un stigmate ou encore comme un état définitif, dans le cas notamment où l'affection est guérie et qu'elle ne nécessite qu'un traitement régulier mais léger de prévention.

c) L'institution d'une participation plafonnée à 18 euros est prévue pour les actes dont le montant est supérieur à 91 euros

Posée par un arrêté datant de 1955, à une époque où ces actes étaient rares et les techniques médicales beaucoup moins complexes qu'aujourd'hui, la règle de l'exonération du ticket modérateur pour les actes de plus de 91 euros ou dont la cotation est supérieure à 50 est aujourd'hui à l'origine d'un fort effet de seuil, qui conduit dans certains cas à de réelles iniquités entre les assurés. Dans son rapport de septembre 2002 ⁽¹⁾, la Cour des comptes souligne en particulier que celle-ci est « *la plus importante des inégalités [entre les assurés selon la nature des soins administrés]* », dans la mesure où « *quasiment toutes les hospitalisations en chirurgie donnent lieu à exonération, alors qu'une telle exonération reste rare en médecine, ce qui entraîne une différence considérable de traitement entre les patients hospitalisés en chirurgie et ceux qui sont hospitalisés en médecine : à titre d'exemple, une intervention chirurgicale simple (appendicectomie...) suivie d'une hospitalisation de 6 jours pour convalescence coûtera 64 euros au patient (6 jours de forfait hospitalier) alors qu'une hospitalisation de 6 jours pour soins médicaux lui coûtera 605 euros* ».

(1) Rapport annuel au Parlement sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale (septembre 2002).

C'est pourquoi le gouvernement prévoit d'instituer, par voie réglementaire, une participation plafonnée à 18 euros pour les actes de plus de 91 euros, qui correspond au montant du ticket modérateur versé pour un acte de 90 euros effectué à l'hôpital (*article 37*). Le principe d'égal accès de tous aux soins n'est pour autant en aucun cas remis en cause par cette mesure, dans la mesure où les autres règles actuelles d'exonération du ticket modérateur – concernant notamment les personnes atteintes d'une affection de longue durée, les femmes enceintes ou les titulaires d'une pension d'invalidité – demeurent en vigueur.

De surcroît, dans la mesure où il s'agit en réalité d'un ticket modérateur – *sui generis* certes, car d'un montant forfaitaire et non proportionnel au tarif des actes – c'est tout naturellement qu'il a vocation à être pris en charge par les organismes complémentaires.

Compte tenu de leurs spécificités, il aurait pu enfin être envisagé d'exonérer également les actes qui présentent un caractère d'urgence, qui serait déterminé par le professionnel de santé, mais la commission n'en a pas décidé ainsi.

D. DES RÉFORMES STRUCTURANTES POUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ SONT PARALLÈLEMENT ENGAGÉES

Si la modification des comportements doit constituer un axe majeur de la maîtrise des dépenses de santé, il n'en est pas moins essentiel d'agir dès maintenant sur des déterminants de leur évolution à moyen terme que sont la qualité et l'efficacité de l'organisation de l'offre de soins, mais également l'évolution et la répartition de la démographie médicale ou encore la lutte contre de graves menaces sanitaires.

1. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est fortement revalorisée

Instituée par l'article 56 de la loi du 13 août 2004, l'aide à l'acquisition d'un contrat de couverture complémentaire santé en constitue l'une des avancées majeures. Ce dispositif doit en effet permettre de renforcer l'égal accès de tous aux soins en remédiant aux iniquités liées aux effets de seuil importants présentés par la couverture maladie complémentaire (CMU-C).

Applicable depuis le 1^{er} janvier 2005, celui-ci concerne toutes les personnes, dont le revenu est compris entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 15% ⁽¹⁾, qui bénéficient d'une réduction de leur prime annuelle par l'organisme complémentaire qu'elles choisissent (75 à 250 euros en fonction de leur âge). Or, comme le souligne le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance

(1) Soit un revenu compris entre 587,16 euros et 675,24 euros par mois pour une personne seule.

maladie (HCAM) dans son rapport pour 2005, « *la question est de savoir si l'aide est suffisante pour les amener à souscrire un contrat. Le taux d'effort requis, même pour un contrat d'entrée de gamme, reste en effet significatif* ».

En effet, alors que le Haut Conseil estime à deux millions le nombre de personnes éligibles, seules 280 000 personnes ont à ce jour obtenu de leur caisse d'assurance maladie l'attestation leur permettant d'obtenir une réduction de leur prime de la part de leur organisme complémentaire. Il existe donc une marge de progression importante et c'est celle-ci que vise le présent projet en revalorisant fortement le crédit d'impôt afin d'accélérer la montée en charge du dispositif (*article 36*).

Mesures prévues par le projet de loi

	Moins de 25 ans	De 25 à 59 ans	A partir de 60 ans
Montant du crédit d'impôt en 2005	150 euros	75 euros	250 euros
Montant du crédit d'impôt dans le présent projet	200 euros	100 euros	400 euros
Augmentation réalisée	+ 33 %	+ 33 %	+ 60 %

2. Le projet de loi permet de mieux lutter contre les disparités territoriales en matière d'offre de soins

Le maintien et le développement de l'activité des professions de santé dans les zones déficitaires ou qui risquent de le devenir, notamment en milieu rural, est un des éléments garantissant l'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire. C'est pourquoi, dans le prolongement des recommandations du rapport de la commission de la démographie médicale de mai 2005 ⁽¹⁾, le projet de loi prévoit un ensemble de mesures visant à favoriser une répartition plus homogène de l'offre de soins sur le territoire.

Il est ainsi proposé d'étendre aux remplaçants les possibilités d'aides conventionnelles déjà prévues pour les médecins par la loi du 13 août 2004.

Poursuivant également l'objectif de rééquilibrage de l'offre territoriale de soins, l'article 29 introduit utilement une dérogation au dispositif du médecin traitant pour les médecins généralistes qui s'installent dans une des zones de soins médicalisées identifiées par les missions régionales de santé.

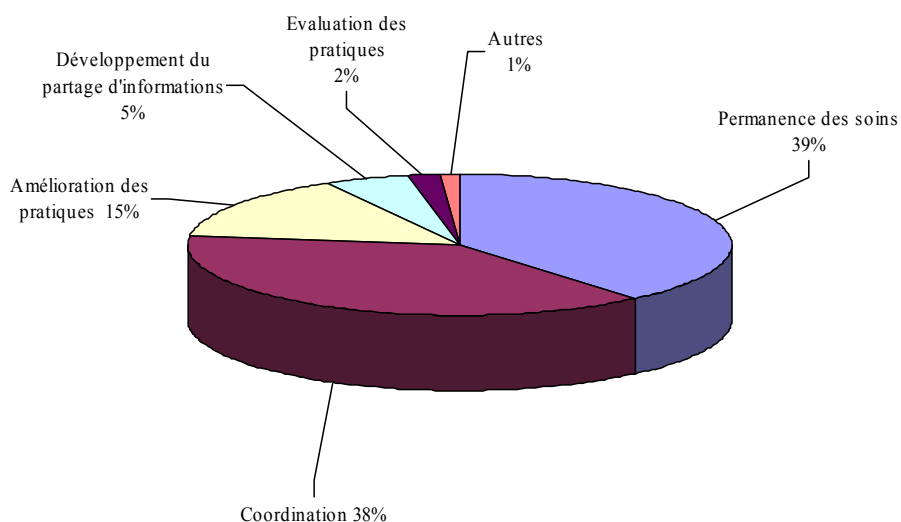
Afin de renforcer l'efficacité de cette mesure et de ne pas en atténuer la portée par la poursuite d'objectifs concurrents, il semble en revanche nécessaire de

(1) Rapport de la commission de la démographie médicale, présidée par M. Yvon Berland, remis au ministre de la santé en avril dernier.

supprimer l'autre dérogation au dispositif du médecin traitant prévue par le même article 29 qui vise à favoriser la constitution de patientèle pour les médecins généralistes qui s'installent, quel que soit l'endroit, pour la première fois en exercice libéral.

Enfin, le projet de loi prévoit que le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) soit désormais explicitement chargé de soutenir le financement des structures participant à la permanence des soins, telles que les maisons médicales de garde (*article 39*). A ce sujet, le rapporteur tient à saluer la pérennisation du FAQSV ainsi que l'accroissement de ses moyens, qui répondent à une attente exprimée de longue date par les professionnels de santé et sont de nature à lui permettre d'exercer efficacement ses missions.

Répartition des montants alloués par le FAQSV par thématique



Source : Rapport d'activité du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) de juillet 2005

3. Le dossier médical personnel est entré dans une phase opérationnelle de mise en œuvre

Le projet de loi confie également au FAQSV la mission de contribuer au lancement du dossier médical personnel (DMP), qui constitue un outil majeur d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, dont tout assuré doit pouvoir disposer à partir de 2007. Afin de concilier le respect de cette échéance et l'assurance que toutes les garanties prévues par la loi seront effectives, le rythme de déploiement du dossier médical personnel comprendra différentes étapes.

Le calendrier de mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP)

1. Mise au point d'un « démonstrateur ». Les candidats hébergeurs présenteront un démonstrateur de DMP, qui est un prototype, fondé sur les systèmes et logiciels qui seront utilisés ultérieurement dans la préfiguration et destiné, sur la base de dossiers fictifs, à prouver la pertinence et la solidité des systèmes informatiques que proposent ces hébergeurs. Ces démonstrateurs seront validés à partir du 15 octobre. Seuls les hébergeurs dont le démonstrateur aura été validé pourront exécuter la phase suivante.

2. Préfiguration. Les sites de préfiguration sont un ensemble d'établissements et de professionnels de santé présentés par les hébergeurs avec l'adhésion de ces acteurs de santé. Les hébergeurs lanceront un premier déploiement en situation réelle sur ces sites. Le déploiement sera soumis à évaluation. Les sites de préfiguration associés à un hébergeur seront choisis pour favoriser les interactions entre professionnels de santé et patients. L'évaluation sera conduite selon une grille qui couvre les aspects de sécurité, de conformité au cahier des charges, d'acceptabilité par les acteurs – professionnels de santé, établissements de santé et patients – de qualité du service – régularité, assistance, performances) d'accompagnement du changement. Cette phase permettra d'avoir des dossiers opérationnels avant la fin 2005 et se poursuivra pendant le premier trimestre 2006.

3. Déploiement progressif. L'expérience acquise pendant la phase de préfiguration permettra de rédiger un cahier des charges de généralisation du DMP. Les hébergeurs s'engagent à laisser toute latitude au GIP d'utiliser gratuitement les spécifications des démonstrateurs et de leurs développements spécifiques ainsi que les résultats de leur mise en œuvre comme base du cahier des charges de généralisation. Ce cahier des charges servira de base à une nouvelle consultation. Cette consultation sera ouverte aux hébergeurs qui auront réalisé les deux premières phases ou l'une de ces deux phases et à tous autres candidats potentiels. Cette phase permettra de lancer un déploiement progressif sur les bases qui auront été précisées dans le cahier des charges de généralisation notamment pour couvrir les attentes des patients qui ont besoin d'avoir recours à un tel système de suivi approfondi (ALD, par exemple). Elle durera environ un an.

4. Généralisation. Le déploiement général du DMP se déroulera en 2007.

Source : Groupement d'intérêt public du dossier médical personnel

4. La participation de l'assurance maladie au plan de lutte contre le risque de pandémie grippale d'origine aviaire est accrue

Dans un rapport récent⁽¹⁾, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) estime que, sans intervention, une pandémie grippale pourrait entraîner en France jusqu'à 20,9 millions de cas, 200 000 décès et un million d'hospitalisations. Il est donc essentiel de constituer dès à présent des stocks de produits de santé, qui doivent pouvoir être mobilisés rapidement et en nombre suffisant, pour faire face à l'éventualité de ce risque.

C'est pourquoi le projet de loi prévoit une dotation accrue de l'assurance maladie au fonds de concours destiné à lutter contre les menaces sanitaires graves, qui représente au total 351 millions d'euros pour 2005 et 2006 (*articles 6 et 41*). Cette participation de l'assurance maladie est d'ailleurs tout à fait légitime dans la mesure où, comme l'avait souligné M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la

(1) « Préparation à la lutte contre une pandémie grippale – Estimation de l'impact d'une pandémie grippale », juin 2005.

santé, en novembre 2001 ⁽¹⁾, « *en l'absence d'une gestion coordonnée par l'Etat de stocks de précaution, il est clair que les Français s'adresseraient aux médecins et aux pharmaciens pour acheter leurs antibiotiques, lesquels seraient remboursés par la sécurité sociale. Et si une attaque terroriste se produisait, elle occasionnerait bien des dépenses de soins* ».

Compte tenu du montant important représenté par ces dotations, il est enfin très positif que la représentation nationale puisse disposer d'informations précises sur ces mesures et l'on ne peut dès lors que saluer l'effort de transparence de ce gouvernement, s'agissant tout particulièrement du plan de lutte contre le risque de pandémie grippale d'origine aviaire. Les travaux de la mission d'information commune récemment constituée sur ce thème ainsi que ceux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur le « plan Biotox » permettront enfin d'associer pleinement le Parlement à l'élaboration et au suivi de mesures essentielles pour l'ensemble de la population.

(1) *Séance publique de l'Assemblée nationale du 22 novembre 2001.*

III.- L'HÔPITAL ET LES CLINIQUES PRIVÉES : LA NÉCESSAIRE POURSUITE DE LA RÉFORME

Depuis la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale mettant en place la tarification à l'activité (T2A) et les lois n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique et n° 2004-810 relative à l'assurance maladie, le monde hospitalier s'est engagé dans un mouvement de réforme de grande ampleur.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 s'inscrit pleinement dans la continuité des mesures mises en place pour réformer le secteur hospitalier et ralentir la progression encore soutenue des dépenses. Les mesures relatives aux établissements de santé publics et privés qu'il contient visent plus à aménager certaines modalités de la réforme qu'à en bouleverser l'esprit.

Les objectifs du plan « Hôpital 2007 », lancé en 2002 et destiné à redonner « ambition et espoir » au monde hospitalier, reste plus que jamais d'actualité. La rénovation du mode de financement des établissements, la plus grande autonomie de gestion, l'assouplissement des règles de planification sanitaire et le soutien volontariste à l'investissement sont toujours à l'ordre du jour.

A. LE POIDS DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES NE DIMINUE PAS

La part relative des dépenses hospitalières dans l'ensemble des dépenses remboursées par les régimes de l'assurance maladie reste importante et constitue environ la moitié de ces dépenses.

1. La hausse des dépenses des établissements reste importante

Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2005, les dépenses réalisées en établissement (dont les établissements médico-sociaux) ont progressé de 5,2 % en 2004. Ces taux atteignent 4,3 % pour les hôpitaux et 6,6 % pour les cliniques. Les versements à l'ensemble des établissements de santé sont évalués à 56,5 milliards d'euros en progression de 4,6 %. Les objectifs dédiés aux établissements de santé sont donc dépassés de près de 500 millions d'euros (245 millions d'euros pour les établissements publics ou à but non lucratif et 220 millions d'euros pour les cliniques privées).

Si ce rapport constate pour l'année 2005 une nette décélération des soins de ville, le rythme de croissance des dépenses des établissements reste important. En effet, les versements effectués par l'assurance maladie aux établissements de santé s'élèveraient à 61,6 milliards d'euros et augmenteraient de 4,1 % en 2005 pour un dépassement de l'objectif fixé par le gouvernement à la fin de l'exercice estimé à 650 millions d'euros.

2. Des tendances lourdes expliquent la croissance des dépenses des établissements

a) Des facteurs structurels favorisent la hausse des dépenses

Indépendamment de la conjoncture de l'économie française, des facteurs structurels puissants et difficilement modifiables alimentent le mouvement de hausse des dépenses des établissements.

Il s'agit en premier lieu de l'allongement de la durée de la vie, qui induit une nécessaire adaptation de l'offre de soins hospitaliers, et de l'incidence de l'accélération du progrès médical sur le renchérissement des thérapies et des examens.

A ces éléments viennent s'ajouter le coût de certaines mesures politiques, qu'il s'agisse par exemple de la réduction du temps de travail ou du financement de mesures nationales de santé publique mises en œuvre par le gouvernement. L'annexe 7 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale indique ainsi que « *sur les exercices 2002, 2003 et 2004, l'effet de la RTT et des protocoles ont représenté globalement 40 % de la hausse totale des dépenses hospitalières. Cet effet tend néanmoins à diminuer avec la fin de la montée en charge de ces dispositifs* ». Le dossier de presse du ministère de la santé accompagnant le projet de loi de financement de la sécurité sociale indique d'autre part que plus de 450 millions d'euros de crédits seront consacrés en 2006 aux mesures de santé publique dont 390 millions d'euros de crédits dans l'ONDAM. Il chiffre à 73 millions d'euros les dépenses supplémentaires de 2006 relatives à l'application du plan « urgences », à 84 millions celles relatives au plan périnatalité, à 105 millions celles relatives au plan cancer, à 110 millions celles relatives au plan psychiatrie et santé mentale et à 10 millions celles relatives au plan national pour les maladies rares.

Lors de leur audition par le rapporteur, les représentants de la Fédération hospitalière de France (FHF) ont également rappelé que le poids des dépenses en personnel des établissements publics, dépenses dites du groupe I, qui représentent environ 70 % des dépenses des hôpitaux, est, à effectif constant, un puissant facteur de rigidité des dépenses hospitalières qui demeurent sensibles aux mesures statutaires générales (revalorisation du point de la fonction publique par exemple) ou catégorielles.

Les dépenses strictement médicales (dépenses du groupe II) croissent également rapidement en raison du coût des traitements médicamenteux et des dépenses liées à la maintenance du matériel biomédical et de l'exigence croissante relative à la sécurité sanitaire. Enfin, les dépenses du groupe III (dépenses hôtelières, générales et logistiques), connaissent la même progression rapide notamment en raison des coûts croissants des primes d'assurance dus à la judiciarisation des relations entre les patients et les prestataires de soins.

b) Les hôpitaux font de plus en plus face à des situations de reports de charges préoccupantes

Le dynamisme de ces dépenses explique la situation financière délicate d'un nombre important d'hôpitaux publics caractérisée notamment par des reports de charges de plus en plus importants.

Les chambres régionales des comptes ont mis en évidence dès 1998 ce phénomène qui se caractérise par des reports, à l'exercice suivant, de charges imputables à l'exercice en cours, en contradiction avec le principe comptable selon lequel toutes les dépenses d'exploitation engagées au cours d'un exercice doivent être rattachées à ce même exercice.

Ce phénomène de reports de charges, qui s'est accentué à partir des comptes de 2002, est d'autant plus préoccupant qu'il perturbe la mise en œuvre de la T2A car il rend impossible, pour les établissements concernés, toute connaissance du coût réel de leurs activités. En effet, une partie des charges de fonctionnement n'apparaissent pas dans les comptes de l'exercice analysé et il leur est dès lors difficile voire impossible, d'identifier leurs coûts de production, donc de se situer par rapport aux tarifs versés par l'assurance maladie.

D'un autre côté, la mise en œuvre de la tarification à l'activité est elle-même susceptible d'augmenter ces reports de charges. En effet, si les établissements aujourd'hui surdotés sont incités à faire des gains de productivité pour conduire la même activité avec moins de moyens, il est à craindre que ceux qui n'y réussissent pas tentent d'échapper à la contrainte par de nouveaux reports de charges.

B. PLUSIEURS RÉFORMES DU MONDE HOSPITALIER SONT DÉSORMAIS BIEN ENGAGÉES

1. L'année 2005 a été caractérisée par une montée en charge de la tarification à l'activité

Introduite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la T2A met en place un nouveau mode de financement des établissements de santé, qui se substitue au financement de la dotation globale de financement (DGF) pour les établissements publics ou participant au service public hospitalier (PSPH) et à la tarification à la journée ou à la prestation pour les cliniques privées.

Cette nouvelle tarification présente d'indéniables atouts :

– L'allocation des ressources est plus équitable car une part croissante des budgets évolue en fonction du volume et du contenu de l'activité médicale réalisée par les établissements et non plus selon des bases uniquement historiques. Assis sur des tarifs par groupe homogène de séjours (GHS) fixés au plan national, les financements sont davantage médicalisés et plus justes.

– L'allocation des ressources est plus dynamique. Le montant des ressources allouées aux établissements et l'activité produite évoluant de manière parallèle et simultanée, il est plus aisé d'accompagner le développement de l'offre de soins et de financer les projets qui ont fait la preuve de leur pertinence au regard du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

– Les missions d'intérêt général et certaines spécialités médicales sont financées spécifiquement. Certaines des missions réalisées dans les établissements de santé n'ont pas vocation à être rémunérées à l'activité ou ne peuvent être décrites, uniquement, par des groupes homogènes de séjours. La réforme prévoit, par conséquent, des modalités spécifiques de financement destinées à l'enseignement, la recherche, l'innovation, l'accueil des urgences, les prélèvements d'organes et les dépenses supplémentaires engagées pour des prises en charge particulières (réanimation par exemple).

– Les acteurs hospitaliers sont davantage responsabilisés. En effet, la tarification à l'activité offre un avantage budgétaire aux établissements efficaces, c'est à dire ceux qui proposent des prises en charge de qualité mais à un coût inférieur aux tarifs nationaux. La recherche d'une meilleure organisation et d'une utilisation des ressources plus rationnelle est encouragée. Pour tirer tous les bénéfices de cette réforme, les gestionnaires hospitaliers doivent perfectionner leurs outils de pilotage (comptabilité analytique, information médicale) afin d'évaluer au mieux leur performance.

L'année 2005 s'est ainsi révélée être une année charnière pour le financement des établissements de santé. La mise en œuvre de la réforme de la tarification n'a pas été identique selon que les établissements appartiennent au secteur public et privé participant au service public ou au secteur des cliniques privées

a) Le système de financement des établissements publics ou des établissements privés participant au service public hospitalier est réformé radicalement

L'année 2005 a connue à la fois la disparition de la dotation globale de fonctionnement, une montée en charge significative de la tarification à l'activité (la fraction de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie financée par les tarifs est passé de 10 à 25 %) et la première détermination de l'enveloppe allouée aux missions d'intérêt général.

Les établissements de santé qui recevaient auparavant une dotation globale de fonctionnement reçoivent depuis le 1^{er} janvier 2005 plusieurs sources de financement :

– une part de financement à l'activité, qui finance les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) via la valorisation de groupes homogènes de séjours (GHS) retracés par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;

– une dotation annuelle complémentaire (DAC) qui finance forfaitairement de façon transitoire une partie de l'activité MCO et dont le montant doit progressivement diminuer pour s'annuler en 2012 ; en 2005, cette dotation est restée largement prépondérante puisqu'elle a représenté 75 % de l'activité MCO ; le taux qui sera appliqué en 2006 sera arrêté par le ministre en charge de la santé et de la sécurité sociale au plus tard 15 jours après la publication de la loi de financement sociale pour 2006 ;

– des forfaits annuels pour certaines activités MCO (urgences, prélèvements d'organes et transplantations de greffes de moelle osseuse) ;

– une dotation spécifique de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), qui finance les dépenses correspondant aux engagements des établissements de santé relatifs aux missions d'intérêt général dont la liste est fixée par le décret n° 2005-336 du 8 avril 2005 et aux activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques ;

– une dotation annuelle de financement (DAF), qui finance sous forme forfaitaire certains secteurs tels que les activités de psychiatrie, soins de suite et réadaptation, ainsi que les unités de soins longue durée (USLD).

b) Les cliniques privées sont entrées dans la réforme de la T2A depuis mars 2005

Pour le secteur des cliniques privées antérieurement sous objectif quantifié national (OQN), la mise en œuvre de la T2A est intervenue le 1^{er} mars 2005. Elle ne modifie pas substantiellement le financement des cliniques puisque leur financement reposait déjà sur la rémunération de l'activité.

Le financement à l'activité est total, pour chaque séjour, sur la base de tarifs nationaux. La période de transition et la gestion des effets revenus sont assurées par un coefficient de transition, par établissement, qui s'applique aux tarifs. Ce coefficient de transition évolue vers la valeur 1 qu'il atteindra en 2012 de façon à assurer l'harmonisation des tarifs nationaux.

L'application de la T2A en 2005 a été assortie d'un soutien par le biais d'avances consenties par la CNAMTS, avances secondairement récupérées sur les bordereaux de facturation présentés au remboursement.

2. La réforme de la gouvernance hospitalière est désormais en cours

Les difficultés propres aux conditions de « gouvernance » de l'hôpital sont en voie de résorption, qu'il s'agisse de difficultés se manifestant vis-à-vis des autorités extérieures, agences régionales d'hospitalisation (ARH) et administrations centrales de l'Etat ou de difficultés internes telles que la concurrence et l'imbrication des pouvoirs du conseil d'administration, du directeur d'hôpital, de la commission médicale d'établissement, des chefs de service, des

communautés universitaires, qui avaient conduit à évoquer un « *déficit d'autorité à l'hôpital* ». ⁽¹⁾

a) *La nouvelle gouvernance « externe » se met en place*

Les dispositions spécifiques aux hôpitaux de la loi du 13 août 2004 et notamment celle relative au conseil de l'hospitalisation (article 45), aux missions régionales de santé (article 67) et à la création à titre expérimental d'agences régionales de santé (article 68) entrent progressivement en vigueur.

• *Le conseil de l'hospitalisation*

Le conseil « *contribue à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ainsi qu'à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation* » (article L. 162-21-2 du code de la santé publique). Depuis sa mise en place effective le 15 décembre 2004, le conseil de l'hospitalisation s'est déjà réuni à 21 reprises et a rendu 35 recommandations et avis portant sur des thèmes aussi importants que la mise en place du cadre réglementaire de la tarification des établissements de santé, la mise en place et l'exécution de la campagne budgétaire et tarifaire du secteur hospitalier ou l'impact financier des normes de sécurité sanitaires par exemple. Cette instance devrait faciliter une plus grande coordination entre la médecine ambulatoire et l'hospitalisation.

• *Les missions régionales de santé*

L'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale dispose que, dans chaque région, « *une mission régionale de santé constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions* ». Ces missions régionales de santé, dont les directeurs, choisis à part égale parmi les directeurs d'ARH et les directeurs d'URCAM ont été nommés le 31 janvier 2005, s'inscrivent dans une démarche pragmatique de gestion intégrée des missions conjointes des ARH et des URCAM. Leurs compétences en matière de répartition territoriale des professionnels de santé les conduisent à assurer une équité de traitement sur l'ensemble du territoire tandis que leur responsabilité en matière de permanence des soins leur confère une place de choix en terme d'efficience économiques des dispositifs de garde et d'astreintes, notamment pour limiter le recours injustifié aux urgences hospitalières et améliorer les relations ville-hôpital. Enfin, elles jouent un rôle non négligeable en matière de gestion du risque dans les domaines communs aux soins ambulatoires et hospitaliers et de développement des bonnes pratiques.

(1) Rapport d'information n° 714 de la mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, présenté en mars 2003 par M. René Couanau, député.

• *L'expérimentation des agences régionales de santé*

L'article 68 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ouvre aux régions la possibilité, sur la base du volontariat, de mener pendant une durée de quatre ans une expérimentation de meilleure coordination et continuité des soins en créant une agence régionale de santé (ARS) qui sera chargée des compétences aujourd'hui dévolues à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et à l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). Il s'agit de réunir le champ hospitalier et le champ ambulatoire sous une autorité unique de pilotage régional afin de contribuer au décloisonnement ville – hôpital, gage d'une optimisation à la fois de la qualité des soins et des dépenses qui y sont liées.

Si les missions régionales de santé (MRS), mises en place au début de l'année 2005 constituent une première étape vers la création d'ARS, le dispositif expérimental n'est pas encore arrêté mais est en cours de définition en lien étroit avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. A l'issue de cette phase de concertation, un projet de décret fixant les modalités de constitution des ARS expérimentales sera transmis au Conseil d'État.

b) La réforme de l'organisation interne de l'hôpital est en cours

La situation de rigidité et de cloisonnement interne de l'hôpital public imposait une évolution de sa gouvernance. L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé et le décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé réforme marque une évolution qui permet de rénover la gestion interne de l'hôpital en lui donnant plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité.

Avec cette nouvelle gouvernance, la répartition interne des pouvoirs au sein des hôpitaux est clarifiée. L'ordonnance recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques de définition des orientations stratégiques, d'évaluation et de contrôle de leur mise en œuvre. Elle confirme le directeur dans ses responsabilités de gestionnaire de l'établissement et s'emploie à mieux associer les praticiens à la gestion et à la mise en œuvre des orientations fondamentales de l'établissement par : la création d'un conseil exécutif (instance composée à parité de médecins et de responsables administratifs et présidée par le directeur de l'hôpital) ; l'institution de pôles d'activité (unités de taille suffisante pour être dotées d'autonomie et de responsabilité, qui doivent contribuer à la déconcentration de la gestion et s'engager dans une démarche de contractualisation interne) ; la révision des compétences des principales instances.

Au total, la mise en œuvre de ces réformes structurelles profondes des modes de tarification et de gouvernance des hôpitaux va induire de profondes modifications dans le fonctionnement des hôpitaux et représente ainsi un défi considérable qu'il convient de poursuivre afin d'en engranger tous les bénéfices

qu'on peut en attendre à terme, même si certaines modifications sont encore trop récentes pour permettre d'avoir le recul nécessaire à leur évaluation.

C. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006 ACCOMPAGNE ET RENFORCE LES EFFORTS DE MODERNISATION DE L'HÔPITAL

1. La tarification à l'activité est aménagée

La T2A n'est pas à proprement parler un outil de maîtrise des budgets hospitaliers mais plutôt un instrument visant à donner aux différents acteurs une visibilité tarifaire. La question de la maîtrise globale des dépenses est d'autant plus cruciale que la T2A ne génère pas d'économies *a priori* (fondée sur des tarifs moyens, elle opère uniquement une redistribution à enveloppe constante) et n'est pas dénuée de risques inflationnistes (surcodage, course à l'activité, compensation des déficits des établissements « perdants », rapprochement des tarifs du privé vers ceux du public).

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2006 comporte plusieurs aménagements de la T2A. En effet, l'article 30 du projet de loi de financement de la sécurité sociale permet:

- d'améliorer et d'assouplir le dispositif de transition pour les cliniques privées afin de donner une plus grande liberté dans la montée en charge aux régions qui pourraient converger plus vite vers le tarif unique ;

- d'aménager les conditions de mise en œuvre progressive de la réforme de la tarification à l'activité dans le secteur des établissements antérieurement sous dotation globale en introduisant une nouvelle dérogation à la règle de la montée en charge progressive de la T2A dans ce secteur pour favoriser des modes de prise en charge alternatif, tels que l'hospitalisation à domicile qui présente l'avantage d'être plus confortable pour le patient et de l'exposer moins aux risques d'infections nosocomiales ;

- d'adapter le calendrier de la convergence tarifaire entre le secteur public et le secteur privé en supprimant l'échéance intermédiaire de 2008 où l'objectif de convergence des tarifs public-privé devait être atteint à 50 %, de manière à se donner le temps de disposer d'outils incontestés pour s'assurer des conditions de la convergence, sans toutefois remettre en cause le principe de la convergence tarifaire.

Sur ce dernier point, il appartiendra au Parlement de décider si la suppression de l'échéance de 2008 est de nature à favoriser la réussite de la réforme de la tarification à l'activité ou, au contraire, risque de la compromettre dangereusement en remettant en cause la crédibilité même de la convergence comme l'a défendu devant le rapporteur la Fédération hospitalière privée (FHP) lors de son audition.

2. La relance de l'investissement est poursuivie

L'année 2006 consacre la quatrième année de relance de l'investissement hospitalier engagée et accompagnée par la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH).

Le plan « Hôpital 2007 » comportait dans son volet investissement un objectif d'augmentation du niveau d'investissement hospitalier de 30 à 50 % sur la période 2003-2007. Concernant l'ensemble des établissements de santé, publics et privés participant ou non au service public hospitalier, les opérations réalisées contribuent à la restructuration de l'offre de soins et facilitent la mise en œuvre de programmes nationaux de santé publique comme la lutte contre le cancer, le plan urgences et le plan périnatalité.

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 ainsi que la loi de santé n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique modifiant le code de la santé publique et le code général des collectivités territoriales ont déjà permis aux établissements de santé de recourir à de nouveaux outils juridiques pour leurs opérations d'investissement en levant certaines contraintes du droit de la domanialité publique et du droit de la maîtrise d'ouvrage. Certains de ces instruments de réalisation des investissements sont déjà mis en œuvre. Selon une première évaluation de la mission d'aide à l'investissement hospitalier, huit premiers baux emphytéotiques hospitaliers étaient déjà signés au 20 août 2005. La procédure du marché global, dont la principale déclinaison est le marché de conception-réalisation, semble également avoir séduit le monde hospitalier, puisque d'après les informations communiquées au rapporteur par le ministère de la santé, près de quarante projet de taille moyenne (de 5 à 10 millions d'euros) ont été lancés tandis qu'une douzaine d'autres opérations importantes, représentant environ 600 millions d'euros étaient engagées, dont quatre déjà en chantier.

D'après une évaluation faite au premier trimestre 2005, il apparaît que les dépenses d'investissements réalisés dans le cadre des opérations « Hôpital 2007 », pour les années 2003 et 2004 s'élèvent à 2,262 milliards d'euros, ce qui correspond à 23 % du montant total prévu pour la réalisation totale du plan.

Le soutien financier attribué depuis le lancement du plan « Hôpital 2007 » pour les années 2003 et 2004 s'élève sous forme de subventions en capital du Fonds de modernisation des établissement de santé publics et privés (FMESPP) à 0,601 milliard d'euros et 0,162 milliard d'euros en aides au fonctionnement correspondant à la couverture des charges générées par un montant d'emprunts d'environ 1,8 milliard.

L'article 40 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 fixe à 327 millions d'euros la dotation du FMESPP, dont 100 millions contribueront à financer le volet investissement du plan « Hôpital 2007 ». Afin d'alléger la charge de l'assurance maladie, une partie des subventions d'investissement sera remplacée en 2006 par des aides en fonctionnement permettant de prendre en charge les surcoûts liés au recours accru à l'emprunt.

3. La médecine hospitalière doit relever le défi de la maîtrise médicalisée des prescriptions.

Les prescriptions délivrées par les médecins hospitaliers ayant un impact financier croissant sur les dépenses d'assurance maladie, les établissements de santé doivent impérativement s'engager dans la maîtrise médicalisée des prescriptions. Les contrats de bon usage des médicaments ou les accords d'amélioration des pratiques hospitalières sont autant d'outils pour y parvenir.

a) Les contrats de bon usage devraient se développer

Dans le cadre de la tarification à l'activité, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que les médicaments et les dispositifs médicaux onéreux financés en sus des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) continueraient à être remboursés à 100 % aux établissements à condition que ceux-ci respectent un contrat de bon usage.

Ces contrats de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale doivent être négociés entre les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) avant le 1^{er} janvier 2006.

La parution récente au Journal officiel du 26 août 2005 du décret d'application n° 2005-1023 relatif au contrat de bon usage, accompagné en annexe d'un contrat-type, devrait permettre, s'agissant des prescriptions internes à l'hôpital, le développement de ce type de contrat et limiter par là même les prescriptions des médicaments et des dispositifs médicaux les plus coûteux, facturés en sus des tarifs.

Parallèlement, l'article 28 du projet de loi complète, pour l'ensemble des établissements de santé soumis à T2A, le mécanisme de régulation des dépenses relatives aux médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour mis en place en 2004 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et la loi relative à l'assurance maladie. Il donne une base juridique à un nouveau système de régulation qui n'applique pas de baisse tarifaire mais met en place un système de versement par les entreprises sous forme de remise à l'assurance maladie, système qui existait d'ailleurs déjà sur le marché de ville.

b) Un premier accord de bonnes pratiques professionnelles a déjà été signé

L'article 13 de la loi du 13 août 2004 prévoit la possibilité d'accords-cadres 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. Des accords peuvent également être conclus sur les mêmes sujets, à l'échelon local, par l'agence régionale de l'hospitalisation et un établissement de santé. Le ministre de la santé avait souhaité, le 18 novembre 2004, que le bon

usage des antibiotiques en établissement de santé fasse l'objet du premier accord cadre d'amélioration des pratiques hospitalières.

Ce premier accord cadre dont la signature est intervenue récemment vise à promouvoir le bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé, à améliorer la qualité de prescription et à préserver leur efficacité et se fonde sur le référentiel d'accréditation approuvé par la Haute autorité de santé. Il fixe un objectif national en volume de diminution de 10 % en trois ans de la consommation d'antibiotiques au sein des établissements de santé.

La diminution de consommation des antibiotiques devrait permettre de maîtriser les résistances bactériennes aux antibiotiques et de générer ainsi des économies pour l'assurance maladie autres que les seules économies mesurables liées à la baisse de consommation des antibiotiques prescrits en établissements et délivrés en ville.

D'autres accords-cadres devraient suivre et porter notamment sur le bon usage des statines (médicaments destinés à réduire le taux de cholestérol) en prévention primaire (deux réunions ont déjà eu lieu avec les fédérations d'établissements sur ce thème) et sur les transports sanitaires dont la Cour des comptes a rappelé que les dépenses croissaient à des rythmes élevés (un référentiel médicalisé de prescription sera établi d'ici la fin de l'année par l'Assurance maladie, les représentants des médecins et des transporteurs sanitaires dont les règles s'appliqueront aux prescripteurs hospitaliers). Les thèmes devront être définis dans un souci de cohérence avec les thèmes retenus pour la convention médicale.

Ces accords cadres permettent à la fois d'améliorer les pratiques et de réaliser des économies d'échelle par l'assurance maladie. Il s'agit donc d'un mode de régulation alliant qualité et économie, qui favorise une véritable implication des praticiens dans la maîtrise des dépenses des établissements de santé et qui doit être encouragé à ce titre.

4. Le secteur hospitalier doit devenir moins opaque et continuer à se restructurer

a) La transparence doit être améliorée dans le secteur hospitalier

Plus d'un an après l'audition par la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie, en avril 2004, de M. Bertrand Fragonard, président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, qui avait utilisé l'expression de « boîte noire » pour désigner l'évaluation des résultats des dépenses hospitalières, une certaine opacité semble toujours être de mise dans le secteur hospitalier.

Dans le rapport de juillet 2005 de ce même Haut conseil, il est toutefois précisé qu'« *il s'agit plus d'une opacité dans l'exploitation des données que d'une absence réelle d'information. Il existe en effet une base nationale (PMSI) pour la médecine, la chirurgie, l'obstétrique qui permet de connaître dans le détail,*

hôpital par hôpital et pour chaque séjour, l'activité, l'âge des patients, les durées d'hospitalisation, les diagnostics, etc.... De même les ressources humaines des établissements hospitaliers (personnels, qualification, répartition, productivité globale, etc.) sont répertoriées par la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Mais l'ensemble de ces informations n'est pas assez utilisé comme outil d'analyse médico-économique dans la gestion interne des établissements, ni mis en débat au plan national ».

Il est d'autant plus urgent de mettre fin à cette situation que, dans le contexte de montée en charge de la tarification à l'activité, une quantification rigoureuse et indiscutable des écarts de coûts entre le secteur hospitalier public et le secteur hospitalier privé est plus que jamais nécessaire.

A cet égard, le rapporteur se félicite que le Haut conseil ait pris la décision d'approfondir ses analyses sur le champ de l'hospitalisation dans le cadre de son programme de travail 2005-2006. Venant s'ajouter aux programmes prévisionnels de la Cour des comptes et de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur la T2A et à l'étude nationale de coût public-privé dont les résultats devraient être connus à l'automne 2007, ces travaux devraient contribuer à résorber la trop grande opacité qui règne encore dans le secteur hospitalier.

b) L'accélération des restructurations hospitalières doit être recherchée

L'organisation de l'offre de soins n'apparaît pas optimale et les restructurations initiées dans le début des années 1990 restent largement inachevées. Or ces restructurations sont nécessaires pour assurer un meilleur emploi des fonds publics.

Outre l'aspect financier, la sécurité sanitaire est aussi en question. En deçà d'un certain nombre d'interventions annuelles, il est ainsi prouvé qu'un chirurgien perd ses capacités techniques et peut devenir moins performant, voire dangereux.

C'est pourquoi le Conseil national de la chirurgie (CNC), mis en place par le ministre de la santé le 17 juin 2004, a par exemple récemment recommandé la fermeture des services de chirurgie dans les établissements qui n'ont pas atteint un seuil critique d'activité et un niveau de qualité suffisants, en dehors de situation géographiques exceptionnelles liées à une justification sanitaire. Cela peut par exemple conduire à une reconversion des lits de chirurgie en lits de soins de suite et lits pour personnes âgées. Ces restructurations doivent se faire sur la base de complémentarité, quels que soit le statut des structures. C'est d'ailleurs tout l'enjeu des territoires de santé, en lien avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III).

La nécessité d'une dépense sociale efficiente et les impératifs de sécurité sanitaires doivent impérativement conduire le gouvernement à continuer cet effort de restructuration hospitalière et les élus à l'accompagner.

IV.- UNE URGENCE : L'ACCÉLÉRATION DU PLAN MÉDICAMENT

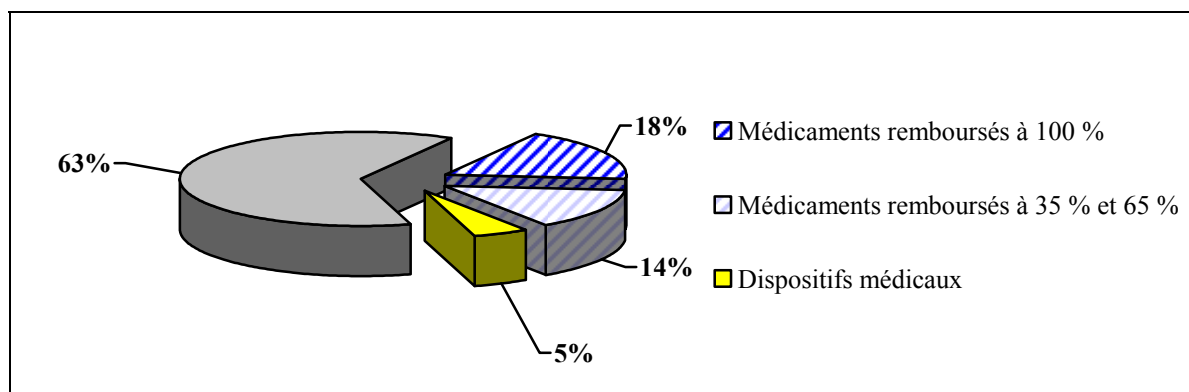
La politique du médicament, fondée notamment sur le développement des génériques, constitue un axe majeur du plan de redressement de l'assurance maladie, auquel il doit contribuer à hauteur de 2,3 milliards d'ici 2007. Face à la croissance persistante de ces dépenses, qui ont représenté près de 9 milliards d'euros en 2004 pour le régime général, l'accélération du plan médicament ne saurait donc souffrir aucun retard.

A. L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES EST PARTIELLEMENT DÉCEVANTE

1. Malgré une légère inflexion en 2005, la croissance des dépenses reste aujourd'hui trop élevée

Selon le rapport de la Cour des comptes précité de septembre dernier, les dépenses de médicaments ont augmenté de 6,4 % en 2004, après 4,3 % en 2003. De surcroît, leur contribution à la croissance des soins de ville s'est élevée à plus de 47 % – dont la quasi-totalité au titre des médicaments remboursables à 100 % – alors que leur proportion au sein de ces dépenses est plus limitée, comme l'indique le graphique suivant.

Part des produits de santé au sein des dépenses de ville (régime général) en 2004



Source : Graphique réalisé d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale

Cette accélération des dépenses est, au surplus, d'autant plus inquiétante que qu'elle s'est produite alors même que l'année 2004 a été marquée par la faiblesse des épisodes épidémiques, qu'un produit important été retiré du marché (Vioxx®), que le développement des génériques a été significatif et, enfin, que peu de médicaments nouveaux à fort potentiel ont émergé sur la période récente.

Pour 2005, les dernières prévisions laissent envisager un ralentissement de la progression de la consommation de médicaments, qui pourrait être de l'ordre de 3,5 à 4 %, malgré l'épidémie de grippe en début d'année. Cette évolution reste cependant en deçà des objectifs fixés pour 2005, soit environ 2,5 %. Quant aux

dispositifs médicaux, ceux-ci poursuivent une croissance très vive de l'ordre de 8 % en 2005, contre 11,1 % en 2004.

2. La dynamique conventionnelle en matière de maîtrise médicalisée des prescriptions tarde à produire ses effets

Alors que près de 300 millions d'euros d'économies étaient attendues des engagements conclus dans le cadre de la convention médicale du 12 janvier dernier, précédemment évoquée, l'infléchissement des prescriptions d'antibiotiques, de statines et de psychotropes (anxiolytiques et hypnotiques) demeure inférieur aux objectifs, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Suivi des objectifs d'infléchissement de prescription de médicaments

	Objectif	Évolution du nombre de boîtes vendues*	Évolution du montant remboursé*
Psychotropes	-10 %	-0,5 %	-3,2 %
Statines	-1,50 %	8,2 %	5,2 %
Antibiotiques	-10 %	1,7 %	4 %

* Ces évolutions correspondent aux évolutions constatées corrigées du nombre de jours ouvrés, entre janvier-juillet 2004 et janvier-juillet 2005

Source : CNAMTS, Commission de suivi des dépenses de santé du 27 septembre 2005

B. DEUX FACTEURS MAJEURS SONT À L'ORIGINE DE CETTE ÉVOLUTION

1. La structure de consommation est déformée au profit des médicaments les plus coûteux

En 2004, il est à noter que pour la première fois depuis de nombreuses années, l'effet prix (évolution du prix unitaire des boîtes de médicaments par rapport à l'année précédente) et l'effet boîtes (l'évolution en volume) ont été simultanément négatifs. La croissance des ventes en ville a donc été exclusivement imputable au glissement de la consommation vers les produits plus coûteux, encore appelé effet structure.

Or il semble que la seule arrivée sur le marché de produits nouveaux au prix élevé – ce qui serait d'ailleurs tout à fait acceptable dès lors qu'ils apportent une réelle amélioration du service médical rendu – ne suffise pas à rendre entièrement compte du report observé sur ces médicaments. Le Comité économique des produits de santé (CEPS) note d'ailleurs que le maintien de ce niveau élevé des ventes de médicaments « *provient vraisemblablement (...) de l'intensification très forte de la promotion des médicaments les plus coûteux, encore protégés par un brevet* ». Des marges d'économies doivent dès lors être recherchées sur ce poste.

Évolution de la consommation de médicaments (données brutes)

Année	Ensemble du marché des médicaments				Médicaments remboursables			
	CAHT		Unités		CAHT		Unités	
	en Mns d'euros	taux de croissance	en Mns	taux de croissance	en Mns d'euros	taux de croissance	en Mns	taux de croissance
2004	18 173	5,99 %	3 048	- 1,00 %	16 823	6,20 %	2 724	- 1,14 %
2003	17 146	6,20 %	3 079	0,80 %	15 842	6,10 %	2 756	0,60 %
2002	16 146	4,10 %	3 055	0,30 %	14 935	4,00 %	2 739	0,30 %
2001	15 507	7,00 %	3 046	1,10 %	14 355	7,40 %	2 731	1,40 %
2000	14 498	8,40 %	3 015	2,20 %	13 366	9,30 %	2 694	3,10 %
1999	13 371	11,10 %	2 949	7,70 %	12 233	6,70 %	2 612	1,90 %
1998	12 039	n.d.	2 738	n.d.	11 468	n.d.	2 562	n.d.

Source : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS)

2. Dotés d'un potentiel de développement important, les génériques marquent pourtant le pas

Depuis plusieurs années, la part du médicament générique dans l'ensemble des produits remboursables, est en constante augmentation. Leur essor a permis de réaliser 380 millions d'euros d'économies en 2004 ⁽¹⁾.

Évolution de la part des médicaments génériques depuis 2000 (régime général)

	2000	2001	2002	2003	2004	janv-05
Médicaments génériques / Total des médicaments remboursables en volume (nombre de boîtes)	5,4%	6,7%	8,4%	10,4%	13%	14,3%
Médicaments génériques / Total des médicaments remboursables en valeur (dépenses remboursables)	3%	3,5%	4,6%	5,7%	7%	8,1%
Médicaments génériques / Total des médicaments du répertoire en valeur (dépenses remboursables)	15,9%	20,4%	29,4%	43,3%	46%	47,9%
Médicaments génériques / Total des médicaments du répertoire en volume (nombre de boîtes)	24%	30%	38,7%	51,8%	56,8%	58,9%

Source : CNAMTS, Point d'information mensuel, 12 mai 2005

Aujourd'hui, la proportion des médicaments génériques en volume par rapport aux médicaments inscrits au répertoire ⁽²⁾ – c'est-à-dire le marché « généricable » – représentait près de 60 % en janvier 2005, contre seulement 24 % en 2000 ⁽³⁾. Ce chiffre n'a toutefois que faiblement augmenté depuis lors. Pourtant, quand un assuré, un médecin ou un pharmacien n'optent pas pour un générique, le surcoût pour l'assurance est de l'ordre de 40 à 50 %. Selon une étude

(1) Source : Rapport de la CNAMTS, « L'assurance maladie : chiffres et repères », janvier 2005.

(2) Le répertoire, géré par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), correspond à la liste des médicaments qui disposent d'un générique. Il est à noter que les médicaments deviennent « généricables » quand le brevet d'exploitation du laboratoire pharmaceutique qui l'a découvert arrive à expiration.

(3) Source : CNAMTS, Point d'information mensuel, 12 mai 2005.

réalisée par la CNAMTS en mai 2005⁽¹⁾, le comportement de prescription de chaque omnipraticien a induit, en janvier 2005, une économie moyenne de 770 euros en base de remboursement. Or ce chiffre aurait pu être majoré de 555 euros si le générique avait été utilisé à chaque fois qu'il était possible de le faire. Ainsi, selon le directeur de l'UNCAM, M. Frédéric van Roekeghem, « *l'utilisation systématique du générique pourrait produire 300 millions d'euros d'économies supplémentaires par an* ».

En définitive, malgré l'importance des réformes intervenues depuis l'année dernière, à travers notamment l'institution de la Haute autorité de santé ou encore le renforcement du rôle du CEPS, la mise en œuvre du plan médicament accumule un retard, qu'il est aujourd'hui essentiel de combler.

Objectifs et état d'avancement du plan médicament en juin 2005

(en milliards d'euros)

	Etat d'avancement 2005	Objectifs 2007
Politique du générique	0,2	1,1
Baisse des prix selon le cycle de vie des produits	0,2	0,4
Gestion des tarifs des dispositifs médicaux	0,1	0,3
Médicament à l'hôpital (rétrocession et application de la tarification à l'activité)	0,1	0,1
Politique de baisse de prix autre que générique (sous-total)	0,3	0,8
Conditionnements	0,1	0,2
Adaptation des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant	0	0,3
Adaptation de la prise en charge (sous-total)	0,1	0,4
TOTAL	0,6	2,3

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2005)

C. LE PLAN MÉDICAMENT DOIT DONC ÊTRE RENFORCÉ

1. Par une politique de prix plus ambitieuse

a) La dégressivité accrue des prix des médicaments sous brevet

S'il est tout à fait normal de rémunérer justement la recherche et le développement, il est également légitime de baisser le prix d'un médicament passé un certain de temps de commercialisation, permettant d'amortir le coût des investissements ou encore de le produire à un meilleur coût. Il n'y a aucune raison en effet pour que les prix demeurent les mêmes pendant tout le cycle de vie des

(1) Etude réalisée par la CNAMTS, point d'information mensuel, 12 mai 2005, « Médicaments génériques : un enjeu essentiel pour la maîtrise des dépenses de santé ».

produits, contrairement à ce qui peut être observé sur d'autres marchés. Or en 2003 par exemple, aucune baisse de prix n'a été décidée par le CEPS ainsi que le déplorait la Cour des comptes⁽¹⁾.

Le CEPS, dont les prérogatives ont été substantiellement accrues par la loi du 13 août 2004, a donc engagé dès 2004 des premières discussions avec les entreprises pharmaceutiques afin de définir avec elles un calendrier de baisse des prix de certains de leurs produits brevetés. Certaines de ces baisses sont devenues effectives dès le second semestre 2005 et il est aujourd'hui très probable qu'au terme de l'année 2007, l'objectif visé de 350 millions d'euros d'économies sera atteint. S'agissant plus particulièrement de la rétrocession et du médicament à l'hôpital, le système conventionnel avec le CEPS sera enfin consolidé (*cf. infra*, partie IV du présent rapport).

b) L'extension des tarifs forfaitaires de responsabilité et la baisse des prix du répertoire du générique

La loi réformant l'assurance maladie confie désormais au CEPS la responsabilité de la fixation des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR), qui consistent à rembourser les médicaments, qu'ils soient *princeps* ou génériques, sur la base du prix des génériques. Après celle intervenue en octobre 2003, une deuxième vague de TFR a été mise en œuvre en mars 2005 selon les instructions ministérielles suivantes :

– le prix des médicaments génériques déjà sur le marché sera réduit de 7,5 % pour ceux dont la part de marché est supérieure à 60 %, et de 7,5 % de plus lorsque cette part de marché atteindra 70 % ;

– le TFR sera appliqué dans les nouveaux groupes génériques si le taux de pénétration des génériques en volume n'atteint pas 50 % pour les produits les moins vendus voire 60 % pour les molécules à fort chiffre d'affaires un an après leur inscription au répertoire. Le TFR pourra aussi s'appliquer dans les groupes dans lesquels les génériques ne progressent plus après deux ou trois ans.

Prise en accord avec le comité de suivi des médicaments génériques, placé auprès du CEPS et constitué des professionnels de santé concernés afin de gérer le périmètre de l'application du TFR, la seconde vague de TFR, entrée en vigueur en juin 2005, a concerné 11 molécules nouvelles pour 18 groupes génériques. Elle devrait rapporter 40 à 50 millions d'euros en année pleine.

Le taux de pénétration des génériques a toutefois du mal à franchir la barre des 60 %. C'est pourquoi le gouvernement a annoncé une baisse de 13 % des prix des médicaments du répertoire du générique ainsi que la poursuite de l'incitation à la substitution, avec une date butoir de 24 mois pour le remboursement sur le prix

(1) Rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale (septembre 2004)

des génériques pour l'assurance maladie. L'ensemble de ces mesures devrait engendrer une économie supplémentaire pour 2006 de près de 700 millions d'euros. Le rapporteur souligne néanmoins l'importance de poursuivre, dans le même temps, la promotion de la prescription en dénomination commune internationale (DCI) ainsi que l'encouragement des pharmaciens à la substitution des génériques aux *princeps*. Cet encouragement est assuré par une rémunération de la substitution incitative, assise à la fois sur une marge du générique, alignée sur celle des *princeps*, et sur des remises fixées à 10,74 % pour les génériques au lieu de 2,5 % pour les princeps.

2. Par une redéfinition des priorités de la prise en charge collective fondée sur la qualité des soins

a) Les médicaments dont le service médical rendu a été jugé insuffisant

En 2003, le montant total des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant présentés au remboursement a été estimé à 1,1 milliard d'euros, soit 4,9 % du montant total des médicaments présentés au remboursement. La part du coût de ces médicaments prise en charge par l'assurance maladie s'élève aujourd'hui à près de 42 %. Cette proportion est supérieure à 35 % car une partie de ces médicaments est remboursée à 100 % dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

Au terme d'une expertise médicale approfondie, la Haute autorité de santé a recommandé, le 15 septembre dernier, de supprimer de la liste des produits remboursables 221 médicaments au SMR insuffisant, qui sont actuellement remboursés au taux de 35 %. Il s'agit principalement de veinotoniques – lesquels ont d'ailleurs été déremboursés en Allemagne, en Espagne ou encore en Italie – d'expectorants et d'antidiarrhéiques.

Parce qu'elle participe d'une politique d'adaptation permanente de la prise en charge collective des soins fondée sur la qualité, seule à même de permettre l'inscription régulière au remboursement de nouveaux médicaments plus efficaces, le gouvernement a annoncé que 156 médicaments seraient déremboursés à partir de mars prochain. S'agissant des 62 médicaments appartenant à la classe des veinotoniques, leur prise en charge par la sécurité sociale sera ramenée temporairement à 15 % jusqu'au début de 2008. Les assurances complémentaires seront libres de prendre en charge ou non ces traitements au-delà du taux de 15 %.

b) La mise en place de nouveaux conditionnements

Dans le cadre de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, le gouvernement a souhaité prendre des mesures afin de mieux adapter les boîtes de médicaments à la durée de la posologie des traitements prescrits et lutter contre les gaspillages. Le décret n° 2004-1367 du 16 décembre 2004 prévoit ainsi la possibilité de délivrer des médicaments pour un période de trois mois pour

les traitements des affections de longue durée. Ces conditionnements sont ainsi davantage en adéquation avec les besoins de malades, tout en améliorant l'observance des traitements.

Après l'examen et l'avis positif de la commission de la transparence de la Haute Autorité, l'ensemble des dispositions nécessaires pour lancer sur le marché ces nouveaux conditionnements de trois mois sont à présent réunies. Ils concernent en priorité les traitements comme l'hypercholestérolémie, le diabète, l'hypertension et de l'ostéoporose. Cette mesure constitue une première étape, dans la mesure où il est également prévu d'étendre ces nouveaux conditionnements à des petites boîtes pour les traitements de courte durée.

c) La création de « consultations d'ordre médico-social »

Afin de lutter contre certaines prescriptions qui s'avèrent en définitive non médicalement justifiées, le rapporteur émet la proposition que les partenaires conventionnels engagent une réflexion sur l'opportunité d'inscrire à la nomenclature des actes une nouvelle catégorie de « consultation d'ordre médico-social ».

Lors de celle-ci, le professionnel de santé s'engagerait à consacrer davantage de temps à son patient afin de mieux comprendre les raisons, y compris d'ordre social ou psychique, qui conduisent son patient à recourir au système de soins. Faisant le cas échéant l'objet de modalités spécifiques de rémunération du professionnel de santé, cette consultation ne donnerait enfin lieu à aucune prescription.

V.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

A. LA NÉCESSITÉ DE LA PRÉVENTION

1. Les accidents du travail et les maladies professionnelles connaissent des évolutions divergentes

L'analyse des statistiques met en évidence une baisse tendancielle des accidents du travail et une croissance rapide des maladies professionnelles. Au-delà de ces chiffres, le phénomène de sous-déclaration et de sous-reconnaissance par les caisses d'assurance maladie des accidents du travail et des maladies professionnelles persiste et justifie un reversement forfaitaire annuel à la charge de la branche AT-MP afin de compenser les dépenses indûment supportées par la branche maladie.

a) Le nombre d'accidents du travail diminue globalement

L'accident du travail désigne « *quelle qu'en soit la cause, l'accident 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 ou chefs d'entreprise* » (article L. 411-1 du code de la sécurité sociale). Il se caractérise notamment par son lien avec le travail, sa soudaineté et l'existence d'une lésion corporelle.

Sous l'effet d'importantes évolutions structurelles de la population active, qui comporte notamment de moins en moins de salariés et de personnes travaillant dans les industries lourdes ou l'agriculture, le nombre d'accidents du travail déclarés et reconnus a fortement décliné au cours des trente dernières années. Il a ainsi diminué de plus d'un tiers entre 1970 et 2000. La baisse du nombre d'accidents du travail survenus en 2000, confirmée en 2001, 2002 et 2003 se poursuit encore en 2004.

D'après les statistiques technologiques des accidents du travail et des maladies professionnelles de l'année 2003 publié par la Caisse nationale de l'assurance maladie, les accidents du travail avec arrêt sont au nombre de 721 227 en baisse de - 5,1% par rapport à 2002.

La fréquence des accidents du travail avec arrêt diminue régulièrement. Ainsi, l'estimation de l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt passe de 43 accidents avec arrêt pour 1000 salariés en 2002 à 40,9 en 2003. Les données font apparaître une importante hétérogénéité sectorielle puisque l'indice de fréquence varie de 11,4 pour 1000 dans le secteur des activités de service (banques, assurances...) à près de 92 pour 1000 dans le secteur du BTP.

S'agissant des accidents graves, on dénombre 48 774 accidents ayant entraîné une incapacité permanente, en hausse de 3,8% et le nombre de décès s'établit à 661, en recul de - 3,6%.

b) Le nombre des maladies professionnelles reconnues augmente rapidement

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.

Le nombre de maladies reconnues et indemnisées à ce titre augmente régulièrement (34 642 en 2003 – dont 15 713 ont entraîné une incapacité permanente et 485 le décès – contre 31 461 en 2002). La hausse est due en grande partie à une meilleure reconnaissance des droits du salariés (inscription de nouvelles pathologies au tableau des maladies susceptibles d'être reconnues comme d'origine professionnelle et plus grande sensibilisation du corps médical à l'origine potentiellement professionnelle de certaines pathologies).

Les affections périarticulaires causées par certains gestes et postures de travail (23 672 en 2003 contre 13 104 en 2000) et celles provoquées par les poussières d'amiante (4 366 en 2003 contre 2 564 en 2000) constituent désormais les deux premières causes de reconnaissance des maladies professionnelles.

2. La gestion du risque requiert une politique cohérente édictée et appliquée par tous les acteurs

a) L'assurance maladie définit et met en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

Les orientations relatives à la politique de prévention et d'assurance des risques professionnels sont déterminées par la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT/MP) de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Des comités techniques nationaux et régionaux (CTN et CTR), composés également à part égale de représentants des employeurs et des salariés, assistent les partenaires sociaux pour la définition des actions de prévention dans les différents secteurs d'activité.

La politique de prévention est ensuite mise en oeuvre par la direction des risques professionnels (DRP) de la CNAMTS, les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS).

La branche « accidents du travail et maladies professionnelles » (AT-MP) de la CNAMTS a défini ses orientations à moyen terme dans le domaine de la prévention des risques professionnels pour la période 2004/2007. Quatre thèmes d'actions prioritaires au niveau national ont ainsi été identifiés :

- les cancers professionnels, car ils représentent un risque différé mal évalué et sont une priorité nationale de santé publique ;
- les troubles musculo-squelettiques, qui sont en progression constante ;
- le risque routier, qui constitue un risque important dans l'ensemble des secteurs d'activité ;
- l'offre de formation, qui doit être structurée et promue car elle constitue un levier fondamental de l'action de prévention.

b) Le gouvernement poursuit son programme ambitieux de prévention

Le plan santé au travail 2005-2009 a été présenté le 17 février 2005 et marque la volonté du gouvernement de faire de la santé au travail une priorité dans une logique de prévention. En application de ce plan, l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 vient de créer, par l'extension des compétences de l'agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) au domaine de la santé au travail, l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) qui doit fournir une expertise scientifique indépendante sur l'évaluation des risques en milieu professionnel.

Ce plan modernise également le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels qui constitue un élément central du système de reconnaissance de l'origine professionnelle des risques et lance plusieurs chantiers pour promouvoir la culture de prévention en entreprise en concertation étroite avec ses acteurs et les partenaires sociaux.

Le plan santé au travail constitue un plan d'action gouvernementale d'envergure qui engage toutes les ressources nécessaires à la réduction des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il fait suite à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, au plan national santé environnement, qui comporte des objectifs de réductions des expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), au plan national de lutte contre le cancer, qui fixe des objectifs en matière de connaissances des cancers professionnels, et au plan national de sécurité routière engagé depuis 2002, dont un important volet vise à réduire les accidents routiers du travail qui sont devenus la première cause d'accidents mortels du travail,

Parallèlement, la première convention tri-annuelle (2004-2006) d'objectif et de gestion (COG) propre à la branche qui était prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a été signée le 25 février 2005 par les ministres de la santé, du travail et des finances d'une part, le président de la CAT/MP et le directeur général de la CNAMTS d'autre part, avec effet au 1^{er} janvier 2004. Cette contractualisation entre l'Etat et les caisses nationales engage la branche AT-MP dans un programme d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers et impulse une nouvelle dynamique à la prévention.

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

1. Le déficit de la branche accidents du travail – maladies professionnelles se creuse en 2005

Equilibrée jusqu'en 2001, la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) dégage depuis 2002 un résultat déficitaire. Si le déficit s'était réduit en 2004 de plus de 60% (- 184 millions d'euros), il devrait, d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2005, se creuser en 2005 (- 534 millions d'euros de solde prévisionnel) pour atteindre un résultat proche du déficit atteint en 2003 (- 476 millions d'euros).

Parmi les charges de la branche AT-MP figure notamment le reversement annuel dû depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 par la branche à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et surtout des maladies professionnelles, dont le montant est fixé à 330 millions d'euros pour 2006 par l'article 50 du présent projet. Ce montant est identique à celui des trois années précédentes et se situe légèrement en deçà de l'évaluation effectuée en juin 2005 par la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale et présidée par M. Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes, qui retenait pour évaluer le coût réel pour la branche maladie de cette sous-déclaration une fourchette située entre 355 et 750 millions d'euros (hors IJ en ce qui concerne les maladies).

Les prévisions rectifiées des objectifs de dépense pour la branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées par l'article 51 du présent projet à 10,7 milliards d'euros, tandis que l'objectif initial prévu par la loi de financement pour 2005 s'élevait à 10,5 milliards.

2. Les fonds destinés à la prise en charge des victimes de l'amiante contribuent pour une part importante au déficit de la branche.

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 l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, dont la vocation est de permettre un départ anticipé en préretraite à certains salariés dont l'espérance de vie est potentiellement réduite par leur exposition à l'amiante ;

– le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin d'indemniser les victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante.

Les allocations servies par le FCAATA et le FIVA n'entrent pas dans le champ des prestations du régime général mais la branche AT-MP en est le

principal financeur et celles-ci pèsent de plus en plus lourdement sur l'équilibre de celle-ci, comme l'indique le tableau ci-après.

Le poids du financement des deux fonds destinés à la prise en charge des victimes de l'amiante continue de s'accroître tendanciellement.

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.

Les dotations de la branche AT-MP au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante sont ainsi passées de 103 millions d'euros en 2000 à 600 millions d'euros en 2004 et 800 millions d'euros en 2005. Le poids du financement de ces deux fonds pèse globalement sur la branche AT-MP qui supporte environ 90% des dépenses. Les financements que la branche AT-MP a consacrés au FCAATA sont depuis 2002, année d'apparition du déficit, en cumulé, supérieurs au déficit de la branche.

D'après le rapport du gouvernement au Parlement présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et pour les vingt années suivantes (2003), les besoins de financement devraient continuer de croître au cours des prochaines années.

Pour l'année 2006, l'article 49 du projet de loi propose en conséquence d'augmenter le montant de la contribution de la branche AT-MP au FIVA à 315 millions d'euros (contre 200 millions en 2004) et celle versée au FCAATA à 700 millions d'euros (contre 600 millions en 2005).

C. LA BRANCHE DOIT RÉPONDRE AUX ÉVOLUTIONS QUI IMPACTENT LA GESTION DU RISQUE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES

Comme le fait remarquer la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2005 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, « *la branche se trouve aujourd'hui devant un cumul de difficultés : croissance prévisible des dépenses dues à l'indemnisation des victimes de l'amiante et au progrès des connaissances sur l'origine professionnelle des maladies ; rénovation souhaitable de l'indemnisation des victimes pour la rapprocher du droit commun* ».

1. Il est nécessaire de réfléchir à une évolution des fonds amiante

Le FIVA indemnisant des victimes de pathologies de l'amiante contractées principalement dans le cadre d'une activité professionnelle, son financement par la branche AT-MP ne pose pas de problème de principe particulier. La sécurité sociale supporte 90 % de la charge de l'indemnisation des victimes, ce qui correspond grosso modo au poids de la fonction publique d'Etat dans la population active. Toutefois, cette prise en charge n'intègre pas ce qui est imputable à la responsabilité de l'Etat alors que le Conseil d'Etat par quatre décisions en date du 3 mars 2004 a jugé que l'Etat avait failli à sa mission de prévention des risques professionnels et commis une faute de nature à engager sa responsabilité. Il conviendrait donc de mieux différencier ce qui correspond à l'Etat employeur et ce qui incombe à la responsabilité générale des pouvoirs publics, ce qui n'est certes pas chose aisée.

S'agissant du FCAATA, le rapporteur a été alerté sur le fait que le dispositif actuel peut apparaître particulièrement inéquitable puisque le périmètre des salariés susceptibles d'en bénéficier exclut de son champ la quasi-totalité des fonctionnaires des trois fonctions publiques à l'exception de quelques fonctionnaires du ministère de la Défense. De plus, seuls 10 % des titulaires de l'ACAATA sont, d'après la Cour des comptes, atteints d'une maladie causée par l'amiante si bien que se pose la question du recentrage du FCAATA sur les victimes de pathologies déclarées. Contrairement au FIVA dont les dépenses concernent l'indemnisation de maladies principalement professionnelles, son financement peut apparaître comme une charge indue pour la branche AT-MP, d'autant plus qu'il semble être bien souvent un dispositif de gestion de l'emploi. Il convient de noter que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été chargée d'une mission sur le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) afin d'évaluer le dispositif et de proposer des pistes de réformes.

La Cour des comptes, dans un rapport remis en mars 2005 à la commission des affaires sociales du Sénat et qui a été publié, a ainsi proposé un recentrage des financements accidents du travail et maladies professionnelles sur les préretraites servies par le FCAATA aux seules victimes ayant développé une maladie. Dans cette hypothèse, il conviendrait de réfléchir à une extension du dispositif aux fonctionnaires victimes d'une pathologie professionnelle reconnue dont le rapport du gouvernement au Parlement présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et pour les vingt années suivantes (2003) a souligné le faible nombre. La situation des personnes ayant été exposées à l'amiante dans leur travail, mais n'ayant pas développé de pathologie devrait être, par exemple, examinée dans le cadre des travaux de mise en œuvre de la loi portant réforme des retraites sur la prise en compte de la pénibilité dans les conditions de départ à la retraite.

Enfin, le dispositif de prise en charge des victimes de l'amiante n'incite que faiblement à investir dans la prévention. Les employeurs qui sont à l'origine

de la contamination des victimes ne semblent pas contribuer à la hauteur de leur implication réelle. La Cour souligne ainsi qu'« *une prise en charge des dépenses résultant de l'exposition à des risques professionnels reposant principalement sur la collectivité n'est pas de nature à encourager les entreprises à mettre en œuvre des politiques ambitieuses de prévention* ». Il convient toutefois de noter que l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a introduit une nouvelle contribution des entreprises au financement des fonds de l'amiante qui va dans le sens de d'une responsabilisation des entreprises à l'origine des dépenses de l'ACAATA, mais qu'aucune évaluation de son rendement n'est encore possible.

2. La réflexion sur les modalités de réparation et sur l'avenir de la branche doit être poursuivie

Par l'article 54 de la loi du 13 août 2004, le Parlement a invité les partenaires sociaux (organisations professionnelles d'employeurs et organisations syndicales de salariés représentatives) à émettre des propositions pour une réforme de la branche, qui devrait notamment passer par une évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cette invitation a depuis été rappelée par le ministre chargée de la sécurité sociale en janvier et avril 2005.

Les circonstances politiques et médiatiques ont conduit à ce que des règles d'indemnisation prévoyant le principe de la réparation intégrale soient fixées pour les victimes de l'amiante alors que les autres victimes d'accidents de travail ou de maladies professionnelles doivent se contenter de l'indemnisation forfaitaire traditionnellement versée par la branche AT-MP de la sécurité sociale.

Dès lors, ce régime particulier d'indemnisation des victimes de l'amiante ne plaide-t-il pas pour une réparation intégrale des préjudices causés par les accidents du travail ou des maladies professionnelles ? Le groupe de travail présidé par M. Michel Laroque (mars 2004), inspecteur général des affaires sociales, a cependant mis en évidence le coût élevé d'une telle réforme globale, de l'ordre de 3 milliards d'euros pour le seul régime général.

Il n'est pas évident que la collectivité soit prête à assumer un tel effort pour assurer une meilleure indemnisation des risques professionnels. Quoiqu'il en soit, le passage à une réparation intégrale remettrait en cause le compromis passé entre employeurs et salariés au moment de la création du régime d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles en 1898 qui associe réparation forfaitaire, présomption d'imputabilité et immunité civile de l'employeur, sauf faute inexcusable. Il requièrerait donc l'approbation des partenaires sociaux.

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

La commission a examiné les articles relatifs à la branche assurance maladie et accidents du travail, sur le rapport de **M. Jacques Domergue**, au cours de ses séances des mardi 18 octobre et mercredi 19 octobre 2005.

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2004

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

Contribution pour 2005 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave

Cet article a pour objet de fixer à 176 millions d'euros pour 2005 le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours destiné à pourvoir à l'achat, à la livraison et au stockage de produits nécessaires en cas de menace sanitaire grave.

• La menace du bioterrorisme a conduit à la création en décembre 2001 d'un fonds de concours financé par l'assurance maladie

Afin de faire face à l'éventualité d'actes de terrorisme utilisant des substances biologiques, un ensemble de mesures, dénommé « plan Biotox », a été présenté par les pouvoirs publics en septembre 2001. Ce plan comporte quatre axes d'action : la prévention, la surveillance, l'alerte et l'intervention en cas de crise. Il permet également de définir précisément le rôle de chacune des administrations concernées.

Selon la nature des opérations, son financement 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 ⁽¹⁾, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ⁽²⁾.

(1) Par dérogation au principe d'universalité budgétaire (non affectation des recettes à des dépenses), les fonds de concours appartiennent aux procédures particulières, définies par l'article 17 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, permettant d'assurer une affectation au sein du budget général, annexe ou d'un compte spécial. Ils sont constitués notamment par des fonds à caractère non fiscal versés par des personnes morales ou physiques pour concourir à des dépenses d'intérêt public.

(2) Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 42).

Ce dernier a pour vocation à pourvoir à « *l'achat, au stockage et à la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou aux traitements d'un grand nombre de personnes exposées à un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d'un acte terroriste* », ainsi que le précisait l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ⁽¹⁾, dans sa rédaction antérieure à la loi de financement pour 2005.

La constitution de stocks dits de précaution est en effet essentielle afin de mobiliser et délivrer très rapidement ces produits dans des situations de crises et d'éviter ainsi la propagation d'épidémies. Depuis sa création en 2001, le fonds de concours a ainsi permis l'acquisition de vaccins antivarioliques, d'antibiotiques, de pastilles d'iode ainsi que de matériels connexes.

Quant au principe même de la participation de l'assurance maladie – et non de l'Etat – à la constitution de ces stocks, il n'est pas sans intérêt de rappeler de quelle façon celle-ci a été justifiée par M. Bernard Kouchner, alors ministre délégué à la santé, lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 ⁽²⁾ :

« Cette participation de la [Caisse nationale d'assurance maladie] est logique, car l'acquisition par précaution d'un stock de médicaments n'est pas étrangère à ses compétences. En l'absence d'une gestion coordonnée par l'Etat de stocks de précaution, il est clair en effet que les Français s'adresseraient aux médecins et aux pharmaciens pour acheter leurs antibiotiques, lesquels seraient remboursés par la sécurité sociale. Et si une attaque terroriste se produisait, elle occasionnerait bien des dépenses de soins. En cas de réévaluation de la menace à moyen terme, les médicaments stockés seraient bien sûr mis à la disposition des hôpitaux dans des conditions ne conduisant pas à une nouvelle charge pour l'assurance maladie ».

Dans le même sens, on peut également souligner que, nonobstant certaines réserves, le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 2001-453 du 18 décembre 2001 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, a estimé que : « *par la création d'un tel dispositif, le législateur poursuit, dans l'intérêt général, des objectifs de sauvegarde de la santé publique ; qu'ainsi, la participation à ce fonds de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, prévue par l'article 42 n'est pas étrangère à ses missions* ».

• *Le champ du fonds de concours a été étendu à l'ensemble des menaces sanitaires graves en décembre 2004*

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 ⁽³⁾ a permis d'étendre le champ du fonds de concours à l'acquisition de l'ensemble des produits

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

(2) Séance publique de l'Assemblée nationale du 22 novembre 2001.

(3) Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (article 37).

nécessaires en cas de « *menace sanitaire grave quelle que soit son origine ou sa nature* », par exemple en cas de risques majeurs liés à l'environnement ou de pandémie grippale.

Quelle que soit leur origine – bioterrorisme ou situations exceptionnelles – les crises sanitaires nécessitent en effet des mesures de prévention identiques, comme le soulignait l'exposé des motifs du projet de loi, à savoir la constitution de stocks de produits aux fins de prévention et de traitement d'un grand nombre de personnes exposées et de victimes.

Alors que la persistance et l'extension de l'épizootie de grippe aviaire et les cas de transmission de l'animal à l'homme font craindre la survenue d'une pandémie, ces dispositions ont ainsi permis à l'assurance maladie de participer à la mise en œuvre du plan de pandémie grippale, présenté en conseil des ministres en octobre 2004.

• Il est aujourd'hui nécessaire d'accroître les ressources du fonds afin de renforcer la lutte contre le risque de pandémie grippale d'origine aviaire

Au titre de l'année 2004, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a fixé le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours à 62 millions d'euros.

Selon les informations communiquées par le ministère de la santé et des solidarités, les fonds disponibles en 2005 s'élevaient à 94 millions d'euros, compte tenu du report des crédits alloués l'année précédente, parmi lesquels 53 millions seraient déjà consommés, dont environ 32 millions au titre de la lutte contre la grippe aviaire.

Ainsi, près de 13,8 millions en 2005 de traitements antiviraux (Tamiflu) devraient être disponibles d'ici la fin de l'année. Le ministre de la santé et des solidarités, M. Xavier Bertrand, a par ailleurs indiqué que le stock de 50 millions de masques de protection FFP2, qui sont actuellement en cours de livraison dans les hôpitaux, serait porté à 200 millions d'ici le début de l'année prochaine et que les réserves de médicaments antiviraux seront portées à un niveau supérieur pour traiter les personnes qui pourraient être atteintes par la maladie ou y être exposées. En cas de pandémie, le gouvernement a également réservé 40 millions de doses de vaccin auprès de deux laboratoires.

Il est donc nécessaire d'augmenter significativement les ressources du fonds de concours afin de disposer de tous les moyens nécessaires pour lutter efficacement contre le risque de pandémie grippale, mais également de poursuivre les actions engagées pour parer à l'éventualité d'autres menaces, telles que le bioterrorisme, et renouveler en particulier les stocks de certains produits.

C'est pourquoi le premier alinéa de cet article propose de fixer le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours à 176 millions d'euros pour 2005. Cet effort financier est d'autant plus important que, pour la

première fois, le projet de loi de financement prévoit également une dotation de l'assurance maladie au fonds de concours pour l'année prochaine (*cf. infra*, commentaire présenté sous l'article 41).

Enfin, le second alinéa précise que cette contribution est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie selon les règles mises en œuvre en 2004 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale relatif aux dotations annuelles versées aux établissements de santé. Ces modalités de répartition sont présentées dans le tableau figurant ci-dessous.

Clé de répartition entre les régimes d'assurance maladie de la contribution au fonds de concours en 2004

Régimes	Clé répartition définitive 2003	Répartition 2004
Régime général	84,199701 %	52 203 814,62
Alsace-Moselle (R.L.)	0,093338 %	57 869,56
S.N.C.F.	1,305473 %	809 393,26
R.A.T.P.	0,161566 %	100 170,92
E.N.I.M. (gens de mer)	0,226566 %	140 470,92
C.A.N.S.S.M. (mines)	1,122000 %	695 640,00
C.N.M.S.S. (militaires)	1,112231 %	689 583,22
Banque de France	0,051674 %	32 037,88
C.R.P.C.E.N. (notaires)	0,103307 %	64 050,34
Chambre de commerce de Paris	0,008614 %	5 340,68
Assemblée nationale	0,011264 %	6 983,68
Port autonome de bordeaux	0,000443 %	274,66
Ministres des cultes	0,076490 %	47 423,80
Régime des salariés agricoles	2,502227 %	1 551 380,74
Régime des exploitants agricoles	5,119396 %	3 174 025,52
C.A.N.A.M.	3,905710 %	2 421 540,20
Autres régimes	15,800299 %	9 796 185,38
TOTAL RÉPARTI	100,00 %	62 000 000,00

Source : Ministère de la santé et des solidarités

Article 8

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

Conformément à l'article L. O. 111-3 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005, la loi de

financement de la sécurité sociale, dans sa deuxième partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, « *rectifie (...) l'objectif national de dépenses d'assurance maladie [ONDAM] de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale* ».

Dans la mesure où le présent projet de loi est le premier à soumettre à l'approbation du Parlement la décomposition de l'ONDAM en sous-objectifs (cf. *infra*, le commentaire présenté sous l'article 45 du projet), cet article a pour unique objet de rectifier le montant de l'ONDAM pour 2005.

Or, selon les dernières estimations de la commission des comptes de la sécurité sociale présentées dans son rapport de septembre dernier ⁽¹⁾, il apparaît qu'en valeur, l'ONDAM, fixé à 134,9 milliards d'euros pour 2005 par la précédente loi de financement de la sécurité sociale ⁽²⁾, pourrait être respecté pour la première fois depuis plusieurs années.

Selon ces mêmes prévisions, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM se répartiraient de la façon suivante en 2005 :

– 62 milliards d'euros au titre des soins de ville (soit une progression de 2,7 % par rapport à la base réactualisée des dépenses de 2004) ;

– 61,6 milliards d'euros pour les versements aux établissements sanitaires, publics et privés (+ 4,1 % par rapport à cette même base) ;

– 10,9 milliards pour les établissements médico-sociaux (+ 9,3 %), dont 6,7 milliards d'euros pour les établissements pour enfance inadaptée et adultes handicapés (EI-AH) et 4,3 milliards d'euros pour ceux destinés aux personnes âgées ;

– 200 millions d'euros pour les soins des ressortissants français qui sont à l'étranger (- 12,4 %) ;

– 200 millions d'euros au titre du développement des réseaux (+ 32 %).

L'ensemble de ces dépenses serait ainsi en augmentation de 3,2 % par rapport à la base initiale de dépenses pour l'année 2004. Il convient néanmoins de préciser que le taux de progression de l'ONDAM s'établit en réalité à 3,8 % par rapport aux réalisations comptables pour 2004, qui ont été revues à la baisse après correction des erreurs de provisionnements liés à la comptabilisation des dépenses en droits constatés.

(1) Il est à noter que ces prévisions sont réalisées à partir des données disponibles en droits constatés, qui couvrent l'année 2004 pour l'ensemble des régimes et le premier semestre 2005 pour les soins de ville du régime général.

(2) Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Les révisions des provisions sur prestations, conséquence de la règle des droits constatés

La règle des droits constatés exige de rattacher à l'exercice comptable de l'année N les dépenses de soins effectués en année N. Or, une fraction de ces soins n'est connue qu'en année N+1. Lors de la clôture des comptes de l'année N, les régimes estiment donc des provisions représentatives de ces soins à partir des dernières informations connues. Ensuite, sur l'exercice N+1, les charges réelles supportées au titre de l'exercice N sont calculées et comparées au montant des provisions passées en N. L'écart (positif ou négatif), ajouté aux réalisations comptables de N permet de reconstituer une année de soins complète, soit la totalité des charges liées aux soins effectués au cours de N.

Pour la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2005, les réalisations 2003 ont été revues à l'examen des comptes définitifs 2004 (corrections des erreurs de provisionnement), ces mêmes comptes ayant également permis d'établir les réalisations comptables pour 2004.

Ces réalisations avaient toutefois un caractère provisoire d'un point de vue économique du fait de la fraction liée au provisionnement. En effet, elles reposent sur l'estimation, par les régimes, du coût des soins effectués en 2004 mais remboursés en 2005. Au cours de l'été 2005, les trois principaux régimes ont transmis une nouvelle estimation des remboursements 2005 au titre des soins 2004, sur la base des données du premier semestre 2005. Ces remboursements représentent près de 90% du total des remboursements 2005 au titre de soins 2004, ce qui assure une meilleure approximation des réalisations 2004, par rapport à la version de juin 2005.

Un certain nombre de transferts, dont le montant total net s'élève à 244 millions d'euros, ont également minoré la base de dépenses pour 2004, par exemple le transfert aux collectivités locales des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), qui relevaient antérieurement des établissements de santé financés par dotation globale (à hauteur de 178 millions d'euros).

C'est pourquoi le présent article propose de fixer à 134,9 milliards d'euros le montant de l'ONDAM « rectifié » de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour l'année 2005, soit un montant identique à celui fixé par la précédente loi de financement de la sécurité sociale.

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2006

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 26

Prestations en espèces des détenus libérés et des chômeurs reprenant une activité – Fin de la majoration du taux de liquidation des indemnités journalières de plus de six mois

Cet article a pour objet de permettre à certaines catégories d'assurés sociaux, détenus libérés et chômeurs reprenant une activité, de conserver des droits à prestations en espèces (indemnités journalières, pension d'invalidité, capital décès) dans certaines circonstances qui les en privent aujourd'hui dans des conditions qui peuvent paraître inéquitables ou qui nuisent à leur retour sur le marché de l'emploi. Il met fin également à une disposition circonstancielle de majoration du taux de liquidation des indemnités journalières de plus de six mois qui ne se justifie plus aujourd'hui.

Le paragraphe I insère après l'article L. 161-13 du code de la sécurité sociale un article L. 161-13-1 qui ouvre la possibilité aux détenus de retrouver, à l'issue de leur incarcération, les droits à prestation en espèces acquis préalablement à leur détention.

Actuellement, l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale dispose que « *les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération* ». Si l'article L. 161-13 dispose que « *les détenus libérés, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, bénéficient pour eux-mêmes et leurs ayants droit des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime obligatoire dont ils relevaient avant leur détention, ou, à défaut, du régime général* », rien n'est en revanche précisé par la loi pour ce qui concerne leurs droits à prestations en espèces. Dans ce silence, ils perdent donc aujourd'hui de façon définitive leurs droits à prestation en espèces, même s'ils ont été incarcérés brièvement ou s'il s'agit d'une détention provisoire. Ils doivent donc les reconstituer à leur libération dans les conditions de droit commun qui sont fonction des heures travaillées ou de la durée de cotisation. S'agissant des personnes placées en détention provisoire, l'article R. 313-8 du code de la sécurité sociale leur ouvre certes la possibilité de constituer des droits à prestations en espèces pendant la durée de leur détention provisoire, mais cela n'est pas toujours suffisant pour leur permettre de bénéficier de prestations en espèces dès leur sortie.

L'objectif du nouvel article L. 161-13-1 qui ouvre aux détenus la possibilité de retrouver immédiatement, à l'issue de leur incarcération, leurs droits à prestation en espèces étant de favoriser la réinsertion de ceux dont les peines ne sont pas trop longues, la durée maximale d'incarcération ouvrant droit au bénéfice de la nouvelle disposition sera fixée par décret. La durée de maintien des droits pour les personnes n'ayant pas repris d'activité sera également fixée par décret.

Le paragraphe **II** vise à compléter les dispositions de l'article L. 311-5 du code de la sécurité sociale qui dispose que tout chômeur indemnisé par l'assurance chômage ou le régime de solidarité bénéficiaire, pendant la durée de son indemnisation, du maintien de ses droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont il relevait antérieurement et notamment des droits aux indemnités journalières pour maladie et maternité.

En effet, lorsque les chômeurs indemnisés reprennent aujourd'hui une nouvelle activité, ils perdent immédiatement leur droit aux indemnités journalières et ce durant toute la période qui leur est nécessaire pour reconstituer ceux-ci au titre de cette nouvelle activité. Le dispositif proposé permet aux chômeurs indemnisés qui reprennent une activité de bénéficiaire, pendant une période qui sera déterminée par décret, du maintien du droit aux prestations en espèce pendant tout le temps nécessaire à l'acquisition de droits équivalents au titre de leur nouvelle activité. Il s'inscrit directement dans le cadre de la politique menée par le gouvernement visant à supprimer tous freins au retour à l'emploi.

Le paragraphe **III** et **IV** visent à abroger le cinquième alinéa de l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale et à supprimer en conséquence, à compter du 1^{er} janvier 2006, la majoration qui s'applique aux indemnités journalières perçues pendant plus de six mois plein. La modification du taux de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les indemnités pour maladie intervenues à compter du 1^{er} janvier 1998 en application du 3^o du I de l'article 5 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998 avait conduit, pour que les assurés en cours d'indemnisation à cette date ne soient pas pénalisés par une baisse subite de leurs indemnités journalières nettes, à la création d'une majoration de 1,9 % du taux de liquidation des indemnités journalières à compter du septième mois de leur perception. Il s'agissait alors d'une mesure circonstancielle qui n'a plus d'objet aujourd'hui et qu'il est donc proposé de supprimer à l'avenir pour toutes nouvelles indemnités perçues pendant plus de six mois. Afin que les personnes bénéficiant déjà d'un congé indemnisé depuis plus de six mois avant le 1^{er} janvier 2006 ne soient pas pénalisées par une baisse subite de leurs indemnités journalières nettes, le paragraphe **IV** les exclut du dispositif.

Le paragraphe **V** insère un alinéa à l'article L. 381-30-1 destiné à permettre aux détenus de continuer à bénéficier durant leur incarcération du maintien du versement d'une pension d'invalidité déjà liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération.

Actuellement, les détenus perdent leurs droits à prestation en espèces dès leur incarcération. Dans le silence des textes, la pratique des caisses de sécurité sociale est souvent de verser la pension d'invalidité aux conjoints ou ayants droit. Cette privation du versement de leur pension d'invalidité est néanmoins d'autant plus pénalisante pour les détenus concernés que bien souvent ceux-ci ne peuvent pas travailler en prison. De façon similaire à ce qui existe déjà en matière de pensions de vieillesse, il est donc proposé de donner une base législative au maintien du versement aux détenus d'une pension d'invalidité. De la même façon, cet article ouvre aux familles des détenus la possibilité de percevoir, le cas échéant, le capital décès du détenu.

Article 27

Règles de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire – Prescription de soins de masso-kinésithérapie – Possibilité de désigner conjointement comme médecin traitant les médecins salariés exerçant dans un même centre de santé – Prescription de dispositifs médicaux par les sages-femmes

Cet article comporte diverses dispositions relatives à la modification des règles de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire (I), aux prescriptions de soins de masso-kinésithérapie (II), à la possibilité de désigner conjointement comme médecin traitant les médecins salariés exerçant dans un même centre de santé (III) et à la possibilité pour les sages-femmes de prescrire des dispositifs médicaux (IV).

Le paragraphe I insère dans le code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-1-7, un article L. 162-1-7-1 destiné à simplifier la procédure d'inscription au remboursement des actes de biologie.

Actuellement, l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dispose de façon générale que la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisés par un professionnel de santé est subordonnée à leur inscription sur une liste selon des modalités particulières parmi lesquelles figure l'intervention de commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux. Le même article dispose que la hiérarchie des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par ces commissions. Cette procédure d'avis conforme confère donc à ces commissions paritaires un pouvoir de blocage dans la procédure d'actualisation de la nomenclature.

Le I propose donc de transformer, pour les actes effectués par les directeurs de laboratoires mentionnés à l'article L. 162-14, c'est-à-dire les

directeurs de laboratoire d'analyse de biologie médicale, l'avis conforme de la commission créée pour la profession en avis simple.

Cette simplification des conditions de modification de la hiérarchisation des actes de biologie s'inspire directement de recommandations relatives aux dépenses de biologie contenues dans le rapport de la Cour des comptes de septembre 2005 sur l'application de la loi de financement pour la sécurité sociale de 2005 selon lesquelles il *« est indispensable que la nomenclature soit fréquemment actualisée en abaissant la cotation de ceux (les actes) pour lesquels les progrès techniques permettent des économies d'échelle »*; la Cour relève toutefois que *« pour exercer effectivement la responsabilité de modifier la nomenclature que lui confie la loi du 13 août 2004, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie doit mettre en place avec les représentants des professionnels une commission de hiérarchisation des actes de biologie »*.

L'assouplissement proposé des règles de modification de la hiérarchisation des actes de biologie est de nature à favoriser la réalisation des économies d'échelle potentielles identifiées par la Cour des comptes.

Le paragraphe **II** insère dans le code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-2-1, un article L. 162-2-2 dont l'objet est de faire en sorte que les médecins qui prescrivent des soins de masso-kinésithérapie se conforment à des recommandations établies par la Haute autorité de santé pour n'orienter leurs patients vers une hospitalisation en vue de la dispensation de soins de suite ou de réadaptation – c'est-à-dire vers un centre de rééducation fonctionnel (CRF) – que si cela s'avère strictement nécessaire.

Actuellement, des études du ministère de la santé, indiquent en effet que 10 à 15 % des patients traités en CRF pourraient faire l'objet d'une prise en charge en médecine de ville.

Cette disposition s'inscrit dans la logique de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie et représente un gisement d'économies non négligeable. Elle est également susceptible d'entraîner des restructurations potentielles, les CRF pouvant par exemple réorganiser leur activité autour de patients atteints de pathologies plus lourdes.

Le paragraphe **III** insère un nouvel alinéa au sein de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale dont l'objet est de permettre aux patients de désigner conjointement comme médecin traitant les médecins qui pratiquent l'exercice de groupe au sein des mêmes locaux d'un cabinet médical ou dans les centres de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique (c'est-à-dire ceux qui *« assurent des activités de soins sans hébergement, participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales »*).

Il adapte le dispositif du médecin traitant mis en place par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 aux modalités particulières d'exercice des cabinets de groupe et des centres de santé.

Le paragraphe **IV** modifie l'article L. 4151-4 du code de la santé publique afin d'autoriser explicitement les sages-femmes à prescrire certains dispositifs médicaux dont la liste sera fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine.

Cette autorisation législative donnée aux sages-femmes de prescrire du matériel fait suite à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui a déjà élargi le champ de compétence de cette profession médicale dans les domaines de la vaccination et de la prescription de médicaments, d'examens ou de contraceptifs hormonaux. La nouvelle faculté accordée aux sages-femmes de prescrire du petit matériel relevant de leur compétence, déjà accordée à certaines professions paramédicales comme les kinésithérapeutes et les podologues, est susceptible d'éviter aux patientes de consulter leurs médecins traitants et serait ainsi source d'économies potentielles pour l'assurance maladie.

Article 28

Dispositif de régulation des prix des médicaments et des produits ou prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour

Cet article propose de compléter, pour l'ensemble des établissements de santé soumis à la tarification à l'activité (T2A), le mécanisme mis en place en 2004 de régulation des dépenses relatives aux médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour (GHS).

Il crée, après l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, un nouvel article L. 162-22-7-1 qui introduit, en alternative au système actuel permettant déjà au Comité économique des produits de santé (CEPS) de décider d'une baisse du tarif de remboursement aux hôpitaux de ces médicaments ou produits et prestations par l'assurance maladie, un nouveau système de régulation fondé sur le versement par les entreprises d'une remise à l'assurance maladie.

En principe, les prix des médicaments ou des dispositifs médicaux achetés par les établissements de santé sont librement négociés, le cas échéant en conformité avec le code des marchés publics. Ce principe reste valable dans tous les cas où ces achats sont financés sur les ressources des établissements, mais il a été aménagé par la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 pour tenir compte de la situation nouvelle résultant de la mise en œuvre de la T2A.

En effet, si le principe de la T2A met en place le paiement d'un tarif global par séjour, dit groupe homogène de séjour (GHS), à chacun desquels est affecté un tarif fixé au niveau national qui englobe le coût des médicaments, produits et autres prestations utilisés, une modalité importante de la T2A prévoit

également que certains médicaments (article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale) ou produits et prestations (article L. 165-7 du code de la sécurité sociale), inscrits sur des listes arrêtées par le ministre de la santé et caractérisés par leur caractère onéreux ou l'hétérogénéité qu'ils introduisent dans les tarifs par séjour, sont facturés en plus des frais de séjour hospitalier. Pris directement en charge par l'assurance maladie, ils ne pèsent donc pas directement sur les ressources ordinaires des établissements.

Dès lors, il est probable que si aucun dispositif de régulation n'avait été mis en place, les acheteurs hospitaliers auraient été dépourvus de toute incitation à obtenir des prix plus avantageux ou à tenter de limiter les volumes puisque l'assurance maladie aurait de toute façon tout remboursé sur facture.

C'est pourquoi la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, complétée par la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie, sans mettre pour autant en place un système de convention avec les entreprises du médicament, a institué, à l'article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale, un dispositif de fixation de tarifs qui constituent des limites de remboursement des médicaments pour l'assurance maladie. Ces tarifs sont publiés par le CEPS sur la base des prix déclarés par les entreprises, sauf en cas d'opposition définitive du comité, auquel cas le prix ou le tarif publié est celui décidé par le comité. Ces tarifs sont donc opposables par l'assurance maladie aux établissements de santé, mais pas à leurs fournisseurs, même s'ils sont très généralement respectés.

Dans le champ et sur les bases définis par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et par la loi du 13 août 2004, l'accord cadre signé le 30 mars 2004 sur le médicament à l'hôpital conclu entre le CEPS et Les Entreprises du médicament (LEEM) dit « accord cadre hospitalier », a précisé les procédures, les formes et les conditions de la fixation et de la révision des tarifs de responsabilité des spécialités de la liste T2A.

Avec ce système actuel de régulation des dépenses relatives aux médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des GHS par fixation par le CEPS de tarifs opposables, l'Etat peut donc déjà s'opposer au prix des laboratoires, voire le fixer lui-même, mais les tarifs sont en l'état actuel la seule variable de régulation.

Or ce système a montré certaines limites dans la mesure où il est parfois préférable, afin à la fois de protéger les produits innovants et d'éviter des mécanismes d'importations parallèles, de ne pas faire baisser, en pratique, les prix des médicaments et autres produits et prestations sur le marché français par le biais de fixation de tarifs inférieurs aux prix de marché constatés dans les pays européens proches.

Parallèlement, il n'est pas illogique que le choix français de faire bénéficier largement les assurés du remboursement de produits innovants, soit

assorti du versement d'une remise sous forme de reversement à l'ACOSS qui se substitue à la baisse de prix.

L'article 30 du projet de loi crée donc, après l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale un article L. 162-22-7-1 qui donne une base juridique à ce nouveau système de régulation à prix inchangés, système qui existait d'ailleurs déjà sur le marché de ville.

Concrètement, le CEPS fixera pour chacun des médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation une enveloppe de dépenses au-delà de laquelle il lui sera loisible d'indiquer qu'il a l'intention de prendre une décision unilatérale de baisse de tarifs de remboursement, ce qu'il avait déjà le pouvoir de faire. La nouveauté réside dans le fait que les entreprises disposeront désormais avec cet article d'une base légale pour « *solliciter auprès du CEPS de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaire annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire* ».

Article 29

Dispositions diverses relatives au dispositif du médecin traitant et aux médecins remplaçants

Cet article vise, en premier lieu, à introduire une dérogation aux règles relatives au dispositif du médecin traitant pour deux catégories de médecins généralistes : ceux qui s'installent, pour la première fois, en exercice libéral, quelle que soit la localisation géographique de leur première implantation ; ceux qui s'installent, qu'il s'agisse ou non d'une première installation, dans une des zones déficitaires définies par les missions régionales de santé. Il a, en second lieu, pour objet d'étendre aux remplaçants les possibilités d'aides conventionnelles déjà prévues pour les médecins qui s'installent ou qui sont déjà installés dans une zone déficitaire.

Le paragraphe I crée un article L. 162-5-4 dont l'objet est de prévoir que les règles d'organisation mises en place pour inciter les assurés sociaux à respecter le parcours de soin en consultant leur médecin traitant en première intention ne seront pas applicables pendant une certaine durée aux patients qui consulteront deux catégories distinctes d'omnipraticiens : ceux qui s'installent, pour la première fois, en exercice libéral ou ceux qui s'installent dans une zone déficitaire définie par une mission régionale de santé.

Créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, le parcours de soins, est un dispositif destiné à inciter les assurés à désigner un médecin traitant afin de renforcer la coordination et la continuité des soins. Le 18° de l'article L. 162-5 dispose ainsi que la ou les conventions nationales déterminent les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer dans certaines limites des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de

leur médecin traitant. Le cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 dispose que 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. Enfin, l'article L. 162-26 dispose qu'une majoration est appliquée au patient qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consulte un médecin spécialiste hospitalier.

La philosophie générale du dispositif du médecin traitant n'est pas remise en cause par ce paragraphe. Les objectifs qui ont motivé ce dispositif ne sont pas abandonnés : c'est-à-dire la revalorisation du rôle de la médecine générale comme médecine globale de première intention, qui fait du médecin traitant le pivot des soins pour que la relation patient/médecin s'inscrive dans la durée et favorise la continuité et la qualité des soins.

Il s'agit simplement d'introduire deux exceptions limitées et temporaires au dispositif.

Pour les généralistes qui s'installent pour la première fois en exercice libéral, il s'agit de favoriser la constitution de leur patientèle dans le contexte de la montée en charge rapide du dispositif du médecin traitant : en effet, les assurés ayant déjà choisi le leur sont de plus en plus nombreux et seraient donc pénalisés s'ils s'adressaient ultérieurement à un généraliste qui vient de s'installer.

Si ce premier objectif de ne pas entraver la constitution de patientèle n'est pas absent de l'exception qui concerne les généralistes qui s'installent dans une zone déficitaire définie par une mission régionale de santé, il s'agit également dans ce second cas de favoriser, dans une optique d'optimisation de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, l'installation de médecins dans des zones où l'offre de soins médicale est déficitaire.

Dans les deux cas, la durée pendant laquelle les dépassements et les restes à charge supplémentaires prévus par le dispositif du médecin traitant en cas de non-respect du parcours de soins ne s'appliqueront pas aux consultations assurées par ces deux catégories de médecins sera définie par décret.

Le paragraphe **II** complète le 4° de l'article L. 162-14-1 relatif aux éléments qui peuvent figurer dans la convention médicale en y introduisant la possibilité de définir des aides conventionnelles destinées aux remplaçants.

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit déjà que des mécanismes d'aides conventionnelles aux médecins qui s'installent et à ceux qui sont déjà installés dans une zone déficitaire peuvent être définis par la convention médicale.

L'extension de ces aides aux remplaçants constitue à la fois une demande des médecins exerçant dans les zones déficientes définies par la mission régionale de santé qui éprouvent des difficultés à se faire remplacer et une des recommandations du rapport de la commission « Démographie médicale » remis

par le professeur Yvon Berland, président de l'observatoire national des professions de santé, à Philippe Douste Blazy le 18 mai 2005.

Il convient de souligner que le remplacement est la voie habituelle d'entrée dans la vie professionnelle des jeunes professionnels de santé qui fonctionnent sur ce mode entre trois et quatre ans en moyenne après l'obtention de leur thèse avant de s'installer.

Article 30

Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité aux établissements de santé

Cet article aménage le mécanisme de convergence des cliniques privées, étend pour les établissements antérieurement sous dotation globale la liste des prestations financées à l'activité intégralement dès 2005 aux « *prestations ... afférentes à certains modes de prise en charge alternatif à l'hospitalisation* » et vise, au travers des règles d'autorisation des établissements, à limiter les effets inflationnistes de la T2A.

– Le paragraphe **I** vise à modifier l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité social pour 2004.

Le **A** du **I** vise à remplacer les deux premiers alinéas du **IV** de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 afin d'assouplir le mécanisme de convergence intrasectorielle des cliniques à but lucratif antérieurement financée en proportion des actes et des journées réalisées.

Dans l'ancien système de tarification, le montant des prestations versé pour le même acte dans le secteur privé lucratif variait sensiblement en fonction de la situation géographique sur le territoire. Pour les établissements de santé privés hors dotation globale, l'introduction du principe de la tarification à l'activité, nouveau dispositif d'allocation des ressources en vigueur depuis le 1^{er} mars 2005, est un changement notable puisqu'il met en place le paiement d'un tarif national désormais unique pour chaque groupe homogène de séjour (GHS) et pour les autres prestations.

Le passage immédiat et sans correctif au nouveau système de tarification à l'activité sur la base d'un tarif national unique aurait constitué un changement de grande ampleur, avec l'apparition de gagnants (ceux pour qui l'application rétrospective du nouveau tarif à leur activité passée aboutissait à un chiffre d'affaires supérieur) et de perdants (ceux pour qui la même opération aboutissait à une baisse de chiffre d'affaires).

Pour limiter l'ampleur de ce changement et amortir ses effets, l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a, dès l'origine, prévu une période de transition au cours de laquelle un mécanisme de convergence des cliniques privées est mis en place par application d'un coefficient de transition.

Concrètement, l'Etat, puis l'Agence régionale de l'hospitalisation, fixait chaque année les coefficients de transition moyens régionaux (la montée en charge était étalée sur sept ans de manière linéaire) ainsi que les règles de modulation du coefficient de transition entre les établissements de la région. Pour chaque établissement, le tarif national unique était donc affecté d'une sorte d'amortisseur, constitué principalement, à côté d'éléments prenant en compte le caractère plus ou moins technique des actes pratiqués et la particularité de la zone géographique, un coefficient de lissage de la transition dans le temps. Les tarifs, après prise en compte des coefficients de transition, devaient converger pour aboutir au tarif unique en 2012, date à laquelle tous les coefficients de lissage des établissements devaient donc atteindre la valeur 1. Par rapport à une application théorique immédiate du principe du tarif unique national, certains établissements sont dits sous-dotés (ceux pour qui le coefficient de transition est inférieur à 1, c'est-à-dire ceux pour qui l'effet d'amortisseur lié au coefficient de lissage minore le chiffre d'affaire pendant les 7 ans de la montée en charge par rapport au chiffre d'affaire théorique qui aurait résulté de l'application immédiate du tarif national unique), d'autres sur-dotés. Le dispositif instaurait également une sorte de mécanisme de garantie de ressource en disposant que l'Etat, remplacé depuis par les agences régionales de l'hospitalisation, fixait les écarts maximum entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements après application de leur coefficient de transition.

Ce système de convergence a toutefois montré certaines limites, notamment lorsqu'il a été confronté au phénomène des fusions d'établissements. C'est pourquoi il a été décidé de lui donner plus de souplesse en l'aménageant.

En précisant désormais que lorsque l'Etat fixe les règles générales de modulation du coefficient de transition entre les établissements de la région, « *Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à un peut excéder le taux moyen régional de convergence, à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels le coefficient de transition est supérieur à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces derniers établissements supérieurs au taux moyen régional* », le A du I assouplit le dispositif de convergence entre les cliniques privés à but lucratif en donnant une plus grande liberté dans la montée en charge aux régions qui pourraient converger plus vite vers le tarif unique.

Le B du I remplace le dernier alinéa du A du V de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et vise à aménager les conditions de mise en œuvre progressive de la réforme de la tarification à l'activité dans le secteur des établissements antérieurement sous dotation globale.

Le A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité social pour 2004 fixe le principe général selon lequel le pourcentage du budget global concerné par la tarification à l'activité est appelé à augmenter progressivement sur plusieurs années et ne peut être inférieur à 50 % en 2008. Toutefois, son dernier alinéa introduisait déjà une dérogation au principe

de la montée en charge progressive de la T2A en prévoyant que les prestations de prélèvements d'organes ou de tissus sont, dès 2005, facturées dans leur intégralité sur la base de tarifs nationaux. Le dernier alinéa modifié du A du V de l'article 33 ajoute à la liste de ces prestations financées à l'activité intégralement dès 2005 « *les prestations ... afférentes à certains modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète* ».

Cette nouvelle dérogation à la règle de la montée en charge progressive de la T2A dans le secteur des établissements antérieurement sous dotation globale vise à favoriser dans ces établissements des modes de prise en charge alternatifs tels que l'hospitalisation à domicile qui présente l'avantage d'être plus confortable pour le patient et de l'exposer moins aux risques d'infections nosocomiales.

Le C du I supprime la dernière phrase du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui prévoyait explicitement que l'objectif de convergence des tarifs public-privé devait être atteint à 50 % en 2008.

Cette étape intermédiaire est abandonnée faute de disposer d'outils incontestés pour s'assurer des conditions de la convergence en tenant compte, comme la loi le prévoit, « *des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs* ». Une mission de l'Inspection générale des affaires sociales a été mandatée sur ce sujet pour étudier les conditions de la convergence public-privé. Parallèlement une étude nationale d'analyse des coûts va être engagée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) dont les données seront exploitables mi 2007.

Le principe de la convergence tarifaire n'est toutefois nullement remis en cause.

– Le II de cet article 30 porte modification de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.

L'article L. 6114-2, dans son cinquième et dernier alinéa, prévoit, notamment, que les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 (autrement dit, les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé) fixent, le cas échéant par avenant, les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée, et en définissent les conditions de mise en œuvre au plus tard trois mois après la délivrance de cette autorisation.

Le cinquième alinéa de l'article L. 6114-2 prévoit en outre la situation dans laquelle trois mois après la délivrance de l'autorisation, il n'y a pas eu (quelles qu'en soient les raisons) signature du contrat fixant les objectifs quantifiés : dans ce cas, « *l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés dans l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1* ». Autrement dit, il n'y a pas négociation et l'agence procède unilatéralement à la fixation de ces objectifs.

Le 1^o du II de cet article vise à préciser que dans ce dernier cas, non seulement l'agence fixe les objectifs de manière unilatérale, comme dans le système qui prévalait avant la mise en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003 venue établir les modalités nouvelles de contractualisation, mais aussi qu'alors l'agence assortit ces objectifs de la référence aux pénalités applicables lorsqu'ils ne sont pas respectés.

Cette nouvelle disposition rejoint pleinement la philosophie d'ensemble du dispositif, à savoir la nécessité de donner aux établissements et aux agences les possibilités de négocier, mais cela sans perdre de vue l'objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, conformément aux précisions apportées par l'exposé des motifs de l'article : il s'agit de « *prévenir une augmentation des dépenses de l'assurance maladie que provoquerait un développement non encadré de l'activité des établissements de santé* ».

Le 2^o du II de cet article vise à déterminer le moment de la révision des objectifs quantifiés. Deux moments sont envisagés.

D'une part, le 2^o prévoit, dans un premier alinéa qui vient compléter l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, que cette révision peut intervenir « *lors du renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens* ».

Il convient de garder à l'esprit qu'il n'y a pas nécessairement concomitance entre le moment de la signature du contrat d'objectifs et de moyens et celui de l'attribution de l'autorisation.

Il est donc tout à fait envisageable, au moment de la signature du contrat d'objectifs et de moyens, que les objectifs quantifiés établis au moment de l'attribution de l'autorisation soient purement et simplement reconduits.

D'autre part, le 2^o complète l'article L. 6114-2 du code de la santé publique d'un deuxième alinéa aux termes duquel « *lors du renouvellement de l'autorisation prévu à l'article L. 6122-10, ou lorsque l'autorisation a fait l'objet de la révision prévue à l'article L. 6121-2 ou à l'article L. 6122-12, les objectifs quantifiés fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, relatifs à l'activité de soins ou l'équipement matériel lourd faisant l'objet de l'autorisation, sont révisés dans les trois mois suivant le renouvellement ou la décision de révision de l'autorisation* ».

Trois cas sont donc visés par cet alinéa :

– à l'issue du renouvellement à l'expiration de la durée de vie « normale » de l'autorisation (en principe supérieure ou égale à cinq ans, en application de l'article L. 6122-8 du code de la santé publique) ;

– après une révision en application de l'article L. 6121-2, c'est-à-dire en cas d'incompatibilité entre les autorisations existantes et la mise en œuvre de

l'annexe du schéma d'organisation sanitaire relative, notamment, aux objectifs quantifiés d'offre de soins ;

– après une révision en application de l'article L. 6122-12, c'est-à-dire lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation constate que les objectifs quantifiés fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sont insuffisamment atteints.

Dans ces trois cas, les intéressés disposent alors d'un délai de trois mois suivant le renouvellement ou la décision de révision de l'autorisation pour réviser les objectifs quantifiés.

Cette révision des objectifs quantifiés présente un double intérêt : pour les établissements d'une part, car en cas d'accroissement de l'activité, la révision des objectifs permettra d'éviter une pénalisation liée au dépassement des objectifs ; pour les agences d'autre part, car la persistance d'un faible niveau d'activité chez certains établissements, en deçà des objectifs quantifiés, est à l'origine d'une forme d'« embolisation » des autorisations d'activité accordées par l'agence.

Dans le cas où cette négociation n'aboutirait pas, c'est le deuxième alinéa de l'article L. 6122-8 du code de la santé publique qui s'applique, selon lequel *« l'autorisation fixe les objectifs quantifiés des activités de soins ou des équipements lourds autorisés lorsqu'ils n'ont pas été fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (...) »*. C'est donc l'agence qui fixe alors unilatéralement les objectifs. Là encore, il convient d'éviter tout « blocage » qui, à terme, serait susceptible de porter atteinte à l'objectif principal poursuivi par le présent dispositif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

C'est, au reste, pour cette même raison que le **III** de cet article 30 complète ce même deuxième alinéa de l'article L. 6122-8 d'une phrase selon laquelle *« dans ce cas, l'autorisation prévoit les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs »*.

Cette précision permet en outre la coordination avec le cas déjà évoqué par le 1° du II qui est, d'une certaine façon, le cas de dépassement « de droit commun », lors de l'attribution initiale de l'autorisation.

Le **IV** de cet article concerne l'établissement d'un régime transitoire.

En effet, l'article 12 de l'ordonnance du 4 septembre 2003 (modifiée par la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004) prévoit, dans son deuxième alinéa, qu'*« à titre transitoire, les dispositions législatives en vigueur avant la publication de la présente ordonnance et relatives à la carte sanitaire et au régime des autorisations demeurent opposables aux installations, activités de soins ou équipements matériels lourds d'une région, jusqu'à la publication des dispositions du schéma d'organisation sanitaire applicable à ces activités ou équipements et au plus tard le 31 mars 2006 »*. C'est dans le cadre des nouveaux schémas

d'organisation sanitaire que les objectifs quantifiés sont établis, au plus tard donc à compter du 31 mars 2006.

Corrélativement, à partir du 1^{er} avril 2006, le système qui prévalait antérieurement de régulation « unilatérale » par les volumes n'aura plus cours.

Mais il est probable que les négociations relatives aux objectifs quantifiés prendront quelques semaines, à compter du 1^{er} avril 2006. D'une certaine manière, à partir de cette date existera donc un « vide juridique » concernant les modalités de mise en œuvre de la régulation.

C'est la raison pour laquelle le présent IV prévoit :

– une date butoir pour la fixation des objectifs quantifiés (ainsi que la détermination des pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs) : le 31 mars 2007 ;

– un mécanisme, analogue à celui envisagé à titre pérenne tel qu'il a été décrit plus haut, selon lequel à défaut de signature du contrat dans les délais, l'agence inscrit les objectifs et les pénalités y afférentes dans l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1, dans les trois mois qui suivent ;

– une précision venant couvrir le régime de la période qui courra entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007 : au cours de cette période, *« jusqu'à la conclusion [du] contrat ou [de l'] avenant, les titulaires d'autorisation (...) demeurent tenus au respect de la capacité des installations autorisées »* : autrement dit se trouvent pour cette période prolongés les dispositifs d'autorisation préexistants.

Article 31

Répartition des crédits destinés aux patients en unités de soins de longue durée

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a redéfini les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Parmi ses attributions figure une fonction de répartition des crédits de l'assurance maladie destinés aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées entre les établissements et services médico-sociaux ou de soins à tarification fixée par l'Etat. Ces crédits sont ceux relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). La CNSA est chargée de répartir ces fonds en enveloppes régionales et départementales (ce sont des dotations départementales dites limitatives) en fonction des besoins constatés, selon les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie en cours d'élaboration.

L'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, dont la rédaction résulte du I de l'article 59 de la loi du 11 février 2005, mentionne, parmi les établissements soumis à la partie de l'ONDAM gérée par la CNSA, les établissements de santé, publics ou privés, qui ont pour objet de dispenser des soins de longue durée, avec hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Ces établissements sont ceux visés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ⁽¹⁾.

Le paragraphe I de l'article 31 du projet de loi propose de retirer ces établissements du périmètre de compétence de la CNSA afin de préserver pleinement le caractère médical des prestations de soins qui y sont dispensées et d'éviter de les faire passer sous le régime de l'action médico-sociale.

Les unités de soins de longue durée accueillent en effet des patients relevant plutôt du secteur médico-social et des patients qui, par leur santé fragile et leurs pathologies, exigent une prise en charge sanitaire. Les crédits de l'ONDAM hors action médico-sociale ne doivent être orientés que vers cette seconde catégorie de patients, les premiers bénéficiant des crédits de la CNSA tirés de l'ONDAM médico-social. Le gouvernement souhaite inscrire ce partage dans le droit et l'affectation des crédits de l'assurance maladie.

Une telle réforme avait été tentée après le vote de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 « tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance » dont le titre V avait mis en place une réforme de la tarification des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et des établissements de santé

(1) *Les autres établissements relevant de l'ONDAM géré par la CNSA sont :*

- *les établissements ou services d'enseignement et d'éducation spéciale qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (visés au 2° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) ;*
- *les centres d'action médico-sociale précoce (3° de l'article L. 312-1) ;*
- *les établissements ou services de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle (b du 5° de l'article L. 312-1) ;*
- *les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (6° de l'article L. 312-1) ;*
- *les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert (7° de l'article L. 312-1) ;*
- *les établissements ou services accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées et mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services (11° de l'article L. 312-1) ;*
- *les établissements ou services à caractère expérimental accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées (12° de l'article L. 312-1)*

accueillant des personnes dépendantes. Ces établissements devaient conclure une convention tripartite avec le président du conseil général et l'assurance maladie, au plus tard le 31 décembre 1998, pour définir « *les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins* ».

Un groupe de travail a été constitué en 1998 afin d'étudier la répartition des résidents entre ceux dits « hospitalo-requérants » dont l'état exigeait des besoins de soins hospitaliers et les autres qui appelaient un traitement uniquement médico-social. Il n'a pas pu aboutir. Dès lors, la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 a placé l'ensemble des unités de soins de longue durée dans le périmètre des objectifs de dépenses gérés par la CNSA.

Le gouvernement a renoncé, en 2005, à introduire dans l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé une mesure permettant de ventiler les dépenses de l'ONDAM concernant les unités de soins de longue durée (USLD) entre les dépenses de santé et celles de l'action médico-sociale, en raison de manque de base légale dans l'habilitation donnée par le Parlement. La mesure est donc proposée dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

L'Inspection générale de l'action sociale a été chargée au cours de l'été 2005 de remettre un rapport sur les modalités permettant de procéder au partage. Depuis 1998, l'administration dispose de nouveaux outils permettant de mener à bien cette tâche. Existe notamment le modèle PATHOS permettant de définir la charge de soins des patients et donc leur degré de prise en charge sanitaire. Cet outil permet de ne plus s'appuyer uniquement sur les GIR (groupes iso-ressources) pour le classement des besoins.

En l'état, il semblerait qu'environ 10 % des résidents des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes soient « hospitalo-requérants ». Certains avancent toutefois le taux de 20 %. Il est d'ailleurs probable que plusieurs établissements aient un taux de 30 %. De même une grande partie des places en USLD pourraient en fait relever de l'action médico-sociale ; il est possible que seules 30 % des places d'un établissement nécessitent des soins lourds.

Le paragraphe **II** de l'article modifié par coordination l'article L. 174-5 du code de l'action sociale et des familles. Cet article, modifié par le II de l'article 59 de la loi du 11 février 2005, retire de l'ONDAM défini selon la procédure prévue par l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale les dépenses de soins dispensés dans les USLD hébergeant les personnes dépendantes pour les soumettre à la procédure budgétaire définie à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et qui est applicable aux prestations des établissements du secteur médico-social financées sur les crédits gérés par la CNSA.

Le projet de loi propose ainsi de rétablir la rédaction de l'article L. 174-5 antérieure à la loi du 11 février 2005 en remplaçant les dépenses de soins dispensés

dans les USLD hébergeant les personnes dépendantes dans la procédure de droit commun de l'ONDAM.

L'absence de disposition particulière sur l'entrée en vigueur de ces paragraphes I et II conduit à faire entrer en vigueur ces dispositifs au lendemain de la publication de la loi au *Journal officiel*. La réforme prévue par la loi du 11 février 2005, qui aurait dû être mise en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2006, restera donc sans application et la gestion des objectifs de dépenses des USLD ne sera pas modifiée.

Le paragraphe **III** de l'article met en place une procédure permettant de déterminer la nature des besoins en prestations des USLD selon leur caractère sanitaire ou médico-social et de répartir les crédits entre les objectifs de l'ONDAM de droit commun (article L. 174-1 du code de la sécurité sociale) et ceux de l'ONDAM médico-social gérés par la CNSA (article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles). Cette procédure s'ajoute, en y dérogeant, aux procédures décrites par les articles L. 174-1 et L. 314-3.

Un nouvel outil est créé à cet effet : le référentiel « *définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée* ». Cet instrument permettra de classer les prestations dispensées aux patients en USLD selon leur objet sanitaire ou médico-social. Il ne s'agit pas de faire un tri entre les patients mais de disposer d'une grille d'analyse de la nature des prestations dispensées. Ce référentiel doit ainsi permettre de déterminer la proportion de places en USLD qui doivent être orientées vers des projets médico-sociaux et celle de places ayant pour objet un traitement sanitaire. Lorsque des soins lourds s'imposent, les places doivent être orientées vers des projets adaptés à des structures médicalisées ou gériatriques : il est alors justifié que les crédits sortent de l'ONDAM médico-social géré par la CNSA.

Le référentiel doit être arrêté « *au vu du résultat des analyses transversales réalisées* ». Ces analyses sont les enquêtes, dites « coupes transversales », effectuées par les caisses régionales d'assurance maladie. Ces enquêtes consistent à sélectionner des groupes de patients par GIR et à analyser leurs charges en soins supportés par l'assurance maladie. Les analyses pour la construction du référentiel devraient débuter au début de l'année 2006. La Caisse nationale d'assurance maladie effectuera la synthèse des résultats.

Le groupe de travail chargé de préparer le référentiel a cependant déjà été mis en place. Il est dirigé par M. Michel Thierry, inspecteur général des affaires sociales.

Le référentiel doit être bâti « *sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie* ». L'objectif est de permettre aux médecins de l'assurance maladie de vérifier les critères médicaux de répartition et les qualifications sanitaires des affections prises en compte (l'affection nécessite-t-elle des soins de

longue durée ? est-elle déjà prise en charge par l'hôpital ? *etc.*). Dans la mesure du possible, le référentiel définira des clefs de répartition régionales.

A partir de ce référentiel, l'Etat fixe la répartition des crédits entre les objectifs de l'ONDAM de droit commun et ceux de l'ONDAM médico-social gérés par la CNSA. Cependant, la répartition des crédits doit être effectuée par établissement et s'appuyer sur le schéma régional d'organisation sanitaire et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie dont relève l'établissement institué par la loi du 11 février 2005.

Cette répartition fixera un pourcentage de places d'accueil de personnes nécessitant des soins hospitaliers et un pourcentage de places médico-sociales. Si le taux fixé pour les « hospitalo-dépendants » est supérieur à celui existant dans l'établissement, celui devra accueillir des « hospitalo-dépendants » et transférer vers des établissements médico-sociaux les patients ne nécessitant qu'un traitement médico-social afin de libérer des places médico-sociales pour des patients nécessitant un traitement sanitaire lourd.

La répartition des crédits sera fixée par arrêté conjoint du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, compétent au titre de l'assurance maladie, et le préfet, compétent au titre de l'action médico-sociale de l'Etat. La définition de l'autorité administrative compétente au sein de l'Etat ne relève toutefois pas du domaine de la loi.

Le budget de l'établissement ne sera pas réduit en proportion de la requalification des places selon les dotations minimales de convergence correspondantes applicables aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ou aux soins sanitaires lourds. La réforme s'opère à budget constant. Elle s'opère également sans modification de la capacité d'accueil des établissements. Cependant, il appartient aux directeurs d'établissement de modifier l'allocation des moyens entre les lits selon la répartition des crédits d'assurance maladie et d'action médico-sociale décidée par l'Etat.

Le projet de loi prévoit que la répartition des crédits est effectuée au 1^{er} janvier 2007. Si les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie ne sont pas encore, à ce jour, arrêtés, ils devraient l'être pour le début de l'année 2006. La CNSA est en cours d'élaboration d'un document cadre à partir de cinq régions pilotes – l'Aquitaine, le Centre, l'Ile-de-France, la Picardie et Rhône-Alpes – retenues pour définir la méthodologie, tester la définition des contenus des programmes et vérifier leur coordination et leur équilibre à l'échelon national ; il devrait être achevé à la fin du mois de novembre 2005.

Le paragraphe **IV** de l'article définit les conditions de mise en place de cette répartition des crédits au cas où l'Etat n'aurait pas été en mesure de l'arrêter au 1^{er} janvier 2007.

En ce cas, les ministres chargés de la santé, des personnes âgées et de la sécurité sociale arrêteront une clé de répartition des crédits et la répartition devra être effectuée sur cette base par un arrêté conjoint du préfet et du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation – précision ne relevant pas du domaine de la loi – avant le 1^{er} juin 2007. Les modalités de fixation de la clé de répartition seront définies par décret.

La répartition des crédits ainsi effectuée prendra effet seulement au 31 décembre 2007.

Ce délai de sept mois est justifié par les difficultés de traitement des établissements pour lesquels une répartition des crédits n'a pas pu être arrêtée selon la procédure du référentiel. Le dispositif du paragraphe IV n'a vocation à s'appliquer qu'exceptionnellement.

Pour ces établissements, la fixation des dépenses de soins en 2007 sera effectuée selon la procédure de l'article L. 174-5 : décision du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation après avis du président du conseil général pour les dépenses de soins, les dépenses étant intégrées dans l'ONDAM défini selon la procédure de droit commun de l'article L. 174-1 pour l'ensemble des places quelle que soit la nature du besoin de traitement du patient. Il y aura *statu quo*.

Le paragraphe V de l'article précise la finalité de la répartition des crédits. Il s'agit d'orienter les places des USLD : soit vers l'activité de soins des établissements médico-sociaux d'accueil des personnes âgées dont les crédits d'assurance maladie relèvent de l'ONDAM médico-social géré par la CNSA (établissements visés au 6^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) – il y aura en ce cas transformation de l'activité de soins de longue durée sur ces places en activité médico-sociale ; soit vers d'autres établissements de santé – pour l'essentiel les unités de médecine, chirurgie et obstétrique des hôpitaux – dont les crédits d'assurance maladie relèvent de l'ONDAM de droit commun.

Les décisions de répartition des crédits peuvent donc se traduire par un transfert de places d'unité de soins vers des places d'établissement médico-social. Or, en droit, une autorisation médico-sociale est en ce cas nécessaire. Elle devrait être délivrée par le préfet après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale conformément à la procédure prévue par l'article L. 313-1. Seul l'Etat est compétent pour ce type d'autorisation ; si la décision dépassait le classement des places en unité de soins ou en traitement médico-social pour toucher au nombre même de places autorisées dans l'établissement, une codécision du président du conseil général aurait été nécessaire.

Par souci de simplification, afin d'éviter aux USLD concernées de repasser par une nouvelle procédure d'autorisation après leur autorisation sanitaire délivrée par l'agence régionale d'hospitalisation à la suite de l'avis du comité

régional d'organisation sanitaire et sociale, le projet de loi prévoit que ces décisions de répartition valent autorisation médico-sociale pour les établissements médico-sociaux d'accueil des personnes âgées auxquelles elles s'appliquent.

Cette autorisation spéciale n'exonère toutefois pas d'obtenir une modification de l'autorisation de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et l'installation des équipements matériels lourds, prévue par l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

Article 32

Convention pluriannuelle, forfait soins des établissements médico-sociaux et fonctionnement des pharmacies à usage interne

Le présent article contient un ensemble de dispositions concernant les établissements médico-sociaux et certains des dispositifs médicaux qui leur sont applicables.

Le paragraphe I de l'article modifie les dates limites de signature des conventions tripartites par les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 « tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance » a engagé une réforme de la tarification des établissements médico-sociaux et de soins accueillant des personnes âgées. Son article 23 a conditionné l'accueil de personnes dépendantes à compter du 1^{er} janvier 1999 par ces établissements à la signature d'une convention tripartite pluriannuelle entre eux, l'assurance maladie et le président du conseil général.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a modifié l'obligation en reportant le terme au 31 décembre 2003 et l'a inscrite à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. La convention pluriannuelle doit être signée avec le président du conseil général représentant le département et la direction départementale de l'action sanitaire et sociale représentant l'Etat pour tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes dont le GIR moyen pondéré est supérieur à 300 et les établissements dispensant des soins de longue durée s'ils souhaitent pouvoir accueillir au-delà de cette date limite des personnes en état de perte d'autonomie. La perte d'autonomie est appréciée conformément à la définition qu'en donne l'article L. 232-2 du même code pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie.

La loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 a repoussé la date limite au 31 décembre 2005 et étendu

l'obligation aux logements-foyers en leur fixant comme date limite de signature le 31 décembre 2006. Conformément à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation, un logement-foyer est « *un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privés meublés ou non et des espaces collectifs* ».

Au 1^{er} août 2005, seules 4 052 conventions tripartites couvrant 4 300 établissements avaient été signées, soit 42 % du total susceptibles d'être signées par les 10 344 établissements visés par l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Il y en avait 3 722 au 31 décembre 2004 et le gouvernement escomptait pouvoir signer sur l'année 2005 mille cinq cents nouvelles conventions. L'objectif sera difficilement atteint.

Cependant le gouvernement estime que plus de 2 300 des 10 344 établissements devraient être exclus du champ d'application de la réforme dans la mesure où leurs résidents auraient un GIR ne dépassant pas 300. Compte tenu de cette réfaction, les établissements conventionnés totaliseraient les deux tiers des places pouvant être couvertes par des conventions tripartites, soit 334 519 sur 510 000, et l'objectif de signature des 8 000 établissements pourrait être atteint à la fin de l'année 2006.

Le projet de loi prend toutefois acte de la lenteur du processus de signature et propose donc de reporter de deux ans le délai pour les maisons de retraite et les établissements de soins de longue durée et d'un an pour les logements-foyers.

Le paragraphe II de l'article modifie le périmètre des prestations médicales prises en compte pour le calcul des tarifs soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a réformé la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées en répartissant leur tarification entre trois tarifs correspondant aux trois fonctions principales de ces établissements :

– le tarif ou forfait d'hébergement permettant de couvrir les frais d'hôtellerie et de restauration des personnes âgées, les frais d'administration générale, de personnels administratifs, d'entretien et d'animation et 70 % des dépenses d'agents de service. Le tarif journalier est arrêté par le président du conseil général pour les établissements habilités à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale ; pour les autres établissements, le tarif est libre ;

– le tarif ou forfait dépendance permettant de compenser la perte d'autonomie des personnes concernées : il finance l'aide et la surveillance pour les actes de la vie quotidienne, les surcoûts hôteliers liés à la dépendance et 30 % des dépenses d'aides soignantes, d'aides médico-psychologiques et des agents de service. Le tarif journalier est arrêté par le président du conseil général. Il est

modulé selon l'état de dépense du résident. Il est réglé par le résident qui peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie ;

– le tarif ou forfait de soins finançant la prestation des soins de base (entretien, hygiène, confort) et 70 % des dépenses d'aides soignantes et aides médico-psychologiques. Le tarif journalier est arrêté par le préfet après avis de la caisse régionale d'assurance maladie. Il est pris intégralement et directement en charge par l'assurance maladie et est donc transparent pour les résidents.

Cette décomposition figure à l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles. Elle impose aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes d'avoir un budget décomposé en trois sections indépendantes quant à leurs charges et leurs produits. Cette tarification ne s'applique qu'aux établissements ayant signé une convention tripartite.

Pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur (PUI), le dernier alinéa de l'article L. 314-8 du même code prévoit que les prestations de soins couvertes par le tarif de soins « *ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables* » par l'assurance maladie lorsque le médicament est dispensé en officine (liste de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale), ni les produits et spécialités remboursés par l'assurance maladie au titre des dispositifs médicaux à usage individuel (les fauteuils roulants ou les prothèses externes, par exemple), tissus et cellules issus du corps humain visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Le projet de loi modifie l'article L. 314-2 afin de ne plus viser dans la loi les listes de médicaments, produits et prestations remboursables et de renvoyer à un arrêté la détermination de la liste des prestations de soins prises en compte pour la détermination du forfait soins. Cet arrêté sera d'un niveau ministériel.

Sur un autre plan, il prévoit que pour les établissements accueillant des personnes âgées disposant d'une PUI et pour les établissements accueillant des personnes âgées membres d'un groupement de coopération sanitaire ou médico-sociale qui dispose d'une PUI, le tarif soins comprend les médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables visée par l'article L. 162-17. Cette prise en charge des médicaments par le tarif soins est également ouverte, sur leur demande, à tous les autres établissements accueillant des personnes âgées.

Cette réforme conduit à réévaluer le tarif soins des quelque quatre mille trois cents établissements ayant signé une convention tripartite et offre la possibilité à ceux qui n'en ont pas signé de le faire également dans les mêmes conditions.

Cette réévaluation prendra effet au 1^{er} janvier pour les établissements sous convention tripartite et pour ceux qui en auront fait la demande. Cette demande

pourra être présentée antérieurement à cette date. Le gouvernement estime qu'une année sera nécessaire pour l'élaboration de ces nouveaux forfaits de soins.

Les paragraphes **III** et **IV** de l'article tendent à permettre aux groupements de coopération médico-sociale de gérer une pharmacie à usage intérieur (PUI) commune.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a permis aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, dont la liste figure à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et aux personnes physiques et institutions gestionnaires d'une manière permanente de ces établissements et services sociaux et médico-sociaux de créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale « *afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge de l'accompagnement* » (article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles). Ces groupements permettent des interventions communes des professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire, des professionnels salariés du groupement et des professionnels associés ; ils peuvent être autorisés, à la demande de leurs membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services et assurer directement l'exploitation de l'autorisation sociale et médico-sociale après accord de l'autorité qui l'a délivrée.

Les établissements autorisés à disposer d'une ou plusieurs PUI sont limitativement énumérés par l'article L. 5125-17 du code de la santé publique ; il s'agit :

- des établissements de santé et des établissements médico-sociaux dans lesquels sont traités des malades ;
- des syndicats interhospitaliers ;
- des groupements de coopération sanitaire ;
- des hôpitaux des armées ;
- des installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 du code de la santé publique ;
- des établissements pénitentiaires dans lesquels le service public hospitalier n'assure pas les soins et des services départementaux d'incendie et de secours.

La loi limite l'activité des pharmacies à usage intérieur à l'usage particulier des malades, sauf recherches biomédicales réalisées sur des produits, substances ou médicaments après autorisation délivrée à titre exceptionnel par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Le régime des PUI résulte de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 précitée.

Le projet de loi propose d'étendre aux groupements de coopération sociale ou médico-sociale les facilités d'usage d'une PUI accordée par la loi aux groupements de coopération sanitaire. Les attributions des groupements de coopération sociale ou médico-sociale figurant à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et le régime des PUI figurant à l'article L. 5126-1 du code de la santé publique sont modifiées en ce sens respectivement par les paragraphes III et IV de l'article.

Les paragraphes V et VI de l'article visent à permettre aux pharmaciens titulaires d'une officine de gérer une PUI.

Actuellement, l'article L. 5125-17 du code de la santé publique, qui régit l'activité de pharmacien d'officine, interdit aux titulaires d'une autorisation d'exploitation d'une officine d'exercer toute autre activité pharmaceutique du fait que tous leurs diplômes sont enregistrés pour l'exploitation de l'officine.

Le paragraphe V abroge cette disposition incompatible avec la possibilité de gérer une PUI. Mais comme le dispositif du projet de loi abroge le sixième alinéa de l'article L. 5125-17, la totalité de l'interdiction d'exercice d'une activité pharmaceutique hors de celle de l'exploitation de l'officine est levée, et pas seulement pour la gestion d'une PUI. Un pharmacien d'officine pourra donc, de ce fait, avoir des fonctions et activités pharmaceutiques dans des laboratoires, dans une autre officine ou dans quelque autre cadre dès lors que l'activité de pharmacie est conforme avec les règles professionnelles définies par l'ordre des pharmaciens et est enregistrée selon les règles fixées par le code de la santé publique.

Le paragraphe V permet aux pharmaciens libéraux d'assurer la gérance d'une PUI, sous réserve d'y avoir été autorisé par le préfet (la précision de l'autorité administrative compétente de l'Etat ne relève pas du domaine de la loi), après avis du Conseil national de l'ordre des pharmaciens et l'inspection de la pharmacie.

Ce pouvoir d'appréciation pour la délivrance de l'autorisation ne sera pas totalement discrétionnaire : la loi impose de tenir compte de deux critères : la compatibilité de cette gérance avec l'obligation d'exercice personnel imposée à tout pharmacien gestionnaire ; la proximité de l'officine où exerce le pharmacien libéral et l'établissement abritant la PUI.

Avec le premier critère, le préfet pourra privilégier le pharmacien le plus disponible à la PUI. Avec le second critère, il s'agit de privilégier le pharmacien d'officine de la commune d'implantation de l'établissement disposant de la PUI par rapport à ceux qui seraient candidats et titulaires d'une officine dans d'autres communes.

Article 33

Transfert du financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues et des lits halte soins santé à l'assurance maladie – Création d'un nouvel objectif médico-social

Cet article a un triple objet : permettre la prise en charge par l'assurance maladie des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) et des lits halte soins santé (LHSS) ; créer un objectif de dépenses médico-social spécifique concernant les établissements médico-sociaux hors champ de compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui inclurait en conséquence l'action des CAARUD et des LHSS.

- *Le transfert du financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD) de l'Etat à l'assurance maladie*

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD) sont des structures de premier accueil, mais également des structures œuvrant à la prévention des risques infectieux ainsi qu'à la réduction des dommages sociaux.

A la suite, notamment, de la réunion d'un comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie le 16 juin 1999, ont été posés, à titre expérimental, les premiers jalons d'une politique de réduction des risques chez les usagers de drogue par une circulaire du 13 septembre 1999 relative à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances.

L'article 12 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a consacré, au plan législatif, cette politique.

Ainsi ont été introduits dans le code de la santé publique trois articles L. 3121-3 à L. 3121-5, posant le principe de la définition par l'Etat de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue, définissant les objectifs de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue et définissant les CAARUD de la manière suivante (*article L. 3121-5*) :

« Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue relèvent du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques. Leurs missions sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« Les dépenses afférentes aux missions des centres visés par le présent article sont prises en charge par l'Etat, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales.

« Les actions de réduction des risques sont conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par décret.

« Les personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite. »

En faisant relever les CAARUD du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, le premier alinéa de l'article L. 3121-5 les inclut dans la catégorie constituée des *« établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et les appartements de coordination thérapeutique »*, définis par ce même article comme l'une des catégories constitutives des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La structure juridique des CAARUD devient ainsi comparable à celle des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) ou des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Un décret en Conseil d'Etat n° 2005-347 du 14 avril 2005 a approuvé le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue, établi en application du troisième alinéa de l'article L. 3121-5 du code de la santé publique.

Le présent article vise à modifier les modalités du financement de ces structures ainsi définies.

Aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 3121-5 du code de la santé publique, *« les dépenses afférentes aux missions des centres visés par le présent article sont prises en charge par l'Etat »*, étant précisé que cela vaut *« sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales »*.

Aujourd'hui, le financement des CAARUD est assuré, sur les crédits de l'Etat, par le chapitre 39-01 (Programme « santé publique – prévention »).

Cela pose, selon la présentation établie par les services du ministère de la santé et des solidarités, deux types de difficultés.

D'une part, ainsi que le précise l'exposé des motifs de l'article, le financement est assuré sur ce chapitre 39-01 *« alors qu'il s'agit de services qui assument des activités de prise en charge de manière pérenne »*.

En effet, les CAARUD sont des établissements de nature privée, le plus souvent associatifs. En tant qu'établissements médico-sociaux, ils sont, conformément à la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et

médico-sociale, soumis à des conventions collectives nationales, par exemple les conventions de 1951 ou de 1966.

Or l'application des dispositions de ces conventions ne va pas sans engendrer certaines dépenses (concernant les rémunérations en particulier), dépenses qui ont un caractère pluriannuel et auxquelles ne satisferait donc pas pleinement la perspective annuelle offerte par la loi de finances.

D'autre part, ce type de financement ne serait pas très cohérent au regard des modalités de financement actuelles des autres institutions médico-sociales, en particulier les CSST et les CCAA, qui relèvent de l'assurance maladie.

Le secteur de la prise en charge des pratiques addictives a en effet déjà donné lieu, par étapes successives, à un financement croissant par l'assurance maladie :

– la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a opéré le transfert du financement des dépenses médico-sociales des CCAA – les dépenses d'organisation, de coordination, de prévention et de traitement de l'alcoolisme en général restant à la charge de l'Etat, et ce à la suite de la consécration des CCAA comme institutions médico-sociales aux termes de la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions ;

– la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a procédé au transfert de l'Etat à l'assurance maladie des dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutiques (ACT) (qui ont vocation à accueillir des personnes atteintes par le VIH ou par d'autres pathologies graves et se trouvant en situation de précarité) ;

– la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a transféré de l'Etat à l'assurance maladie les charges résultant du financement des CSST.

Ainsi, selon l'exposé des motifs du présent article, « *le financement des CAARUD dans le cadre de l'ONDAM permettra alors de renforcer la cohérence du dispositif de soins dans le champ des pratiques addictives* ».

D'après les informations transmises par les services du ministère de la santé et des solidarités au rapporteur, les sommes ainsi transférées sont évaluées comme étant de l'ordre de 10 à 15 millions d'euros.

• *La prise en charge financière par l'assurance maladie des lits halte soins santé*

Le présent article vise également à assurer la prise en charge financière des lits halte soins santé par l'assurance maladie.

La consécration par la loi de ces structures, qui existent aujourd'hui à seul titre expérimental, devrait permettre des économies de soins. Il existe en effet un réel besoin de structures pour les personnes qui ne sont pas assez malades pour

être accueillies par l'hôpital mais ne peuvent pour autant rester dans la rue – sauf à voir leur pathologie dégénérer de manière importante et être alors à l'origine de dépenses importantes. Le cas (souvent bénin) d'une grippe soignée à domicile l'illustre bien : le simple fait de garder la chambre assure le caractère bénin de la pathologie. Mais celle-ci pourrait s'aggraver dans le cas d'un sans-domicile.

Il convient en outre de souligner que ces structures sont une manière de prendre en charge les personnes à la marge qui parfois refusent les institutions traditionnelles. Les LHSS permettraient également de réaliser au profit de ces personnes un bilan de soins global.

Ces structures s'inscrivent aujourd'hui dans le cadre des expérimentations prévues, notamment, à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale.

Les dépenses nouvelles ainsi mises à la charge de l'assurance maladie seraient – selon les informations transmises au rapporteur par les services du ministère de la santé et des solidarités – de l'ordre de 6,3 millions d'euros.

- *La création d'un objectif de dépenses médico-social spécifique concernant les établissements médico-sociaux hors champ de compétence de la CNSA*

Troisième apport de cet article, la création d'un objectif de dépenses médico-social spécifique concernant les établissements médico-sociaux hors champ de compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Conformément aux explications figurant dans l'exposé des motifs, « *il s'agit de tirer les conséquences de la mise en place d'un objectif délégué à la CNSA qui exclut de son champ certains établissements médico-sociaux (appartements de coordination thérapeutiques, centres de soins spécialisés aux toxicomanes et centres de cure ambulatoire en alcoologie).* »

D'une certaine manière, est ainsi créé un objectif complémentaire de l'objectif délégué à la CNSA mais qui répond, pour l'essentiel, à un mécanisme comparable, détaillé par le présent article.

L'action des CAARUD et des LHSS est incluse dans le nouvel objectif.

Qu'est-ce que les lits halte soins santé ?

Ces structures existent aujourd'hui à titre expérimental seulement, depuis 1993. La plus célèbre est le SAMU social de Paris, mais de nombreuses autres sont ouvertes dans d'autres villes (Toulouse, Strasbourg ou Lille pour ne citer que quelques exemples), qui se caractérisent par l'hétérogénéité de leur organisation et de leur mode de financement. Cette disparité est telle qu'elle est susceptible de créer un risque en particulier d'ordre sanitaire.

C'est cette situation qui a inspiré l'idée de conférer un cadre aux structures existantes, et ce en conformité avec des exigences sanitaires, d'environnement, ... La constitution d'une structure permet en outre de consolider les modalités de financement des LHSS.

Le 6 juillet 2004 s'est tenue une conférence interministérielle pour la lutte contre les exclusions, au terme de laquelle est apparue l'idée de doter ces structures d'un statut plus officiel. Des évaluations effectuées dès 1996 avaient déjà mis en évidence l'existence de 200 lits pouvant accueillir des sans-domicile. Un groupe de travail d'une trentaine de personnes (représentants des administrations, des associations, ...) a été mis en place et a mené une réflexion de septembre 2004 à avril 2005. Ses travaux se sont achevés avec l'élaboration d'un cahier des charges. Au terme de cette réflexion, quelques éléments apparaissent qui préfigurent le nouveau statut des lits halte soins santé. Celui-ci pourrait être inspiré des principes suivants.

Les lits halte soins santé seraient définis comme des établissements médico-sociaux au sens du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Ils seraient destinés à l'accueil des personnes dont l'état de santé ne nécessite pas d'hospitalisation mais ne permet pas non plus de rester dans la rue (cas d'une gastro-entérite, du port d'un plâtre, ... par exemple). A l'issue du passage dans le LHSS, la personne pourrait être transférée dans un appartement de coordination thérapeutique, une maison relais, un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, voire retourner dans la rue.

La définition de l'implantation de ces structures est souple. Les besoins de la capitale et ceux des départements ruraux sont en effet très différents. Si les besoins sont importants, une entité de grande taille sera établie en un lieu unique ; si ce n'est pas le cas, quelques lits peuvent être aménagés dans des lieux dispersés. En tout état de cause, la capacité du LHSS ne devrait pas excéder 30 lits, car sinon la structure deviendrait hospitalière. Or il ne s'agit pas de créer une structure qui puisse se substituer à l'hôpital.

L'admission se ferait sur avis médical. La régulation entre les différents dispositifs pourrait être réalisée par le biais du « 115 » ou par l'intermédiaire d'une structure associative. La durée du séjour ne devrait pas excéder deux mois – même si elle reste, en tout état de cause, conditionnée à l'état de santé du malade.

Les LHSS devraient constituer une structure à même d'offrir avant tout naturellement un lit, mais également certains soins – sans être néanmoins dédiés à une pathologie donnée. Un médecin référent effectuerait les opérations de diagnostic et les prescriptions, et assurerait le lien avec les anciens services sanitaires ayant pu être fréquentés par l'intéressé. Le passage par un LHSS doit permettre dans certains cas au patient d'apprendre à mettre en œuvre tout seul un traitement médical (cas d'un diabétique par exemple).

Mais les LHSS se veulent aussi une structure d'accompagnement social et d'animation, de façon à donner envie aux intéressés de tisser du lien social (notamment grâce à l'action de travailleurs sociaux, d'assistantes sociales, ...).

Au plan institutionnel, la structure du LHSS pourrait être gérée par un organisme privé (une association) ou par un organisme public (un hôpital par exemple, mais en une structure distincte, au plan budgétaire également, de la structure hospitalière). Le LHSS comporte des personnels, qui peuvent lui être propres pour partie : un responsable administratif ; un régulateur ; une « maîtresse de maison » pour veiller aux divers aspects logistiques ; des personnels soignants ; des personnels para-médicaux (infirmières, kinésithérapeutes, aides soignantes, ...). Naturellement, ces personnes ne sont pas nécessairement employées à temps plein.

Des partenariats pourraient être conclus entre les différentes structures : LHSS, hôpitaux, associations, ... (sous la forme de convention, protocoles, contrats, ...).

Une évaluation de l'activité de ces structures et de leur conformité à un cahier des charges serait en outre mise en place.

• *Le dispositif proposé*

Le **I** de l'article 33 procède à une nouvelle rédaction du deuxième alinéa de l'article L. 3121-5 du code de la santé publique.

Celui-ci prévoyait jusqu'ici que « *les dépenses afférentes aux missions des centres visés par le présent article sont prises en charge par l'Etat, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales.* »

Ces termes se retrouvent de manière inchangée dans la nouvelle rédaction proposée, à deux réserves près :

– d'une part, la prise en charge n'est plus effectuée par l'Etat, mais par l'assurance maladie, conformément à l'objectif central du présent article ;

– d'autre part, une phrase nouvelle complète cet alinéa : « *Pour le financement de ces dépenses, il n'est pas fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale* ».

Cette précision vise à garantir l'accès à ces structures à tous (en particulier aussi aux plus démunis) : il n'est donc pas requis que ces personnes remplissent les conditions nécessaires pour l'ouverture de droits à remboursement ni que le remboursement ait été effectué par les organismes de sécurité sociale ; de plus, les dispositions relatives au forfait journalier, mentionnées à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, ne sont, dans un même but, pas opposables.

Le **II** prévoit un régime de financement transitoire pour le début de l'année 2006. En effet, le présent transfert devrait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2006. A cette date, plus aucun financement ne serait effectué par l'Etat. Mais pour autant, le financement par l'assurance maladie ne serait pas effectif. En effet, après allocation des moyens disponibles par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) vont négocier les budgets pour les différents établissements dans le département, aux termes de la longue procédure contradictoire de droit commun prévue à cet effet, de manière à fixer la répartition nouvelle des financements par l'assurance maladie – et ce conformément à la loi du 2 janvier 2002.

En pratique, cette procédure est longue : dès le mois d'octobre, les établissements envoient aux DDASS leurs budgets prévisionnels ; les négociations, contradictoires, avec les DDASS, peuvent ensuite se poursuivre jusqu'au mois de mars. Au terme de cette procédure, un arrêté préfectoral fixe la

répartition ainsi établie, répartition qui vaut, pour les caisses dites « pivot », autorisation de mettre en application les budgets et les tarifications y afférentes.

Le présent II prévoit donc, pour cette période, un mécanisme transitoire de financement par versement d'acomptes mensuels par les caisses d'assurance maladie : « *Dans l'attente de l'arrêté fixant la dotation globale pour l'année 2006, les caisses d'assurance maladie versent à chaque structure de réduction des risques pour usagers de drogues dont les missions correspondent à celles définies conformément à l'article L. 3121-5 du code de la santé publique et antérieurement financée par l'Etat des acomptes mensuels sur la dotation globale de financement, égaux au douzième de la participation de l'Etat allouée à chaque structure.* »

Ce même paragraphe précise, en une phrase finale, que « *tout refus d'autorisation d'un centre met fin à son financement par l'assurance maladie* ». Il convient en effet de garder à l'esprit que la loi du 2 janvier 2002 a établi un mécanisme de soumission à autorisation des créations, transformations ou extensions d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (autorisations données, selon les cas, par le président du conseil général ou l'autorité compétente de l'Etat, après avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale ou du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, du comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle ou du conseil régional) (*articles L. 313-1 et L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles*).

Le **III** procède à des modifications (pour partie pour coordination) dans le code de la sécurité sociale.

Le **1°** substitue, dans le deuxième alinéa de l'article L. 162-43, aux mots : « *l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3* » les mots : « *les objectifs de dépenses mentionnés respectivement aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2* ».

L'article L. 162-43 définit la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR). Il précise que l'arrêté interministériel déterminant le montant de cette dotation au plan global, ainsi que sa répartition au plan régional, opère aussi la répartition de la dotation nationale en parts, qui s'imputent respectivement sur différents objectifs. Or le présent article 33 porte création d'un nouvel objectif de dépenses médico-social spécifique concernant les établissements médico-sociaux hors champ de compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans un nouvel article L. 314-3-2 : il était dès lors normal de faire figurer ce dernier dans l'article L. 162-43 au côté des autres objectifs.

Le **2°** procède à une modification de l'article L. 174-9-1 d'une double manière.

D'une part, le **a)** insère dans le premier alinéa la référence aux lits halte soins santé et aux CAARUD. Jusqu'ici, le premier alinéa de l'article L. 174-9-1 prévoyait que seuls « *les centres de soins spécialisés aux toxicomanes [les CSST] mentionnés à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle [de l'assurance maladie]* ».

Dès lors que les CAARUD et les LHSS seraient pris en charge par l'assurance maladie également, il conviendrait de les intégrer parmi les bénéficiaires de cette dotation globale annuelle.

D'autre part, le **b)** procède, pour des raisons similaires de coordination, à une nouvelle rédaction du deuxième alinéa de l'article L. 174-9-1, selon lequel *« la répartition des sommes versées à ces centres au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition des charges des dotations globales hospitalières pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2 »*.

Il convenait de ne plus viser de manière restrictive « ces » centres : le nouvel alinéa proposé évoque la répartition des sommes versées à ces établissements au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie.

Par ailleurs, la référence au régime de la répartition de la dotation selon les dotations globales hospitalières pour l'année considérée n'est pas exacte. Ce mode de financement date de l'époque où les CSST étaient exclusivement des structures hospitalières – ce qui n'est plus toujours le cas. En tout état de cause, il ne correspond pas au mode de financement applicable aux CAARUD ou aux LHSS. C'est la raison pour laquelle la nouvelle rédaction précise simplement que la répartition des sommes est *« effectuée chaque année suivant la répartition qui résulte de l'application de l'article L. 174-2 »*.

On rappellera pour mémoire que l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale pose le principe de base de la répartition de la dotation annuelle : celle-ci est versée pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Il s'agit de la caisse « pivot », qui assure le financement d'une dotation globale, en procédant notamment à des avances, à charge pour elle de récupérer dans un deuxième temps les dépenses qu'elle a engagées au profit d'autres caisses.

Le **IV** procède à la modification du code de l'action sociale et des familles.

Le **1°** opère une modification de coordination, en insérant dans la liste des établissements qui figurent déjà au 9° du I de l'article L. 312-1 les CAARUD et les LHSS. Il va sans dire que les CAARUD étaient déjà formellement, aux termes du premier alinéa de l'article L. 3121-5 du code de la santé publique, des établissements relevant *« du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles »*. Quant aux LHSS, la volonté du législateur est donc ainsi clairement affichée de les soumettre également au régime de droit commun des établissements sociaux et médico-sociaux.

Le **2°**, poursuivant le même objectif, prévoit, dans le cinquième alinéa de l'article L. 313-1, que non seulement à titre transitoire la première autorisation délivrée aux CSST a une durée de 3 ans, mais que ce régime transitoire initial

s'applique de même aux CAARUD – dans le but de favoriser une pérennisation progressive de ces structures.

Le 3° procède à une harmonisation au sein de l'article L. 313-4, relatif au régime de l'autorisation, qui énumère les critères en vertu desquels l'autorisation peut ou non être accordée. Il permet ainsi de faire référence à l'article L. 314-3-2, article définissant le nouvel objectif de dépenses médico-social spécifique ainsi que les dotations y afférentes : au cinquième alinéa, selon lequel un projet, pour être autorisé, doit présenter un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations ; au septième alinéa, qui prévoit le cas où l'autorisation a été refusée en raison de son incompatibilité avec les dispositions relatives aux dotations ; au huitième alinéa, relatif à la situation où les dotations ne permettent pas de financer la totalité des projets.

Le 4° concerne l'hypothèse dans laquelle l'autorisation peut être refusée lorsque les coûts de fonctionnement sont susceptibles d'entraîner, pour les organismes de sécurité sociale, des charges injustifiées ou excessives compte tenu des objectifs et dotations, ainsi que le prévoit le dernier alinéa de l'article L. 313-8. En insérant dans cet alinéa la référence à l'article L. 314-3-2, ce 4° permet que soient pris en considération également le nouvel objectif et les nouvelles dotations.

Le 5° procède à l'insertion de deux nouveaux articles après l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

– **L'article L. 314-3-2** porte création d'un nouvel objectif de dépenses.

Celui-ci est défini par le **premier alinéa** de cet article comme « *l'objectif de dépenses correspondant au financement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, des établissements et des actions expérimentales mentionnés à l'article L. 314-3-3* ».

Ces établissements et ces actions expérimentales recouvrent les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), les appartements de coordination thérapeutique (ACT), les CAARUD, les LHSS et les actions expérimentales médico-sociales mentionnées à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale.

Le financement de ces structures serait, conformément à la démarche de l'ensemble de cet article 33, confié à l'assurance maladie.

Le même alinéa précise que cet objectif est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget, « *chaque année, dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale* ».

Par ailleurs, ces mêmes autorités établissent également, parallèlement, « *le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations*

globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations servies par ces mêmes établissements ». Il s'agit de soumettre les structures concernées aux mêmes règles de droit commun que l'ensemble des autres établissements médico-sociaux, donc de leur attribuer un objectif de dépenses qui pourra, le cas échéant, être opposé aux demandes d'enveloppes jugées excessives – parallèlement aux règles de tarification établies, s'agissant des autres établissements sociaux et médico-sociaux, à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

Il faut toutefois noter une différence avec les établissements sociaux et médico-sociaux concernant les personnes âgées et handicapées : c'est dans ce cas la CNSA qui impulse la dynamique tarifaire, alors qu'au cas présent, l'initiative vient des ministres compétents. Pour le reste, le déroulement des opérations de répartition des dotations par l'intermédiaire des DRASS et des DDASS, jusqu'aux établissements, repose sur des mécanismes analogues.

Le **deuxième alinéa** précise les modalités de fixation du nouvel objectif. Celui-ci sera fixé « *en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement* ». En effet, ce nouvel objectif entrera, au sein des sous-objectifs tels qu'ils sont définis par l'article 43 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, dans la catégorie des « *autres dépenses de soins* », et définis par l'annexe 7 comme les « *soins pour les ressortissants français à l'étranger, la dotation nationale en faveur des réseaux et les dépenses médico-sociales non déléguées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (qui concernent notamment les dépenses de centres de soins spécialisés pour toxicomanes, des centres de cure en alcoologie et des appartements de coordination thérapeutique [étant entendu que ce champ est élargi] aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) jusque là financés par l'Etat* ».

La fixation de cet objectif n'interviendra toutefois qu'après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale, à savoir la part consacrée à la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). On rappellera qu'il s'agit de la dotation dont disposent les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) pour mettre en place des réseaux, par exemple dans le but d'établir un lien entre l'hôpital et la médecine de ville.

Ce même alinéa précise que le nouvel objectif « *prend en compte l'impact des éventuelles modifications des règles de tarification des prestations, ainsi que celui des changements de régime de financement des établissements et services concernés* ».

L'**avant-dernier** et le **dernier alinéa** décrivent le mécanisme, de droit commun, de la répartition :

– la constitution de dotations régionales dont le montant est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction d'un certain

nombre de critères limitativement énumérés : besoins de la population ; orientations définies par les schémas prévus à l'article L. 312-5, autrement dit les schémas d'organisation sociale et médico-sociale ; priorités définies au niveau national, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services ; objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions.

– chaque dotation régionale est ensuite répartie par le représentant de l'Etat dans la région, après avis du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et des représentants de l'Etat dans les départements en dotations départementales limitatives. Le même alinéa précise que ces dotations peuvent être ensuite réparties par le représentant de l'Etat dans le département, en dotations selon des catégories de bénéficiaires ou de prestations.

– **L'article L. 314-3-3** énumère les catégories d'établissements et d'actions expérimentales concernés par le nouvel objectif de dépenses, conformément à ce qui était annoncé au premier alinéa de l'article L. 314-3-2 :

– les centres spécialisés de soins aux toxicomanes mentionnés à l'article L. 314-8 ;

– les centres de cure ambulatoire en alcoologie mentionnés à l'article L. 3311-2 du code de la santé publique ;

– les appartements de coordination thérapeutique, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et les structures dénommées « lits halte soins santé » mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1.

L'article précise que sont incluses dans l'objectif les actions expérimentales de caractère médical et social mentionnées à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale.

Le 6° du IV de cet article 33 procède à une modification de l'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles pour préciser que le montant global des dépenses autorisées ainsi que les tarifs des établissements et services sont notifiés à l'autorité compétente au terme d'une procédure contradictoire : avec l'insertion de la référence à l'article L. 314-3-2 dans le II de l'article L. 314-7, cette règle est opposable aussi dans le cadre de la procédure relative à la nouvelle dotation.

De même, avec l'insertion de la référence à l'article L. 314-3-2 dans le III de l'article L. 314-7, est opposable, dans le cadre de la nouvelle dotation, la règle selon laquelle l'autorité compétente en matière de tarification ne peut modifier que les prévisions de charges ou de produits insuffisantes ou qui ne sont pas compatibles avec les dotations de financement.

Le 7^o procède à l'insertion, dans le sixième alinéa de l'article L. 314-8, après la référence aux centres de soins spécialisés aux toxicomanes, de la référence à des « structures dénommées « lits halte soins santé » ». Ce sixième alinéa disposant que les dépenses médico-sociales des CSST sont prises en charge par l'assurance maladie, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités locales, la présente modification permet d'inclure les LHSS dans ce dispositif et vise à prévoir ainsi leur prise en charge par l'assurance maladie.

Le rapporteur ne partage pas entièrement l'inspiration au fondement de cet article. Il considère en effet que le financement de ce type de structures relève en principe de la compétence de l'Etat, en partenariat, le cas échéant, avec les collectivités territoriales.

C'était d'ailleurs ce principe qui avait été retenu lors de la discussion du projet de loi relatif à la politique de santé publique, au moment de la consécration législative des CAARUD par l'adoption de l'amendement du sénateur Bernard Plasait – qui l'avait défendu, lors de la séance du 14 janvier 2004, en des termes sans équivoque : « *Cet amendement vise donc à la fois à affirmer le caractère indispensable de la politique de réduction des risques et à la resituer dans la politique générale de santé publique (...). Cet amendement porte sur la définition de la politique de réduction des risques, sur le contrôle de ses grandes orientations par l'Etat, sur les dépenses afférentes aux centres d'accueil et d'accompagnement, qui doivent être financées par l'Etat, et, enfin, sur la garantie que la prise en charge se fera de façon anonyme et gratuite* ».

Il est indéniable que l'activité des CAARUD et des LHSS correspond à la prise en charge d'une population bien déterminée, ciblée, qui n'est pas prioritairement celle de l'ensemble des assurés sociaux auxquels a naturellement vocation à s'adresser l'assurance maladie.

Dans le même temps, le rapporteur entend les arguments développés par le gouvernement, relatifs à la pérennisation de ces structures, à travers une cohérence institutionnelle qui peut se justifier au regard des transferts déjà effectués par le passé.

Surtout, il est sensible à l'intérêt évident de ces structures et à la nécessité non seulement de les préserver mais aussi de les développer. Il souhaiterait néanmoins que le gouvernement, lors de la séance publique, précise dans le détail les motivations du choix de financement ainsi effectué et la raison pour laquelle aucun autre mode de financement n'était envisageable pour garantir l'efficacité de l'action des CAARUD et des LHSS.

Article 34

Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des groupements d'entraide mutuelle, de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et des services de soins infirmiers à domicile

1. Le financement des groupes d'entraide mutuelle

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini, au bénéfice de toute personne handicapée, un « *droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* ». Une prestation de compensation finançant la prise en charge de dépenses liées à des besoins d'aide, d'aménagement, d'acquisition ou d'entretien a notamment été mise en place à cette fin.

En définissant le droit à compensation à l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles, le Parlement a souhaité que ce droit permette de répondre aux besoins les plus variés des personnes handicapées et contribue à développer des politiques innovantes de soutien et d'accompagnement. Parmi celles-ci figure explicitement le « *développement de groupes d'entraide mutuelle* ».

L'article L. 114-3 du code de l'action sociale et des familles, refondu par l'article 4 de la loi du 11 février 2005, a également rangé le développement des groupes d'entraide mutuelle parmi les actions de la politique nationale de prévention du handicap.

Ces groupements n'ont pas de statut législatif ou réglementaire. Les deux dispositions de la loi du 11 février 2005 constituent donc une véritable consécration pour ces structures associatives. Ces groupements ont été créés sous forme de clubs ou d'associations par les familles et les proches des personnes atteintes de troubles psychiques handicapant et par ces personnes elles-mêmes afin d'offrir un accompagnement du handicap psychique par une meilleure socialisation et orientation de ces personnes handicapées. Ces clubs permettent aux personnes atteintes d'un handicap psychique de sortir de leur milieu habituel, de disposer d'un suivi social spécialisé et d'être orienté vers des actions médico-sociales ; ils permettent également de mutualiser les moyens des familles, des proches et des pouvoirs publics.

Le plan de santé mentale du gouvernement, qui met en œuvre des actions curatives et un traitement social du handicap psychique, contient un volet social de soutien à ces groupements d'un montant de 20 millions d'euros. Le gouvernement estime que les crédits ouverts permettraient de créer 300 groupements. Un cahier des charges type est en cours d'élaboration en concertation avec les associations représentatives.

Le gouvernement et la CNSA estiment que ces 20 millions d'euros devraient permettre de couvrir tous les besoins exprimés jusqu'à présent par les associations de soutien aux personnes atteintes d'un handicap psychique. Les groupes d'entraide mutuelle sont en effet des structures légères qui ont essentiellement besoin de disposer d'un animateur et de crédits de fonctionnement.

Le caractère d'action médico-sociale de ces groupements a conduit le gouvernement à proposer de confier à la CNSA la charge de financer les crédits destinés à ces groupements.

Le crédit de 20 millions est tiré du budget de l'Etat mais sera incorporé au budget de la CNSA par voie de fonds de concours à compter de 2006. Le fonds de concours permettra de reconduire le financement dégagé en 2005. Une disposition législative expresse est nécessaire à cette fin car les ressources de la CNSA et leur affectation à des dépenses sont strictement définies par la loi (article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles).

Le 1° du paragraphe I de l'article ajoute donc aux charges financées par la première sous-section des comptes de la CNSA (voir le chapitre D de la première partie du rapport sur la branche vieillesse de Mme Cécile Gallez) une contribution au financement des groupes d'entraide mutuelle. Cette contribution sera individualisée dans le budget de la CNSA pour 2006 ; la mesure en direction des groupes d'entraide mutuelle ne réduit donc pas les autres interventions de la CNSA en faveur des personnes handicapées.

Le fonds de concours sera créé par un règlement ministériel. Son abondement sera arrêté en loi de finances pour 2006.

Cette action se place dans un champ juridique expérimental. Il faudrait tirer le bilan de la mise en place des groupes d'entraide mutuelle afin de les incorporer dans le dispositif d'autorisation médico-social organisé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et leur donner enfin un statut législatif.

2. Le financement de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

L'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale ouvre droit, pour toute personne assumant la charge d'un enfant handicapé, de recevoir l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à 80 %. Un complément d'allocation est accordé pour l'enfant atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exige des dépenses particulièrement coûteuses ou nécessite le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne.

Ce même article permet d'attribuer l'allocation et, le cas échéant, son complément pour les enfants atteints d'un taux d'incapacité d'au moins 50 % dans

le cas où l'enfant fréquente un établissement médico-social d'éducation adaptée ou à caractère expérimental si son état exige le recours à un dispositif éducatif adapté ou d'accompagnement selon l'Education nationale ou à des soins dans le cadre des mesures préconisées par la nouvelle commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mise en place par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Ce régime résulte de la réforme opérée par l'article 68 de la loi du 11 février 2005. L'AEEH et son complément sont versés par la Caisse nationale des allocations familiales.

Les dépenses d'AEEH pour les enfants scolarisés en établissement spécialisé et ayant un taux d'incapacité d'au moins 50 % sont cependant à la charge de la CNSA. La CNSA verse des subventions en fonction des montants réellement dépensés. Toutefois, cette charge n'a pas été prévue parmi celles figurant dans le détail des dépenses des sections comptables de la CNSA.

Le 2° du paragraphe I de l'article fait figurer ces dépenses d'AEEH parmi les charges de la troisième section comptable de la CNSA, consacrée au financement de la prestation de compensation du handicap et des maisons départementales des personnes handicapées et dont les ressources sont tirées de la contribution sociale de solidarité (26 à 30 % de son produit).

La dépense prévisionnelle pour 2006 est de 15 millions d'euros. Cette intervention doit être financée par les ressources troisième section de la CNSA. Le projet de loi ne prévoit pas de recettes supplémentaires comme pour le financement des groupes d'entraide mutuelle. Une disposition législative expresse est indispensable pour autoriser une modification de l'affectation des dépenses de la CNSA.

3. Le financement des services de soins infirmiers à domicile

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 a défini la liste des établissements et services soumis à l'ONDAM médico-social géré par la CNSA (voir ci-dessus le commentaire de l'article 31). Cette liste figure à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

Au nombre de ces établissements se trouvent les établissements qui accueillent des personnes âgées visés 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Toutefois ce même 6° vise également les services qui apportent au domicile des personnes âgées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.

Le paragraphe II de l'article 34 du projet de loi propose d'étendre le champ de l'objectif de dépenses géré par la CNSA aux crédits finançant les prestations de ces services médico-sociaux de soins à domicile.

L'article L. 314-3-1 résulte de l'adoption par le Sénat, en deuxième lecture du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, d'un amendement du Gouvernement. Son dispositif a toujours été interprété par les parlementaires comme comprenant les services de soins aux personnes âgées. Le rapport de deuxième lecture n° 1991 de M. Jean-François Chossy (p. 160) les mentionne d'ailleurs explicitement comme étant dans le champ des crédits gérés par la CNSA.

Le présent projet ne vient donc qu'harmoniser le texte de la loi par rapport aux intentions du législateur.

Pour 2006, le budget de la CNSA prévoit d'affecter 22 millions d'euros à la création de 4 250 places de services de soins infirmiers à domicile.

4. Le financement de la modernisation des services établissements médico-sociaux

La cinquième section comptable de la CNSA retrace le financement des actions en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes qui ne sont pas visées dans les quatre premières sections (voir le chapitre D de la première partie du rapport sur la branche vieillesse de Mme Cécile Gallez) mais qui entrent dans le champ de compétence de la CNSA. Sont notamment concernées « *les dépenses d'animation et de prévention et les frais d'études dans les domaines d'action de la caisse* ».

Le paragraphe III du projet de loi permet d'affecter des crédits de cette section comptable à des dépenses relatives à des opérations d'investissement et d'équipement pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements entrant dans le champ des objectifs de l'ONDAM médico-social géré par la CNSA. Ces établissements, dont la liste figure à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, sont :

– les établissements d'enseignement et d'éducation spéciale qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (visés au 2° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) ;

– les centres d'action médico-sociale précoce (3° de l'article L. 312-1) ;

– les établissements de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle (b du 5° de l'article L. 312-1) ;

– les établissements accueillant des personnes âgées (6° de l'article L. 312-1) ⁽¹⁾ ;

(1) *Compte tenu de la suppression du champ de la gestion de la CNSA, par l'article 31 du projet de loi, des établissements de santé qui ont pour objet de dispenser des soins de longue durée, avec*

– les établissements, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées ou des personnes atteintes de pathologies chroniques (7° de l'article L. 312-1) ;

– les établissements accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées et mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services (11° de l'article L. 312-1) ;

– les établissements à caractère expérimental accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées (12° de l'article L. 312-1).

Les dépenses ainsi financées ont un caractère strictement ponctuel. Le financement sera fait sans préjudice pour les autres actions financées par la cinquième section de la CNSA car les opérations d'investissement et d'équipement seront financées par les crédits non consommés depuis 2004 de la CNSA.

Ce financement temporaire répond à un besoin pressant des établissements médico-sociaux. En effet, si les conseils généraux prennent en charge les financements nécessaires pour pallier la vétusté des bâtiments, les dépenses de sécurité doivent être assumées par les établissements eux-mêmes. Or l'ancienneté des bâtis (de très nombreux établissements datent d'il y a trente ans) expose les établissements à des avis négatifs des commissions de sécurité incendie du fait du renforcement des normes, voire du zèle affiché par ces commissions dont les exigences dépassent parfois la lettre même des textes.

La Cour des comptes effectue en ce moment un travail de chiffrage des dépenses nécessaires pour la mise aux normes des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et des logements-foyers ; le coût global serait de l'ordre du milliard d'euros.

Les crédits non consommés de la CNSA s'élèveront à environ 500 millions à la fin de l'année 2005 ; la règle de partage consacrée veut que 350 millions soient affectés aux dépenses relatives aux personnes âgées et 150 millions à celles relatives aux personnes handicapées. Pour 2006, la CNSA prévoit de dégager 188 millions d'euros d'excédent. Ces crédits non consommés résultent de la montée en charge des actions de la CNSA alors que les ressources tirées de la journée de solidarité ont été encaissées dès 2005. L'année 2006 devrait être la dernière année se terminant avec des crédits non consommés substantiels.

Les dépenses susceptibles d'être financées en 2006 par la CNSA sont insuffisantes pour, par elles-mêmes, couvrir les dépenses de mise aux normes

hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique).

exigées des commissions de sécurité incendie. Cependant, les crédits non consommés abondant la cinquième section de la CNSA sont destinés, non pas à financer l'intégralité des dépenses, qui restent du ressort des établissements, mais à servir de levier pour lever les fonds suffisants pour permettre à ces établissements de réaliser les investissements nécessaires.

Le projet de loi prévoit que l'utilisation des crédits de la cinquième section comptable de la CNSA sera faite pour ces opérations exceptionnelles selon des modalités fixées par voie réglementaire. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget fixera ensuite le montant et le partage des dépenses affectées entre les établissements et services accueillant des personnes âgées et ceux accueillant des personnes handicapées. La règle de partage qui prévaut actuellement est celle des deux tiers pour les personnes âgées et un tiers pour les personnes handicapées.

Une mesure législative expresse est indispensable pour décider d'une dépense non prévue par l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles qui définit les dépenses et les ressources, avec leur affectation, de la CNSA.

Ce paragraphe III marque une volonté politique forte, mobilisant des ressources exceptionnelles, de conduire une action déterminée en faveur de la mise aux normes de sécurité, notamment incendie, des établissements médico-sociaux, dont font partie les maisons de retraite et les établissements hébergeant des personnes handicapées. Sans ce financement, il est vraisemblable que ces établissements n'auraient pas pu, avant plusieurs années, engager les dépenses nécessaires de mise aux normes.

Dans la pratique, des cahiers des charges types seront élaborés par la CNSA. Ils seront adressés aux directions départementales de l'action sociale et aux maisons départementales des personnes handicapées. Les propositions reçues en retour seront analysées en prenant en compte les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, prévus par la loi du 11 février 2005, et les schémas régionaux d'organisation sanitaire, afin de dégager les opérations prioritaires. Les opérations seront ensuite ventilées de manière équilibrée entre les établissements et services pour personnes âgées et ceux pour personnes handicapées.

Le dispositif proposé par le projet de loi a une vocation pérenne mais est conditionné par la disponibilité de crédits non consommés. Compte tenu de la nouveauté de la démarche, il n'est pas codifié à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles qui définit les charges supportées par la CNSA. Au vu d'un premier bilan de l'exécution de ces mesures, le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale pourra le codifier.

Article 35

Modalités de financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine par voie transfusionnelle

Cet article procède à une modification des modalités du financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) par voie transfusionnelle, à la suite de la prise en charge de cette nouvelle mission par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

• *L'intégration de la mission du Fonds d'indemnisation pour les personnes contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine par voie transfusionnelle (FITH) au sein des missions de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)*

Le Fonds d'indemnisation pour les personnes contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine par voie transfusionnelle (FITH) a été créé par l'article 47 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social.

Ce fonds était financé par le ministère du budget, à la section des charges communes, au chapitre 46-98 intitulé « *Réparation de préjudices dans le domaine de la santé* ».

L'article 119 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a procédé à une modification de ce dispositif, en confiant la réparation intégrale des préjudices liés à la contamination à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), et en faisant donc ainsi disparaître le FITH.

En effet, les contaminations devenues alors plus rares, les demandes d'indemnisation se sont faites moins fréquentes également et ne justifiaient plus l'existence d'une structure autonome, non plus qu'un financement autonome.

Corrélativement, les modalités du financement de l'indemnisation ont donc également été modifiées.

D'une part, pour l'année 2005, à titre expérimental, et dans l'attente de la mise en application de la loi organique relative aux lois de finances, les anciens crédits du FITH ont été transférés dans le budget du travail, au chapitre 39-02 – pour un montant qui s'élevait alors à 3 millions d'euros.

D'autre part, l'article 115 de la loi du 9 août 2004 précitée a complété la liste des recettes de l'office en ajoutant à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique un alinéa selon lequel « *une dotation versée par l'Etat en vue d'assurer*

l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine en application des articles L. 3122-1 à L. 3122-5 ».

• La révision des modalités du financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le VIH par voie transfusionnelle

Le présent article vise à abroger l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, qui prévoyait la dotation versée par l'Etat en vue d'assurer l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine.

Cette modification doit conduire à rationaliser les modalités de financement de l'ensemble des missions de l'ONIAM. Conformément à l'exposé des motifs du présent article, « *la simplification des modalités de financement de l'établissement qui reprend les missions du FITH* » va en effet assurer une forme d'unité du financement, parallèlement à l'unité des missions ainsi dévolues à l'ONIAM.

Ainsi, à partir de 2006, les nouvelles missions intégrées à l'ONIAM au titre du fonds d'indemnisation pour les personnes contaminées par le VIH par voie transfusionnelle et qui correspondent, ainsi que le rappelle également l'exposé des motifs, comme pour les autres missions de l'ONIAM, à des indemnisations de préjudices liées à des activités de soins, seront financées par la dotation versée par les organismes d'assurance maladie.

Subsiste en effet, à titre principal, au titre des recettes de l'office, la dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie dans des conditions fixées par décret, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ⁽¹⁾.

• La question de la fixation annuelle de la dotation globale versée par les organismes d'assurance-maladie

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ne prévoit pas d'article fixant le montant de la dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie, contrairement à l'habitude et à la lettre de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique.

(1) D'autres recettes existent, mais elles sont, quantitativement, d'importance moindre : le produit des remboursements des frais d'expertise ainsi que des pénalités prévus aux articles L. 1142-14 et L. 1142-15 ; le produit des recours subrogatoires mentionnés aux articles L. 1142-15, L. 1142-17, L. 3110-4, L. 3111-9 et L. 3122-4 ; une dotation versée par l'Etat en application de l'article L. 3111-9 ; une dotation versée par le fonds mentionné à l'article L. 3110-5.

Cela s'explique par l'évolution de l'exécution budgétaire de l'office au fil du temps. Certes, l'ONIAM avait été doté par les lois de financement de la sécurité sociale successives de 70 millions d'euros par an en 2002, 2003 et 2004.

Mais dans le même temps, est apparu un fonds de roulement croissant au fil des années, comme le montre le tableau présenté ci-après.

<i>Années</i>	<i>Montant du fonds de roulement de l'ONIAM en fin d'exercice</i>
2002	69,945 millions d'euros
2003	136,679 millions d'euros
2004	197,694 millions d'euros
2005	(au 1^{er} juillet) 208 millions d'euros

Source : rapport d'activité de l'ONIAM pour 2004 et ministère de la santé et des solidarités.

Selon le rapport d'activité de l'ONIAM pour 2004, « *ce fonds de roulement important ne pèse cependant nullement sur la trésorerie de l'assurance maladie. De fait, sur la dotation totale de 210 millions d'euros due au titre des années 2002, 2003 et 2004, seuls 40 millions d'euros ont été effectivement versés en 2002 sur le compte de l'établissement. Compte tenu des prévisions d'exécution budgétaire, l'Office n'a pas souhaité solliciter un abondement supplémentaire au cours des années 2003 et 2004.* »

Il est vrai que les dépenses de l'ONIAM, retracées dans le tableau suivant, restent très en deçà de ses recettes.

<i>Années</i>	<i>Dépenses de l'ONIAM</i>
2002	—
2003	2,8 millions d'euros
2004	9,1 millions d'euros
2005	21 millions d'euros* (estimation)
2006	34 millions d'euros (estimation)

* dont 14,5 millions d'euros au titre de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux.

Source : ministère de la santé et des solidarités.

Dès lors, il n'est pas étonnant que certaines initiatives parlementaires, dès la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, aient posé la question de l'opportunité de la suppression de l'article portant détermination du montant de la dotation de l'ONIAM.

C'est ainsi que M. Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, avait déposé un amendement de suppression de l'article, arguant du niveau élevé du montant du fonds de roulement de l'ONIAM d'une part, et de la faiblesse relative des dépenses prévisionnelles d'autre part. Cette initiative (qui n'aboutit finalement pas) donna l'occasion au Secrétaire d'Etat à l'assurance maladie de préciser les éléments suivants :

« Il convient de savoir que les dotations de l'assurance maladie pour 2002, 2003 et 2004 ont chacune été de 70 millions d'euros. En période de montée en charge du dispositif, il est vrai, seule une part modeste des crédits a été consommée. Les réserves s'élèveront fin 2004 à 195 millions d'euros. C'est pourquoi, alors que le montant prévisionnel des dépenses est de 61 millions d'euros, la dotation de l'ONIAM pour 2005 sera réduite à 30 millions d'euros.

« Pour 2004, deux cents indemnisations sont prévues, pour un montant total de 6 millions d'euros ; le nombre de dossiers déposés est estimé à 4 000 environ. Pour 2005, 4 500 dossiers de demande devraient être déposés. Le nombre des dossiers déposés au début de l'année 2005, joint au nombre des dossiers déposés, pour l'essentiel, en 2004 – le délai d'instruction maximal tourne autour de onze mois – devrait aboutir à la fin de l'année à quelque mille indemnisations, d'un montant moyen de 50 000 euros, soit une dépense de 50 millions d'euros. »

Aussi le ministre a-t-il reconnu que cette dotation n'était pas *« techniquement indispensable au titre de l'année 2005 »*. Le ministre avait toutefois prévenu : *« Ce qui semble aujourd'hui un fonds de roulement important pourrait très vite s'avérer insuffisant si le nombre des demandes d'indemnisation devait continuer de croître. L'incertitude est particulièrement forte quant à l'évolution de l'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales. En maintenant un flux de dotations, même restreint, le Parlement lisserait les éventuels effets ultérieurs de ressaut dans la contribution à l'ONIAM. »*

Pour l'année 2006, les perspectives de dépenses sont de même liées à l'évolution prévisionnelle des dossiers, dont le nombre est aujourd'hui estimé à 3 200, en très légère augmentation par rapport à 2005.

Il convient de relever en outre que l'ONIAM procède aujourd'hui à une mutualisation croissante de ses moyens avec le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Les deux établissements sont implantés dans le même immeuble (la Tour Gallieni II à Bagnolet) et ils *« continuent de développer leur politique de mutualisation des moyens engagée il y a deux années, notamment en matière de logistique, d'informatique et de comptabilité »*, selon les termes du rapport d'activité du FIVA adressé au Parlement et au gouvernement (juin 2004 / mai 2005). Ce même rapport ajoute : *« La réflexion sur les modalités et le renforcement de la mutualisation des moyens avec l'ONIAM se poursuit en 2005 »*.

Article 36

Financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Cet article vient préciser les modalités du financement du dispositif de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). A cet effet, il procède à trois modifications : l'accroissement du taux de la taxe sur les organismes complémentaires au profit du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU) ; l'augmentation du forfait de la CMU-C ; l'augmentation du crédit d'impôt au bénéfice des personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de la CMU-C.

Avant de revenir sur ces modifications, il est nécessaire de rappeler les grandes lignes du fonctionnement de ce dispositif.

• *Le dispositif de couverture maladie universelle complémentaire*

La loi du 27 juillet 1999 a créé la CMU-C, qui confère une protection complémentaire publique, complète et gratuite, sous condition de revenu et de résidence : les bénéficiaires de cette couverture voient leurs soins pris en charge à 100 % sans possibilité de dépassement de la part des professionnels et n'ont pas à consentir d'avance de frais (tiers payant) : « *il s'agit de garantir et d'améliorer un haut niveau de protection complémentaire pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles, en maîtrisant l'évolution de la dépense* ».

Il ne s'agit nullement d'aide sociale ou de protection de « second rang », mais au contraire de garantir une couverture applicable à tous, ainsi que le précise le document budgétaire « bleu » consacré à la solidarité et à l'intégration pour le projet de loi de finances pour 2006. Il convient de noter que le projet de loi de finances pour 2006 prévoit, pour l'ouverture des droits à la CMU-C, que les aides personnelles au logement seront prises en compte non plus suivant des modalités particulières, mais dans les conditions prévues pour le RMI.

En pratique, le circuit de financement est le suivant : selon le choix du bénéficiaire, les prestations sont versées soit par la caisse d'assurance maladie, soit par un organisme complémentaire participant au dispositif (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance). Ces prestations sont ensuite remboursées par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle (fonds CMU) de manière forfaitaire, à hauteur de 75 euros par trimestre et par bénéficiaire en 2004 (300 euros annuels), de 76,13 euros en 2005 (304,52 euros annuels).

L'évolution des dépenses et des recettes du fonds CMU

Le **financement** de la CMU-C est assuré par :

- une dotation budgétaire de l'Etat, destinée à équilibrer le fonds (660,557 millions d'euros en 2005) ;
- une contribution des organismes complémentaires, par le moyen d'une taxe (en 2005, 1,75 % de leur chiffre d'affaires « santé »), dont le rendement brut a été de 395 millions d'euros en 2004 et le rendement net (après déductions forfaitaires opérées par ces organismes au titre des dépenses de CMU-C qu'ils gèrent) de 291 millions d'euros en 2004 ;
- à compter de l'année 2005, le produit de la taxe sur les alcools de plus de 25°, auparavant affecté à la CNAMTS, dont le montant est évalué à 380 millions d'euros pour l'année 2005 ;
- à compter de l'année 2005 également, une dotation de l'assurance maladie finançant le nouveau dispositif « crédit d'impôt » (*voir infra le 3.*) ;
- à compter de 2006, une affectation de 178 millions d'euros de droits sur les tabacs en contrepartie d'une réduction de la subvention d'équilibre d'Etat.

Les **dépenses** du fonds CMU sont de trois ordres :

- des frais de gestion (1 million d'euros en moyenne sur 2004 et 2005, soit 0,07 % du budget total) ;
- les remboursements que le fonds verse aux organismes de sécurité sociale de base au titre de la CMU-C (caisse d'assurance maladie ou organisme complémentaire), de manière forfaitaire (76,13 euros par trimestre et par bénéficiaire en 2005, soit un total annuel, par bénéficiaire, de 304,52 euros) ;
- les déductions que les organismes complémentaires peuvent opérer, au titre des dépenses de CMU-C (ils peuvent en effet à ce titre déduire de leur contribution un montant représentatif des adhésions ou contrats souscrits au titre de la CMU-C) et, depuis le 1^{er} janvier 2005, au titre du crédit d'impôt, sur la contribution trimestrielle qu'ils paient au fonds – ce qui ne constitue pas en fait une dépense réelle du fonds mais une moindre recette –, ainsi que les versements que le fonds effectue – réellement cette fois – à ces organismes lorsque le montant total que ceux-ci déduisent est supérieur au montant dû.

Source : ministère de la santé et des solidarités ; bleu budgétaire « Solidarité et intégration », projet de loi de finances pour 2006.

Les tableaux présentés ci-après retracent les recettes et les dépenses du fonds CMU pour 2004 et pour 2005.

Les recettes et les dépenses du fonds CMU pour 2004

En millions d'euros

Charges		Produits	
Versements aux organismes de sécurité sociale	1 357	Dotation budgétaire de l'Etat	1 037
Versements aux organismes complémentaires	73	Contribution de 1,75% à la charge des organismes complémentaires	291
Dotation aux amortissements et aux provisions	22	Reprise sur provisions	202
Charges exceptionnelles	2		
Gestion administrative	1		
Résultat (excédent)	75	Résultat (déficit)	
Total des charges	1 530	Total des produits	1 530

Source : Compte de résultat de l'année 2004 du Fonds CMU.

Les recettes et les dépenses prévisionnelles du fonds CMU pour 2005

En millions d'euros

Charges		Produits	
Versements aux organismes de sécurité sociale	1 307	Dotation budgétaire de l'Etat	695
Versements aux organismes complémentaires	103	Contribution de 1,75% à la charge des organismes complémentaires	280
Dotation aux amortissements et aux provisions	25	Contribution sur les alcools de plus de 25°	370
Gestion administrative	1	Dotation assurance maladie	70
		Reprise sur provisions	22
Résultat (excédent)	1	Résultat (déficit)	
Total des charges	1 437	Total des produits	1 437

Source : *Compte de résultat prévisionnel de l'année 2005 du Fonds CMU au 19 avril 2005 (date de son dernier conseil d'administration).*

En 2003, le dispositif de la CMU-C couvre un peu moins de 4,7 millions de personnes et en 2004, un peu plus de 4,7 millions, ce nombre étant stable sur l'année – l'objectif poursuivi, en particulier dans le cadre de la nouvelle loi organique relative aux lois de finances, étant de renforcer cet accès à la protection maladie complémentaire.

CMU-C et LOLF

Dans le cadre de la réforme budgétaire liée à la mise en application de la loi organique relative aux lois de finances, deux objectifs nouveaux existent concernant l'accès à la protection maladie complémentaire :

– un objectif n° 1 destiné à garantir l'effectivité du droit à la CMU-C et à l'aide à l'acquisition d'une assurance santé complémentaire.

– un objectif n° 2 assurant que l'évolution des dépenses moyennes par bénéficiaire de la CMU-C soit compatible avec l'évolution générale des dépenses de santé de l'ensemble de la population. A ce titre, il convient d'une part de lutter efficacement contre la fraude à l'accès au droit à la CMU-C, et d'autre part de veiller à prévenir les abus dans le recours aux soins : des échanges de fichiers pourront être réalisés avec la direction générale des impôts et les caisses d'allocation familiale à ce titre.

• *L'accroissement du taux de la taxe sur les organismes complémentaires instaurée en 1999 au profit du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU) et l'augmentation du forfait de la CMU*

Le 1° du I de cet article porte modification du II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

Ce paragraphe fixe le taux de la contribution mentionnée au I, qui est la contribution due par les mutuelles, institutions de prévoyance ou entreprises régies par le code des assurances, assise sur le montant hors taxe des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances.

Ce taux était jusqu'ici de 1,75 %, depuis le 1^{er} janvier 2000. Le 1^o du I le porte à 2,5 %, ce qui représente une hausse de 0,75 points.

Cette augmentation correspond à un montant de l'ordre de 150 à 200 millions d'euros de taxe supplémentaire annuelle à la charge des organismes complémentaires.

Par ailleurs, le 2^o du I substitue dans le III du même article au montant de 76,13 euros le montant de 85 euros.

Ce montant est celui de la déduction rendue possible au montant de la contribution due par le même article, égale désormais à 85 euros multiplié « *par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du b de l'article L. 861-4* ».

Désormais, il sera donc possible aux organismes de sécurité sociale de base de déduire annuellement par bénéficiaire la somme de $85 \times 4 = 340$ euros. Cela représente au total une possibilité de gains de l'ordre de 140 millions d'euros⁽¹⁾.

La portée de ces deux mesures cumulées est la suivante.

D'une part, il y a une forme d'équilibre entre l'accroissement de la taxe à la charge des organismes complémentaires et l'augmentation des possibilités ainsi offertes à ces organismes de procéder à des déductions non plus à hauteur de 304,52 euros par année et par personne, mais à hauteur de 340 euros : jusqu'ici, le forfait ne leur permettait en effet pas véritablement de compenser le coût réel que représentait pour eux la prise en charge des personnes concernées. Ce ne sera plus le cas désormais, ainsi que le précise l'exposé des motifs du projet : « *cette revalorisation du forfait aura pour effet de diminuer le coût marginal imputé aux organismes prenant en charge les bénéficiaires de la CMU-C* ».

C'est qu'en effet, d'autre part, les présentes modifications vont permettre d'accroître le niveau de la prise en charge par les organismes complémentaires. Jusqu'ici, les bénéficiaires du dispositif de la CMU-C sont pris en charge à 86 % par l'assurance maladie, à 14 % seulement par les organismes complémentaires. Ce dernier chiffre est régulièrement en baisse depuis l'établissement de la CMU-C. La revalorisation de ce forfait doit permettre d'inverser cette tendance.

Il convient de garder à l'esprit que l'assurance maladie n'a par définition pas vocation à gérer les assurances complémentaires et que la prise en charge des intéressés bénéficiaires de la CMU-C directement par les organismes

(1) Il faut noter que cela sera aussi possible aux caisses d'assurance maladie, qui bénéficient, aux termes de l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale, de versements forfaitaires du Fonds d'un même montant pour chaque personne prise en charge.

complémentaires pourra ainsi être alignée sur la prise en charge « de droit commun ».

• *Le renforcement de l'attractivité du dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé*

L'article 56 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a instauré à compter du 1^{er} janvier 2005 un crédit d'impôt au titre des contrats individuels d'assurance complémentaire de santé permettant aux personnes disposant de ressources supérieures au plafond de la CMU-C de moins de 15 % de bénéficier d'une déduction sur leur prime ou leur cotisation d'assurance complémentaire de 150 euros par personne couverte de 25 à 59 ans, 75 euros par personne couverte de moins de 25 ans, et 250 euros par personne couverte de 60 ans et plus.

Ce crédit d'impôt vient ensuite en déduction de la contribution au financement de la CMU-C payée par les organismes complémentaires.

Un tel dispositif vise à permettre aux personnes n'ayant pas droit à la CMU-C de bénéficier, néanmoins, d'une forme d'aide à l'acquisition d'une complémentaire, et qu'ainsi soient évités des « effets de seuil » introduisant une discrimination entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C.

Au 31 mai 2005, 60 000 personnes bénéficiaient effectivement de ce crédit d'impôt. Fin 2005, environ 400 000 attestations devraient être délivrées par les caisses primaires d'assurance maladie (sachant qu'après la délivrance d'une telle attestation, les délais peuvent être encore assez longs avant le bénéfice effectif du crédit d'impôt).

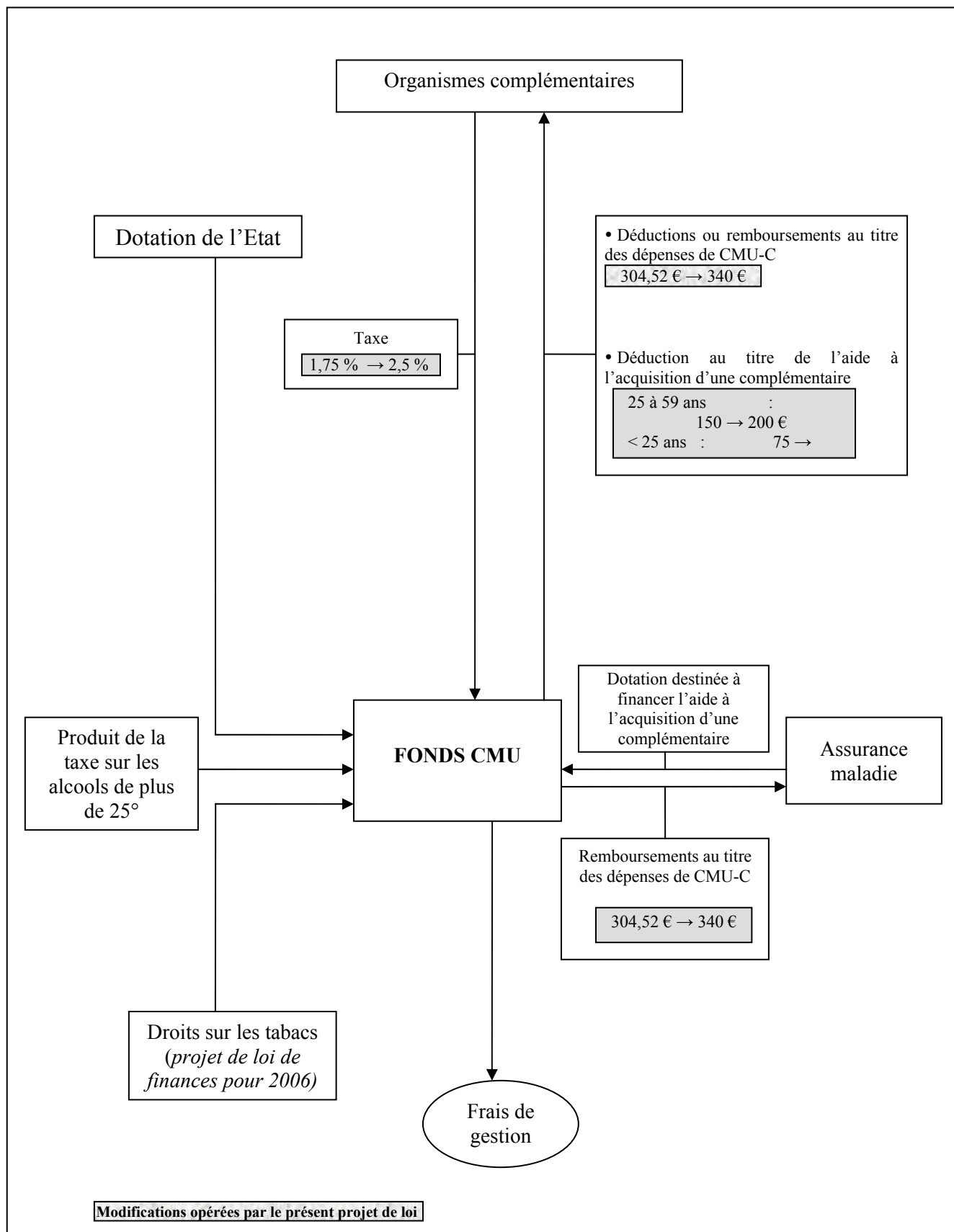
Ces chiffres sont un peu inférieurs aux attentes qui prévalaient au moment du lancement de ce dispositif.

C'est la raison pour laquelle le **II** de cet article 36 vise à revaloriser les sommes ainsi accordées au titre de la déduction accordée, en substituant dans le troisième alinéa de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale aux montants de 150, 75 et 250 euros respectivement les montants de 200, 100 et 400 euros.

Désormais, les personnes de 25 à 59 ans bénéficieront donc de ce crédit d'impôt à hauteur de 200 euros, les personnes de moins de 25 ans à hauteur de 100 euros et les personnes de 60 ans et plus à hauteur de 400 euros.

Il s'agit d'une revalorisation importante, qui a vocation à accroître l'attractivité du dispositif et à en faciliter la progression. Les montants qui existaient jusqu'ici correspondaient à la prise en charge du tiers du coût d'une complémentaire ; désormais, la prise en charge représentera la moitié de ce coût.

Principaux flux retraçant les ressources et les dépenses du fonds CMU



Article 37

Modification de la règle d'imputation du ticket modérateur sur le forfait journalier pour les actes dont le tarif est supérieur à 91 euros

Cet article a pour objet de limiter le champ de la règle d'imputation du ticket modérateur sur le forfait journalier afin d'instituer, par voie réglementaire, une participation forfaitaire sur les actes actuellement exonérés du ticket modérateur au motif que leur valeur dépasse 91 euros.

1. Le dispositif actuel

• *La règle actuelle de l'exonération du ticket modérateur pour les actes dont coefficient est supérieur à 50 ou dont le tarif dépasse 91 euros...*

Conformément au deuxième alinéa (1°) de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, le ticket modérateur, soit la part (non forfaitaire) des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement par l'assurance maladie, peut être limité ou supprimé *« lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant »*.

En application de ces dispositions, l'article R. 322-8 du même code prévoit que le ticket modérateur est supprimé *« pour les actes inscrits [à la nomenclature] qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros »*.

Introduite par le décret n° 2005-292 du 30 mars 2005, la référence au seuil de 91 euros s'explique par la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM), qui a pour effet de supprimer la notion de « coefficient 50 », comme l'indique l'encadré ci-dessous.

Le « K50 », une notion devenue obsolète : de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) à la classification commune des actes médicaux (CCAM)

Dans le précédent dispositif, la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), les honoraires remboursables étaient fixés par des nomenclatures d'actes, qui comportaient notamment une valorisation portée sur la feuille de soins, obtenue par le produit entre :

- une lettre-clé, qui dépend de la discipline du professionnel de santé (C pour la consultation d'un généraliste, V pour une visite, K pour un acte médical) et dont la valeur en euros est fixée par la convention liant la profession à l'assurance maladie et approuvée par l'Etat ;

- un coefficient multiplicateur, fonction de la complexité, du risque et de la gravité de l'acte. A titre d'exemple, une appendicectomie était cotée 70, l'opération d'un bec de lièvre 60 et l'ablation des amygdales 40+25 au titre de l'anesthésie.

Nouvel outil de hiérarchisation des actes techniques, en fonction notamment de leur durée et de leur difficulté, et instrument de codage commun aux praticiens exerçant dans le secteur hospitalier et/ou libéral, visant à permettre une rémunération des actes plus cohérente et évolutive, la classification commune des actes médicaux (CCAM) a été mise en œuvre au 31 mars 2005, à la suite de la publication au *Journal officiel* du 30 mars 2005 de la décision unilatérale d'inscription de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) du 11 mars 2005 et de l'arrêté d'approbation du 21 mars 2005 de l'avenant tarifaire à la convention

des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Dans ce dispositif, le système des lettres-clés et des coefficients ont été abandonnés au profit de tarifs directement exprimés en euros.

Quant aux actes précédemment affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 50, le seuil retenu par le décret n° 2005-292 du 30 mars 2005 est établi à 91 euros, valeur intermédiaire entre les deux seuils actuels concernant les actes techniques les plus fréquents (81 euros pour les actes en Z- radiologie, radiothérapie et médecine nucléaire - et 96 euros pour les actes en K). Le montant de ce tarif doit évoluer chaque année conformément à l'évolution du tarif moyen pondéré afférent aux actes CCAM constaté par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) à la fin de l'année précédente.

La circulaire du 26 décembre 2003 du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées précise que l'exonération du ticket modérateur concerne les actes chirurgicaux, médicaux, radiologiques ou de radiothérapie, de médecine nucléaire ou d'orthopédie dento-faciale, mais pas les prothèses dentaires, les actes de biologie ou d'anatomo-cytopathologie.

Ainsi, un acte, de nature thérapeutique ou, sous certaines conditions diagnostique, dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie (dans les limites des tarifs de la sécurité sociale), qu'il soit réalisé dans le secteur ambulatoire (par exemple pour une endoscopie, un transit oeso-gastro duodéal ou une scintigraphie de la glande thyroïde) ou à l'hôpital (par exemple, pour une amydalectomie ou une appendicectomie).

Le champ de cette exonération a toutefois été restreint par le décret n° 2003-1207 du 18 décembre 2003. Certains soins, réalisés antérieurement ou postérieurement aux actes qui accompagnent les actes exonérés, ne sont plus pris en charge intégralement.

- *...présente aujourd'hui plusieurs inconvénients*

Il convient tout d'abord de rappeler que cette la règle de l'exonération du ticket modérateur en raison de la nature de l'acte pratiqué est issue d'un arrêté en date du 27 juin 1955, soit une époque où le coefficient 50 était relativement rare et laissait à la charge des assurés sociaux des montants élevés. Or, l'évolution des techniques médicales et la complexité croissante des actes médicaux ont progressivement étendu le champ d'application de la règle.

Outre la complexité de gestion qu'elle induit, cette règle est surtout à l'origine de réelles iniquités entre les assurés selon la nature des soins qui leur sont administrés, liées notamment aux effets de seuil, ainsi qu'il a été souligné dans l'exposé général du présent rapport (*cf. supra*).

A titre d'exemple, alors que le reste à charge de l'assuré s'élève à 451 euros pour un séjour d'hospitalisation liée à une méningite virale, un assuré est exonéré de tout ticket modérateur pour une appendicectomie non compliquée, alors que sa participation devrait en principe s'élever à 514 euros, s'il était fait application du taux de 80 % de prise en charge normalement appliqué pour une hospitalisation.

2. La mesure proposée

- *L'institution par voie réglementaire d'une participation forfaitaire de l'assuré aux actes de plus de 91 euros...*

L'exposé des motifs du projet de loi indique qu'« afin d'éviter les effets de seuil et rendre plus équitables les règles de participation de l'assuré », le gouvernement envisage d'instituer une participation forfaitaire pour les actes jusqu'ici exonérés en raison de la valeur des actes réalisés.

Son montant forfaitaire serait plafonné à 18 euros, ce qui correspond pour un acte de 90 euros à un reste à charge de 20 % pour l'assuré, soit un taux identique à celui normalement appliqué au cours d'une hospitalisation. Cette participation appliquera que cet acte soit pratiqué en ville ou à l'hôpital et son montant sera identique quelque soit le coût de l'acte pratiqué.

Le ministre de la santé et des solidarités a toutefois indiqué que les actes de biologie et d'imagerie médicale – radiologie, scanner et imagerie à résonance magnétique (IRM) – seraient exclus du champ de cette contribution. Le montant des économies attendues pour la sécurité sociale s'élève à 100 millions d'euros dont 84 millions pour le régime général.

En tout état de cause, l'institution de cette contribution, et en particulier la fixation de son montant, relève de la compétence réglementaire.

- *... nécessite de modifier par voie législative la règle d'imputation du ticket modérateur sur le forfait journalier*

Pour éviter que le forfait journalier (destiné à couvrir les frais de restauration, d'hébergement et de blanchisserie lors d'une hospitalisation) alourdisse excessivement le coût restant à la charge de l'assuré du fait d'un ticket modérateur dont le montant peut être élevé, la loi a prévu un dispositif d'imputation de l'un sur l'autre.

Dans son troisième alinéa, l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dispose ainsi que « *le forfait journalier s'impute à due concurrence sur la participation laissée éventuellement à la charge des assurés par leurs régimes respectifs d'assurance maladie, lorsque le montant de cette participation est supérieur ou égal à celui du forfait journalier ; dans le cas contraire, la participation est imputée sur le forfait* ».

En d'autres termes, si le patient est hospitalisé une journée et que son ticket modérateur s'élève à 80 euros, il ne devra payer au total que 80 euros, dont 14 euros au titre du forfait journalier. En sens inverse, pour une hospitalisation de dix jours, si le montant du ticket modérateur est de 90 euros, le patient ne paiera que 140 euros (correspondant au forfait journalier) et sera donc en quelque sorte exonéré du ticket modérateur.

Dès lors que le gouvernement envisage d'instituer une participation forfaitaire, il est donc nécessaire de modifier le champ d'application de la règle d'imputation du forfait journalier sur le ticket modérateur. A défaut de cette mesure, il suffirait en effet que l'assuré soit hospitalisé plus d'une journée pour que la contribution de 18 euros soit d'un montant inférieur à celui du forfait journalier et en conséquence imputé sur ce dernier, auquel cas l'assuré en serait *de facto* exonéré de cette participation.

C'est pourquoi cet article propose de compléter le troisième alinéa de l'article L. 174-4 afin de préciser que la règle d'imputation n'est pas applicable lorsque en application du 1° de l'article L. 322-3 précité, « *la participation de l'assuré à l'occasion d'une hospitalisation est limitée au motif que la dépense demeurant à sa charge dépasse un certain montant* ».

• *...mais en aucun cas les autres règles actuelles d'exonération du ticket modérateur*

Il convient enfin de souligner que les règles actuelles d'exonération du ticket modérateur, telles qu'elles résultent notamment des articles L. 322-1, R. 322-1 à R. 322-9, D. 322-1 du code de la sécurité sociale, ne sont en aucun cas modifiées par le présent article.

Les principales règles actuelles d'exonération du ticket modérateur

Cas d'exonération du ticket modérateur	Modalités de l'exonération du ticket modérateur
Titulaires : - d'une pension d'invalidité - d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité - d'une pension de veuve ou de veuf invalide	<p>L'exonération du ticket modérateur s'applique pour tous les soins et traitements, sauf les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35 %.</p> <p>L'exonération du ticket modérateur est permanente. Elle continue de s'appliquer même si la pension est suspendue, mais elle cesse de s'appliquer si la pension est supprimée.</p>
Titulaires d'une rente AT-MP d'un taux \geq 66,6 %	<p>L'exonération du ticket modérateur s'applique au titulaire de la rente et à ses ayants-droit et pour tous les soins et traitements, sauf les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35 %. L'exonération du ticket modérateur est permanente, mais elle cesse de s'appliquer si le taux de la rente est révisé et devient inférieur à 66,66 %.</p>
Titulaires d'une pension militaire	<p>L'exonération du ticket modérateur s'applique pour tous les soins et traitements, y compris les médicaments à vignette bleue.</p>
Femmes enceintes à partir du 6 ^e mois de grossesse	<p>L'exonération du ticket modérateur s'applique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pendant une période qui débute le 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et qui se termine 12 jours après la date réelle de l'accouchement ; - pour l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examen de laboratoire, d'hospitalisation, qu'ils soient ou non en rapport avec la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

Nouveaux-nés hospitalisés dans les 30 jours qui suivent la naissance (y compris le jour de la naissance)	L'exonération du ticket modérateur s'applique pendant la durée de l'hospitalisation, quelle que soit sa durée et pour tous les soins et traitements, sauf les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35 %.
Nouveaux-nés qui reçoivent des soins dans un établissement de santé ou dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, pendant les 30 jours qui suivent la naissance	L'exonération du ticket modérateur s'applique pendant les 30 jours qui suivent la naissance et pour tous les soins et traitements, sauf les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35 %.
Enfants et adolescents mineurs victimes de violences sexuelles	Une demande d'exonération du ticket modérateur doit être adressée au service médical de la caisse d'assurance maladie. La décision (accord ou refus) est notifiée par la caisse d'assurance maladie sur avis du médecin conseil. En cas d'accord, l'exonération du ticket modérateur est accordée pour une durée fixée par la caisse d'assurance maladie sur avis du médecin conseil, est limitée aux soins et traitements consécutifs aux sévices sexuels, y compris aux médicaments à vignette bleue.
Enfants et adolescents handicapés	L'exonération du ticket modérateur s'applique, sur décision de la commission départementale d'éducation spéciale (CDES), aux frais d'hébergement et de traitement dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi qu'aux frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, y compris les médicaments à vignette bleue. L'exonération du ticket modérateur est accordée jusqu'au 20 ^e anniversaire.
Hospitalisation d'une durée supérieure à 30 jours	L'exonération du ticket modérateur est accordée à compter du 31 ^e jour d'hospitalisation consécutif. Elle s'applique pour tous les soins et traitements, sauf les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35 %.
Stérilité : diagnostic et traitement de la stérilité	<p>Une demande d'exonération du ticket modérateur doit être adressée au service médical de la caisse d'assurance maladie.</p> <p>La décision (accord ou refus) est notifiée par la caisse d'assurance maladie sur avis du médecin conseil.</p> <p>En cas d'accord, l'exonération du ticket modérateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - est accordée pour une durée fixée par la caisse d'assurance maladie sur avis du médecin conseil, - est limitée aux actes relatifs au diagnostic et au traitement de la stérilité, y compris au moyen de l'insémination artificielle, sauf les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35 %.
<p>Affections de longue durée (ALD):</p> <ul style="list-style-type: none"> - affection de longue durée inscrite sur la liste des ALD 30, - affection hors liste - polyopathie invalidante 	<p>Une demande d'exonération du ticket modérateur doit être adressée au service médical de la caisse d'assurance maladie. La décision (accord ou refus) est notifiée par la caisse d'assurance maladie sur avis du médecin conseil. En cas d'accord, l'exonération du ticket modérateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - est accordée pour une durée fixée par la caisse d'assurance maladie sur avis du médecin conseil, - est limitée aux soins et traitements en rapport avec l'ALD exonérante, y compris les médicaments à vignette bleue. Les soins et traitements qui ne sont pas en rapport avec l'ALD exonérante sont remboursés dans les conditions habituelles.

En conséquence, plusieurs catégories d'assurés sociaux seront exonérées de cette participation forfaitaire. Il s'agit notamment des personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD), des femmes enceintes à partir de leur sixième mois de grossesse, des nouveaux-nés hospitalisés ou encore des titulaires d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle.

Pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire ⁽¹⁾ (CMU-C), cette participation sera par ailleurs prise en charge par l'Etat.

Article 38

Messages à caractère sanitaire dans les publicités alimentaires

Cet article vise à remédier à deux difficultés qui sont apparues lors de la rédaction des mesures réglementaires d'application de l'article 29 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004.

Pour la première fois, cette loi relative à la santé publique prévoit, dans une logique de prévention, une action claire dans le domaine de la nutrition et des pathologies qui y sont associées en définissant une voie originale selon laquelle toute publicité alimentaire doit être assortie d'un message à caractère sanitaire. Ce principe général est toutefois aménagé en préservant la possibilité pour les annonceurs de s'exonérer de l'obligation de diffusion d'un message à caractère sanitaire en s'acquittant d'une contribution financière affectée aux actions d'information et d'éducation nutritionnelle conduites par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), établissement public institué par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, à partir de la transformation du Comité français d'éducation pour la santé.

La rédaction de l'article 29 de la loi de santé publique, introduit au cours de la procédure législative au stade de la réunion de la commission mixte paritaire, comporte en effet deux faiblesses : la définition du champ d'application de la mesure est imprécise et les règles définissant les modalités de calcul de la contribution sont insatisfaisantes.

L'article 38 de la présente loi modifie ainsi la rédaction de l'article L. 2133-1 du code de la santé publique afin de remédier à ces deux inconvénients.

Le paragraphe I précise tout d'abord le champ d'application de la mesure d'obligation de diffusion du message sanitaire. La rédaction actuelle de l'article L. 2133-1 issue de la loi du 9 août 2004 dispose qu'elle s'applique aux « *messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés* » et aux « *actions de promotion* ». La

(1) *Peuvent bénéficier de la CMU-C les personnes dont les ressources mensuelles sont inférieures à un plafond, fixé à 587,16 euros pour une personne seule et de 880,75 euros pour deux personnes.*

modification proposée introduit une distinction plus claire entre l'ensemble des messages publicitaires en distinguant ceux qui sont « *télévisés, radiodiffusés ou diffusés par voie de services de communication au public en ligne* » (le secteur des médias) et « *les manifestations et organisations d'événements destinées à promouvoir ces boissons et produits et leur promotion par les publications éditées par les producteurs ou les distributeurs de ces produits* » (le hors média). Elle substitue surtout au terme « *action de promotion* », qui ne recouvrait pas une catégorie juridique précise, une définition juridiquement plus fine de la notion couverte.

Le paragraphe **II** lève une ambiguïté de la rédaction actuelle de l'article L. 2133-1 que l'examen des travaux préparatoires ne permet pas de lever. En ajoutant que la taxation sous forme de contribution dont le produit est affecté à l'INPES concerne non seulement les annonceurs, qui étaient déjà clairement visés par la rédaction en vigueur, mais désormais aussi « les promoteurs », ce qui était sujet à interprétation, ce paragraphe assoit à un niveau législatif indiscutable la base de la taxation prévue. Le champ d'application de la taxation prévue est désormais clairement défini : il concerne à la fois le secteur des médias et le « hors média », et ce quel que soit le support utilisé dans ces deux secteurs. Ces précisions dans la définition de la base de la contribution se justifient par trois types de considérations. Au regard de l'objectif de santé publique, il importait en effet que tous les messages publicitaires soient assortis d'un message à caractère sanitaire. Juridiquement, la contribution prévue étant une taxe recouvrée par les services en charge de la TVA, le respect du principe d'égalité devant les charges publiques doit être garanti. Enfin, il était économiquement souhaitable de ne pas introduire de distorsion dans le marché de la publicité en favorisant tel ou tel type de marché par rapport à un autre.

Le paragraphe **III** concerne les modalités respectives de définition de l'assiette et du montant de la contribution dans les deux champs précédemment défini du secteur des médias et du secteur hors médias. Si les règles d'assiette et de taux de la contribution sont en effet clairement définies pour le secteur des médias, il n'en est en effet pas de même pour l'autre secteur. Le dispositif retenu dans ce second cas s'inspire directement des règles posées par l'article 302 bis MA du code général des impôts relatif à la taxe sur certaines dépenses de publicité dite « 1% hors médias ».

Le paragraphe **IV** précise enfin, pour les deux secteurs, le fait générateur, les conditions d'exigibilité, de déclaration, liquidation, recouvrement et contrôle de cette contribution.

L'ensemble de ces nouvelles dispositions techniques introduites par l'article 38 poursuivent, grâce à une rédaction plus claire, un objectif de sécurité juridique. Elles sont impérativement nécessaires pour la mise en œuvre dans les meilleures conditions de l'article L. 2133-1. Ses modalités d'application, notamment la définition des messages et la façon de les présenter, devraient d'ailleurs être prochainement précisées par un décret en Conseil d'Etat pris après

avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et après consultation du Bureau de vérification de la publicité.

Ainsi précisé, cet article ouvre la voie à la mise en place d'une politique ambitieuse et originale de sensibilisation et d'information des consommateurs sur l'enjeu de santé publique des produits alimentaires. Les sommes en jeu sont loin d'être négligeables pour l'assurance maladie puisque l'obésité et le surpoids touchent 19 % des enfants et entraînent des dépenses de santé estimées à 5 milliards d'euros. Cet article renforce les recettes de l'INPES et permettra d'alléger la charge qui pèse sur les dépenses de l'assurance maladie pour financer l'INPES. L'exposé des motifs indique que si l'assurance maladie a contribué à hauteur de 71 % au financement de l'INPES contre 29 % pour l'Etat en 2005, « *l'objectif est de descendre la part de l'assurance maladie aux deux tiers* ».

Article 39

Pérennisation, élargissement des missions et montant de la dotation pour 2006 du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

Composé de deux paragraphes, cet article a pour objet de pérenniser le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), de préciser ses missions et de déterminer le montant de sa dotation de financement au titre de l'année 2006.

1. Le FAQSV est pérennisé

Institué au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999⁽¹⁾, le FAQSV a pour vocation de répondre aux mutations de l'exercice de la médecine ambulatoire, en soutenant des projets innovants « *concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins* ».

A ce titre, il est chargé notamment d'apporter des aides au développement des nouveaux modes d'exercice et des réseaux de soins entre des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé. Il participe également au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins (EPP), qui sont organisées par les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML).

Les professionnels de santé exerçant dans le secteur ambulatoire ainsi que les centres de santé sont par ailleurs associés à la gestion du fonds.

Mis en place pour une durée initiale de cinq ans, le FAQSV a été prolongé d'un an par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002⁽²⁾, puis une

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

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

seconde fois, jusqu'au 31 décembre 2007, par le gouvernement, à l'initiative de M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, et de M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la loi de financement pour 2005 ⁽¹⁾ pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Au fil des ans, le bilan des actions engagées par le fonds s'est en effet avéré très largement positif, comme le souligne notamment le rapport d'évaluation du FAQSV, prévu par l'article 27 de la loi de financement pour 2002 ⁽²⁾ et remis au Parlement en septembre dernier.

L'instruction régionalisée des projets permet tout d'abord une réelle proximité de terrain. Du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2004, ce sont ainsi 1 159 projets régionaux qui ont été autorisés pour un coût total de 355 millions d'euros. En outre, l'effet de levier du FAQSV est important : son taux de financement des projets s'élève ainsi à 62 % en moyenne.

Le rapport d'évaluation souligne cependant qu'au total, *« ces évolutions ne remédient pas complètement à certains problèmes ; la gestion budgétaire du Fonds reste annuelle alors que le financement des projets est pluriannuel ; la capitalisation des bonnes pratiques reste informelle ; la communication sur les réalisations et les résultats du FAQSV est faible ; il n'est pas proposé de discours officiel clair sur la question de la pérennisation éventuelle des projets, hors réseaux, qui bénéficient depuis 2002 de la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) »*.

C'est pourquoi le paragraphe I de cet article propose de pérenniser le fonds, en procédant, dans son premier alinéa, à la codification des dispositions de l'article 25 de la loi de financement pour 1999.

Il est ainsi inséré un nouvel article L. 221-1-1 dans le chapitre premier du titre deuxième du livre premier du code de la sécurité sociale. Celui-ci succède ainsi logiquement à l'article L. 221-1 du même code, qui définit l'ensemble des missions de la CNAMTS.

En conséquence, le troisième alinéa (1^o) de ce paragraphe supprime les termes de l'article 25 précité qui faisaient référence à sa création *« pour une durée de neuf ans à compter du 1^{er} janvier 1999 »*.

Pour les mêmes raisons, le huitième alinéa (5^o) a pour objet d'abroger les dispositions du paragraphe III de l'actuel article 25 précité, qui fixaient à 500 millions de francs pour 1999 le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

(1) Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

(2) Celui-ci prévoyait en particulier que *« l'impact des financements attribués par le fonds (...) fait l'objet d'une évaluation au regard notamment de l'organisation, de la continuité et de la sécurité des soins ainsi qu'en ce qui concerne les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie »*.

2. Son champ d'intervention est étendu et ses missions précisées

a) Le lancement du dossier médical personnel (DMP)

Le quatrième alinéa (2°) du paragraphe I prévoit que le FAQSV pourra contribuer à la mise en œuvre du DMP, dont tout assuré social doit disposer au 1^{er} janvier 2007, conformément aux articles L. 161-36-1 et suivants du code de la sécurité sociale, tels qu'issus de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Il convient cependant de préciser que cette compétence nouvelle se limite aux expérimentations et à la phase de déploiement du DMP, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 2006.

Il est également à noter que ces missions s'inscrivent totalement dans la continuité de celles, qui lui avaient été confiées en 2003⁽¹⁾, tendant à contribuer aux expérimentations, dans quelques sites pilotes, d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Selon les informations communiquées par le gouvernement, les charges prévisionnelles du FAQSV liées au déploiement au DMP sont estimées à 90 millions pour 2006.

Un nouvel alinéa ayant été inséré dans le paragraphe II du nouvel article L. 221-1-1, le cinquième alinéa (3°) modifie par coordination la rédaction du troisième alinéa du paragraphe qui faisait référence au premier alinéa de celui-ci.

b) L'amélioration de la permanence des soins et de la répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire

– Les sixième et septième alinéas (4°) ont pour objet de compléter le paragraphe II du nouvel article L. 221-1 du code de la sécurité sociale par un nouvel alinéa précisant que le fonds « *peut attribuer des aides pour le financement de structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales de garde* ».

Il convient cependant de rappeler que de fait, au titre de sa mission générale de soutien aux projets visant à améliorer la qualité ou la coordination des soins, des actions visant à améliorer la permanence des soins, par exemple des dispositifs de régulation des appels téléphoniques, ont été engagées par le fonds depuis plusieurs années. Des financements ont par ailleurs été prévus pour 108 projets de maisons médicales de garde.

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

Les maisons médicales de garde

Les maisons médicales de garde sont des lieux d'accueil équipés où des soins médicaux sont dispensés sur place, le plus souvent par des médecins généralistes, sur la base du volontariat. Elles sont ouvertes pendant les heures de fermeture des cabinets de ville, soit, en tant que de besoin, la nuit, les week-end et jours fériés, voire pendant certaines périodes de l'année dans des zones touristiques.

Leur objectif principal est d'assurer la permanence des soins et d'éviter des recours abusifs aux visites et aux services des urgences des établissements de santé. D'une façon générale, les maisons médicales de garde ont également pour mission d'informer les professionnels de santé et les assurés sur les modalités d'organisation et de bon usage du dispositif de permanence des soins (médecin d'astreinte, fonctionnement du centre 15, astreintes des autres professionnels de santé).

Selon la Fédération nationale des maisons médicales de garde (FNMMG), on en dénombre actuellement environ 300.

En l'inscrivant expressément parmi ses missions et surtout en pérennisant le FAQSV, cet article permettra ainsi de conforter les actions déjà engagées en matière de permanence des soins et de favoriser le développement des maisons médicales de garde.

– Il est, d'autre part, proposé de préciser, au sein du même alinéa, que le fonds peut apporter son soutien à toute action visant à favoriser « *une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire* ».

Par cette formulation générale, l'objectif poursuivi est en fait d'inciter le FAQSV à apporter son soutien à des projets, visant notamment à regrouper différentes catégories de professionnels de santé, à travers des prestations de conseil ou d'aide à l'ingénierie.

Il ne s'agirait cependant pas de mettre en place de nouvelles aides financières à l'installation des professionnels de santé, dans la mesure où celles-ci relèvent désormais de la responsabilité des partenaires conventionnels, conformément à l'article 49 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Le dispositif d'aides conventionnelles à l'installation des professionnels de santé

Aux termes de l'article L. 614-1 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 49 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie :

« La ou les conventions nationales prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent : (...)

« 4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du présent code [les zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins, qui sont délimitées par les missions régionales de santé] ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle. La convention fixe

également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ».

5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent (...) ».

On peut dès lors s'interroger sur le maintien des dispositions du troisième alinéa de l'actuel article 25 de la loi de financement pour 1999, qui prévoit que le fonds peut contribuer « au financement des aides aux professionnels de santé, autres que des médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins ».

3. Sa dotation est quasiment doublée par rapport à 2004

Ainsi qu'il est prévu par le troisième paragraphe de l'actuel 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 en loi de financement de la sécurité sociale.

Celles-ci sont réparties à hauteur de 20 % pour les actions nationales et 80 % pour les actions régionales.

Depuis 2002, l'augmentation constante de la consommation de ses crédits témoigne de la montée en charge du fonds. En 2004, le montant global des dépenses s'est ainsi élevé à 59,4 millions d'euros, soit 56 % du plafond de dépenses autorisés (106 millions d'euros), comme l'indique le tableau présenté ci-après.

Les comptes du FAQSV

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006 (p)
Ressources	76,6	20	15,4	60	110
Participation des régimes d'assurance maladie	76,2	20	15	60	
Autres produits	0,4		0,4		
Dépenses	50,3	54,5	59,4	15,9*	
Solde annuel	26,3	-34,5	-44		
Solde cumulé	143	108,5	64,5		

(p) Dispositions prévues par le projet de loi

* Le montant des dépenses est celui arrêté au 30/06/2005

Source : Les données 2002 à 2004 proviennent des comptes de résultat établis par la CNAMTS

Afin de prendre en compte l'extension des missions du FAQSV et lui donner en particulier les moyens de contribuer efficacement au lancement du DMP pour 2006, le paragraphe II de cet article fixe à 150 millions d'euros le plafond des dépenses autorisées pour 2006, alors que celui-ci était fixé chaque année à 106 millions d'euros depuis 2001.

Pour les mêmes raisons, il est proposé que le FAQSV soit doté de 110 millions d'euros en 2006, contre 60 millions d'euros en 2005, année où elle avait déjà été pratiquement quadruplée par rapport à l'année précédente.

Article 40

Montant pour 2006 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

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).

Dès 1998, la recomposition du tissu hospitalier a conduit à la création, par la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998, du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO). Il s'agissait à l'origine d'un dispositif exceptionnel de financement des établissements de santé, distinct des crédits versés par les caisses d'assurance maladie et comptabilisés en dehors de l'ONDAM, qui finançait principalement des mesures d'accompagnement social d'opération de modernisation des établissements de santé favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels.

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, a substitué au FASMO le Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) qui est devenu FMESPP à compter du 1er janvier 2003 en reprenant les créances et obligations du Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) (articles 23 et 26 de la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003).

Le FMESPP est aujourd'hui régi par le décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé modifié par les décrets n° 2003-395 du 24 avril 2003 et n° 2003-1196 du 15 décembre 2003. La gestion en a été confiée à la Caisse des dépôts et consignations.

Les missions du FMESPP ont progressivement été élargies et cette extension 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. En 2006, l'utilisation de ce volet « ressources humaines » pourrait ainsi concerner l'accompagnement social des opérations de restructuration, notamment des ajustements liés au passage à la tarification à l'activité susceptibles de se traduire par des redéploiements d'effectifs, le maintien des efforts engagés en terme de promotion professionnelle ainsi que le maintien d'un soutien financier aux établissements en faveur des actions d'amélioration des conditions de travail, de prévention de la violence ou de mise en œuvre du dialogue social.

Le volet « investissement » concerne principalement les aides en capital qui sont versées par le FMESPP. Le FMESPP constitue en effet une source de financement essentielle du volet investissement du plan Hôpital 2007 à hauteur de 1,5 milliard d'euros sur 5 ans. Ces subventions d'investissement sont versées aux établissements par le FMESPP. Le fonds finance les dépenses d'investissement de tous les établissements de santé. Les subventions attribuées au titre du FMESPP sont payées par la Caisse des dépôts et consignations sur présentation d'une facture attestant du début de réalisation des travaux ou de pièces justificatives attestant de l'acquisition du matériel. L'attribution de la subvention est formalisée par un avenant au contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Le FMESPP prend également en charge d'autres volets qui s'ajoutent au volet « ressources humaines » et « investissement ».

Il s'agit en premier lieu des coûts de fonctionnement de : la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) évalués à 7,75 millions d'euros en 2005 dont 6 millions d'euros pour la nouvelle mission d'accompagnement de l'amélioration de la performance des achats hospitaliers dans le cadre du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie ; la mission nationale pour la tarification à l'activité (MT2A) évalués à 5,3 millions d'euros en 2005 contre 4,2 millions en 2004 ; la mission nationale d'appui à l'investissement (MAINH) et des missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement évalués à 8,8 millions d'euros pour 2005 (ces coûts intègrent l'appui aux maîtrises d'ouvrages hospitalières en matière de systèmes d'information hospitaliers).

Le FMESPP prend également en charge le soutien aux établissements de santé privés antérieurement sous « objectif quantifié national » (OQN). La réforme de la tarification à l'activité et le dispositif de convergence tarifaire prévu sur la période 2005-2012 requièrent, en vue de maintenir l'offre de soin, des aides ponctuelles aux établissements de santé privés antérieurement financés par l'OQN et qui subissent une évolution tarifaire défavorable : 14,5 millions d'euros ont été employés à ce titre en 2004 ; le même montant est prévu pour 2005.

Le fonds finance également d'autres actions de modernisation liées par exemple à l'extension de la démarche d'accréditation des activités médicales et cliniques.

Enfin, des crédits du FMESPP ont été spécifiquement réservés en 2004 pour contribuer au financement de l'installation de systèmes de rafraîchissement ou de climatisation dans les établissements de santé privés financés sous objectif quantifié national et les unités de soins de longue durée (USLD).

La loi dispose que les ressources du FMESPP sont constituées par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie. Lors de sa création, la loi prévoyait que son montant en était fixé chaque année par décret. Mais l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu que le montant des ressources du nouveau fonds serait fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le fonds a été doté successivement de 45,73 millions d'euros en 1998, 106,71 millions d'euros en 2000, 91,46 millions d'euros en 2001, 152,45 millions d'euros en 2002, 450 millions d'euros en 2003, 470 millions d'euros en 2004. L'année 2003 qui voit une multiplication par trois des ressources annuelles du FMESPP correspond au lancement du plan « hôpital 2007 ».

L'article 25 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 a fixé la dotation annuelle du fonds à 405 millions d'euros pour 2005. Cette dotation était en diminution du fait de la disponibilité de crédits reportés des années antérieures car non engagés et du fait d'un besoin de financement moindre que prévu dans les premières années de la mise en œuvre du volet investissement du plan « hôpital 2007 ». En effet, le constat de retards techniques dans le lancement ou le démarrage de certaines opérations d'investissements éligibles aux aides du plan « hôpital 2007 », a conduit à décaler le versement de certaines aides en capital.

Le présent article porte à 327 millions d'euros le montant pour 2006 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ce montant intègre les besoins liés à la formation et à la reconversion du personnel des établissements de santé, la montée en charge du dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières annoncé par le ministre chargé de la santé le 26 mai 2005 et celle du plan « psychiatrie et santé mentale » annoncé le 4 février 2005, notamment ses volets « investissement » et « formation des soignants. La diminution notable du montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés par rapport au montant prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 s'explique par le fait qu'il a été décidé de limiter le volet investissement du plan hôpital 2007 financé par des subventions du FMESPP à 100 millions d'euros, le solde étant étalé sur plusieurs années en crédits de fonctionnement (charge d'amortissement et frais financier)

afférents à un recours accru à l'emprunt, financé par dotations directes de l'assurance maladie.

Article 41

Contribution pour 2006 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave

Le premier alinéa de cet article a pour objet de fixer à 175 millions d'euros pour 2006 le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours destiné à l'achat et au stockage de produits prophylactiques ou de traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave (*cf. supra*, commentaire présenté sous l'article 6 du projet de loi).

L'exposé des motifs du projet de loi précise qu'au sein de cette dotation, 146 millions d'euros seront consacrés à l'achat de masques, de médicaments et de matériels de vaccination au titre de la mise en œuvre du plan gouvernemental de protection contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire.

Le complément, soit 29 millions d'euros, doit permettre de parer à l'éventualité d'autres types de menaces sanitaires graves, à travers notamment le renouvellement de stocks d'antibiotiques constitués au cours des années précédentes et le financement de certaines opérations prévues initialement en 2005.

Au total, la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours prévue par le projet de loi s'élèverait ainsi à 351 millions d'euros pour 2005 et 2006, comme l'indique le tableau présenté ci-après.

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

(en millions d'euros)

2002	2003	2004	2005 (p)	2006 (p)
198,18	155,40	62	176	175

(p) : projet de loi

Enfin, de même que pour l'article 6 du projet de loi, le second alinéa du présent article précise que la contribution des régimes d'assurance maladie est répartie selon les règles mises en œuvre en 2004 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale relatif aux dotations annuelles versées aux établissements de santé.

Article 42

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2006

En application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale doit fixer, chaque année, « *par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général, ainsi que, le cas échéant, leurs sous-objectifs* ».

Cet article vise en conséquence à déterminer le montant des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2006.

• *Les champs respectifs de l'ONDAM et des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

Outre l'ONDAM, qui regroupe de façon schématique les dépenses dont on estime qu'elles doivent faire l'objet de mesures de maîtrise, la loi de financement de la sécurité sociale fixe chaque année un second objectif de dépenses, qui couvre l'ensemble de la branche maladie, maternité, invalidité et décès.

Contrairement aux crédits budgétaires, qui sont votés en lois de finances, les objectifs de dépenses par branche ne constituent pas des autorisations de dépenses à caractère limitatif.

Ils permettent en revanche de fixer indirectement un niveau d'équilibre pour chaque caisse de sécurité sociale, notamment dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui les lient à l'Etat.

L'objectif de la branche maladie comprend différentes catégories de dépenses, dont les principales sont les prestations sociales (y compris l'action sanitaire et sociale), les frais de gestion administrative des régimes ainsi que les charges financières.

Comme l'indique le tableau présenté ci-après, le périmètre de l'objectif de dépenses de la branche maladie est donc à la fois plus large que l'ONDAM, puisqu'il comprend notamment les indemnités journalières (IJ) de maternité ainsi que les prestations d'invalidité et d'assurance-décès, mais également plus restreint, dans la mesure où il n'inclut pas les prestations relevant pour partie de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

L'articulation entre l'ONDAM et les objectifs de dépense de la branche maladie et de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Objectif de la branche maladie, maternité, invalidité, décès		Objectif de la branche AT-MP	
Hors ONDAM	ONDAM		Hors ONDAM
<p>A. Gestion technique</p> <p>I. Prestations sociales :</p> <p>– prestations en espèces = indemnités journalières (IJ) maternité</p> <p>– prestations invalidité, décès</p> <p>– prestations extra-légales (action sanitaire et sociale)</p> <p>– Actions de prévention</p> <p>– Autres prestations</p> <p>II. Charges techniques, dont :</p> <p>– prise en charge de cotisations des professionnels libéraux</p> <p>III. Diverses charges techniques</p> <p>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</p> <p>V. Charges financières</p> <p>B. Gestion courante</p> <p>C. Charges exceptionnelles</p>	<p>A. Gestion technique</p> <p>I. Prestations légales maladie-maternité hors IJ maternité :</p> <p>– prestations en nature maladie-maternité</p> <p>– prestations en espèces = IJ maladie</p> <p>IV. Dotations aux provisions des dépenses ONDAM</p>	<p>A. Gestion technique</p> <p>I. Prestations pour incapacité temporaire :</p> <p>– prestations en nature (ville et établissements)</p> <p>– IJ suite à AT</p> <p>IV. Dotations aux provisions pour prestations d'incapacité temporaires</p>	<p>A. Gestion technique</p> <p>I. Prestations pour incapacité permanente (rentes, capital)</p> <p>II. Charges techniques</p> <p>III. Diverses charges techniques</p> <p>IV. Dotations aux provisions pour dépenses hors ONDAM</p> <p>V. Charges financières</p> <p>B. Gestion courante</p> <p>C. Charges exceptionnelles</p>

Source : Rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement pour 2004 (septembre 2005)

Dans son rapport de septembre dernier, la Cour des comptes souligne cependant l'absence de description formalisée et exhaustive de l'ensemble de ces objectifs de dépenses, dont la coexistence a pu sembler de nature à nuire à la clarté des lois de financement de la sécurité sociale.

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) vise précisément à remédier à ces insuffisances.

• *Les principales améliorations apportées par la loi organique n° 2001-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale*

Les régimes de moins de 20 000 cotisants, dont la liste est présentée dans l'encadré ci-dessous, sont désormais inclus dans le champ des objectifs de dépenses de la branche maladie. Un objectif de dépenses spécifique au régime général devra par ailleurs être déterminé.

Liste des régimes de sécurité sociale comptant moins de 20 000 cotisants

1. Régimes dont le nombre de cotisants ou de retraités titulaires de droits propres est inférieur à 20 000

Caisse nationale de retraite des personnels de l'Opéra national de Paris

Caisse de retraite du personnel de la Comédie Française

Régime de retraite de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP)

Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (pour son personnel)

Régime de retraite du personnel du port autonome de Strasbourg

Régime de retraite des ministres des cultes d'Alsace-Moselle

Régimes des assemblées parlementaires et du Conseil économique et social (CES)

2. Régimes en voie d'extinction

SEITA

Fonds spécial d'assurance vieillesse des chemins de fer secondaires (CAMR)

Imprimerie nationale

Cantonniers de l'Isère

Chemins de fer de l'Hérault

Chemins de fer éthiopiens

Régies ferroviaires d'Outre-Mer

Régimes spéciaux des hôpitaux du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de Moselle

Régimes spéciaux des communes de Moselle

Régimes spéciaux des communes du Bas-Rhin

Régimes spéciaux des communes du Haut-Rhin

Régimes spéciaux des organismes de sécurité sociale du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de Moselle

Autres régimes spéciaux du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de Moselle

Source : Site Internet du ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement (www.social.gouv.fr) et document triennal figurant en annexe du projet de loi

En outre, les modalités de passage des objectifs de dépenses des différentes branches à l'ONDAM devront être décrites dans une annexe à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2007 ⁽¹⁾.

(1) Conformément à l'article 23 de la loi organique précitée.

Il est toutefois à noter que la possibilité de définir et de soumettre à l'approbation du Parlement des sous-objectifs de branche, innovation introduite par la loi organique du 2 août dernier, n'a pas été utilisée cette année par le gouvernement.

• *Les objectifs de dépenses pour 2006*

Pour l'année 2005, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès a été fixé à 148,3 milliards d'euros 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 ⁽¹⁾.

A cet égard, il convient de rappeler que contrairement aux dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM, le montant des dépenses réalisées relevant de la branche maladie ne figure pas dans les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale. Un suivi précis des dépenses constatées devra toutefois être réalisé par les administrations concernées, dans la mesure où la loi organique prévoit désormais l'approbation par le Parlement des tableaux d'équilibres, c'est-à-dire les soldes, pour chaque branche.

Le présent article propose tout d'abord de fixer le montant de l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, à 153,4 milliards d'euros pour 2006 (1°), contre 149,7 milliards d'euros de dépenses prévisionnelles en 2005, selon les données figurant en annexe B du projet de loi.

Cet objectif correspond ainsi à un taux de progression d'environ 2,47 % pour 2006, contre 3,24 % l'année précédente.

Prévisions de recettes et de dépenses de la branche maladie sur la période 2006-2009 pour l'ensemble des régimes obligatoire de base

En milliards d'euros

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Produits	133,4	140,3	146,4	151,5	157,3	163,3
Dépenses	145,0	149,7	153,4	156,1	160,0	163,8
Solde	-11,7	-9,4	-7,0	-4,6	-2,8	-0,5

Source : Annexe B du projet de loi

S'agissant du régime général, le dernier alinéa de cet article (2°) fixe à 131,9 milliards d'euros le montant de l'objectif de dépenses de la branche pour 2006, contre 128,8 milliards d'euros en 2005, soit une hausse limitée de 2,40 %.

(1) Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Article 43

Objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et sous-objectifs pour 2006

Conformément aux 2° et 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article a pour objet de déterminer le montant et la décomposition de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

– En premier lieu, conformément aux 2° et 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 140,7 milliards d'euros le montant de l'ONDAM pour 2006.

Ce chiffre correspond à une augmentation limitée de 2,5 % par rapport à 2005, à périmètre constant, alors que le taux de croissance de l'ONDAM s'est élevé à 3,8 % en 2005 par rapport à la base réactualisée pour 2004. En effet, le périmètre de l'ONDAM pour 2006 a été significativement élargi par rapport aux années précédentes (*cf. supra*).

Il convient par ailleurs de souligner que cette évolution est en phase avec le cadrage pluriannuel présenté en annexe B, qui prévoit une progression annuelle moyenne de 2,2 % de cet objectif pour les quatre années à venir.

– En second lieu, le présent article soumet pour la première fois à l'approbation du Parlement l'ensemble des sous-objectifs de l'ONDAM, dont la liste et la définition ont été arrêtées par le gouvernement, après consultation des commissions parlementaires saisies au fond du projet de loi.

Le montant de chacun de ces sous-objectifs, au nombre de six, est présenté dans le tableau figurant ci-après.

Décomposition de l'ONDAM en sous-objectifs

En milliards d'euros

	Objectifs 2006
Dépenses de soins de ville	65,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,7
Total	140,7

Compte tenu de l'importance des modifications, notamment de périmètre, apportées à l'ONDAM pour 2006, de la complexité des « rebasages » habituels de

celui-ci, mais également du souhait que la compréhension de cet objectif, au cœur de la régulation des dépenses de santé, ne soit plus réservé à un public par trop restreint, il aurait été sans doute opportun, du moins cette année, que le contenu ainsi que les taux d'évolution à périmètre constant de chacun de ces sous-objectifs soient davantage explicités dans l'exposé des motifs de cet article et/ou dans l'annexe7 relative à l'ONDAM.

Dans le même sens, il est également permis de s'interroger sur le champ précis du « sous-objectif médicament », qui correspond en réalité à l'une des composantes du sous-objectif « soins de ville », dont le ministre a indiqué qu'il serait de - 3,3 % pour 2006.

Cet article n'appelle pas d'autres commentaires que ceux développés dans l'exposé général du rapporteur (*cf. supra*).

Article 44

Transmission au Parlement des propositions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à l'évolution prévisible des charges et des produits des régimes d'assurance maladie

Cet article vise à modifier la procédure existante de transmission au gouvernement et au Parlement de propositions relatives à l'évolution des charges et des produits par les caisses d'assurance maladie en en confiant la charge à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), dans le but de renforcer l'efficacité de cette procédure.

- *L'obligation de transmission au gouvernement et au Parlement de propositions par les caisses d'assurance maladie aux termes de la loi du 13 août 2004*

L'article 39 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a introduit dans le code de la sécurité sociale un article L. 111-11 aux termes duquel « *chaque caisse nationale d'assurance maladie transmet avant le 30 juin de chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution de ses charges et de ses produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions tiennent compte des objectifs de santé publique.* »

L'article 18 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a avancé la date du 30 juin au 15 juin.

Ce même article L. 111-11 précise que « *les propositions de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont soumises, préalablement à leur transmission, à l'avis de son conseil de surveillance mentionné à l'article L. 228-1.* »

Cette disposition doit ainsi assurer « *une transposition, à l'échelle des comptes de la seule assurance maladie, du débat d'orientation budgétaire* », tel qu'il prévaut en matière de lois de finances – selon les termes du rapport établi préalablement à la discussion ⁽¹⁾.

La discussion a permis de préciser que chaque caisse nationale est concernée, autrement dit : la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM).

Néanmoins, le même rapport contient un élément de réserve : « *Peut-être faudrait-il, pour respecter la cohérence portée par le projet, confier à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie [créée par le même projet], et non aux caisses nationales prises séparément, le soin de formuler ces propositions. Qu'advierait-il en effet en cas d'avis divergents des caisses ?* »

• *Les difficultés engendrées par la mise en application de l'article L. 111-11*

Deux types de difficultés semblent se présenter à la suite de l'entrée en vigueur de ce dispositif, en dépit du fait – il faut le souligner – que cette disposition a bien reçu application en juin 2005, pour la première occurrence.

D'une part, conformément à l'intuition exprimée dans le rapport précité, une telle multiplicité des avis n'est pas très opérante. Ainsi que le précise l'exposé des motifs du présent article, « *il semble (...) préférable de disposer de la vision la plus large possible de l'évolution des produits et des charges de l'assurance maladie et non des visions de plusieurs régimes juxtaposés.* »

Cela est d'autant plus important que les récents débats relatifs au projet de loi organique relatif aux lois de financement de la sécurité sociale ont insisté sur les enjeux de la mise en œuvre de cette mesure : grâce à celle-ci, « *la crédibilité de l'ONDAM [serait] renforcée de deux manières : sur le plan financier, grâce à l'association des caisses gestionnaires à la préparation des hypothèses sur lesquelles le projet de loi de financement de l'année à venir doit être bâti, ainsi qu'à l'inscription dans un cadrage pluriannuel ; sur le plan sanitaire grâce à la référence aux objectifs de santé publique* » ⁽²⁾. Il est donc nécessaire d'assurer l'effectivité de cette mesure de cadrage budgétaire, en permettant à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de présenter une vision synthétique des données élaborées par les différentes caisses nationales.

(1) Rapport (n° 1703) fait au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie par M. Jean-Michel Dubernard.

(2) Avis (n° 2245) présenté au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du plan sur le projet de loi organique relatif aux lois de financement de la sécurité sociale par M. Yves Bur.

D'autre part, il est indéniable, comme l'évoque également l'exposé des motifs, que cette mesure de simplification est de nature à faciliter le traitement de l'information ainsi mise à disposition du Parlement et du gouvernement.

• *Le dispositif proposé*

Pour l'ensemble de ces raisons, le 1^o de cet article procède, dans le premier alinéa de l'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale, à la substitution aux mots : « *Chaque caisse nationale* » des mots : « *L'Union nationale des caisses* ».

En outre, ce même 1^o substitue en conséquence dans le même alinéa à la référence à l'évolution des charges et des produits de chaque caisse nationale celle de « *l'évolution des charges et des produits de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, de la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et de la caisse centrale de mutualité sociale agricole* ».

Autrement dit, désormais, l'UNCAM transmettra au gouvernement et au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits au titre de l'année suivante concernant chacune des trois caisses nationales ainsi définies, et des mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie pour ce qui concerne chacune des trois caisses également.

Par parallélisme des formes, la même modification est apportée par le 2^o dans le deuxième alinéa de l'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale. C'est ainsi que ce n'est plus « *la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés* » mais « *l'Union nationale des caisses d'assurance maladie* » dont les propositions devront faire l'objet d'un avis préalablement à leur transmission.

En conséquence, cet avis émanera non plus du « *conseil de surveillance mentionné à l'article L. 228-1 [du code de la sécurité sociale]* » (à savoir le conseil de surveillance de chacune des trois caisses nationales) mais du « *conseil mentionné à l'article L. 182-2-2 [du code de la sécurité sociale]* » à savoir le conseil de l'UNCAM tel qu'il a été défini à cet article par la loi du 13 août 2004, composé de douze membres désignés par le conseil de la CNAMTS, trois membres désignés par le conseil d'administration de la CANAM et trois membres désignés par le conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole.

Section 3

**Dispositions relatives aux dépenses d'assurance
des accidents du travail**

Article 49

**Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles
au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**

Cet article porte pour l'année 2006 à 700 millions d'euros la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et à 315 millions d'euros celle au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Le paragraphe I fixe pour 2006 la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante a été instauré par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998, loi de financement pour la sécurité sociale pour 1999, et par le décret d'application n° 99-247 du 29 mars 1999. Sa vocation est d'accorder une période de retraite plus longue à certains salariés dont l'espérance de vie est potentiellement réduite par leur exposition à l'amiante.

Le FCAATA est destiné à financer l'allocation de cessation anticipée d'activité, assimilée à un régime de préretraite en faveur des travailleurs de l'amiante âgés de plus de 50 ans. Il prend en charge les allocations ainsi que les cotisations d'assurance vieillesse volontaire et de retraite complémentaire. L'allocation de cessation anticipée d'activité s'adresse à plusieurs catégories de travailleurs de l'amiante : salariés ou anciens salariés (du régime général ou du régime AT-MP des salariés agricoles) reconnus atteints d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante ou ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou des établissements de construction et de réparation navale. Le champ des salariés éligibles a été progressivement étendu par les lois de financement de la sécurité sociale 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. A l'exception de quelques fonctionnaires du ministère de la défense qui relève d'un dispositif particulier, il convient de souligner que les fonctionnaires ne peuvent pas bénéficier de ce dispositif, ce qui n'est pas sans poser un problème d'équité.

Les comptes du FCAATA traduisent la montée en charge du dispositif et le rapport du Gouvernement au Parlement présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et pour les vingt années suivantes (2003) a mis en évidence une explosion des coûts de la prise en charge des victimes ⁽¹⁾.

Le nombre d'allocataires présents dans le dispositif a évolué comme suit :

Allocataires en cours du FCAATA

Année	Nombre d'allocataires	Variation
2000	3 785	-
2001	9 152	+ 148 %
2002	16 681	+ 82 %
2003	22 516	+ 35 %
2004	27 409	+ 22 %

En dépit de sa décélération, le rythme de croissance du nombre d'allocataires reste donc élevé.

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 (la contribution AT/MP du régime général a pratiquement été multiplié par 5 en 5 ans) en la portant à 700 millions d'euros pour 2005. On rappellera que le fonds est en outre alimenté par une fraction du produit des droits de consommation sur les tabacs, d'une contribution de la Mutualité sociale agricole (MSA) depuis 2003 et, depuis le 5 octobre 2004 d'une contribution à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante définie à l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

*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				121
Total	332	484	479	750

(1) Une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) chargée d'étudier des hypothèses de réforme du dispositif de l'ACAATA devrait rendre ses conclusions au mois de novembre 2006.

Le paragraphe II 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).

Le FIVA est un établissement public créé spécialement par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et le décret d'application du 23 octobre 2001 pour assurer la réparation intégrale des préjudices des personnes atteintes de maladies liées à l'amiante.

Le quatrième rapport d'activité du FIVA couvrant la période du 1^{er} juin 2004 au 31 mai 2005 et les statistiques fournies au rapporteur lors de l'audition du Président du conseil d'administration du fonds font état d'une consolidation de son activité.

Entre juin 2004 et mai 2005, l'activité indemnitaire du FIVA a continué de progresser : 8 000 dossiers de victimes ont été déposés (8040 sur l'ensemble de l'année 2004), ce qui porte le nombre total, depuis la création du FIVA, à plus de 22 000.

La part prépondérante des victimes relevant du régime général se confirme (87,6 %, en progression d'un point).

On constate toutefois que la croissance des demandes d'indemnisation adressées au FIVA se stabilise, avec une moyenne mensuelle d'environ 670 demandes, que les délais de traitement diminuent grâce au renforcement des effectifs (70 % des dossiers sont traités dans les six mois) et que la nature des demandes évolue avec une part croissante des affections bénignes.

Sur la même période de juin 2004 à mai 2005, le FIVA a présenté 6 400 offres d'indemnisation aux victimes portant ainsi le nombre total depuis la création de l'établissement à près de 16 000.

L'activité de gestion assumée transitoirement par le fonds de garantie des assurances obligatoires des dommages (FGAO) a pris fin le 31 décembre 2004. Depuis cette date, la compétence du FIVA est devenue entière.

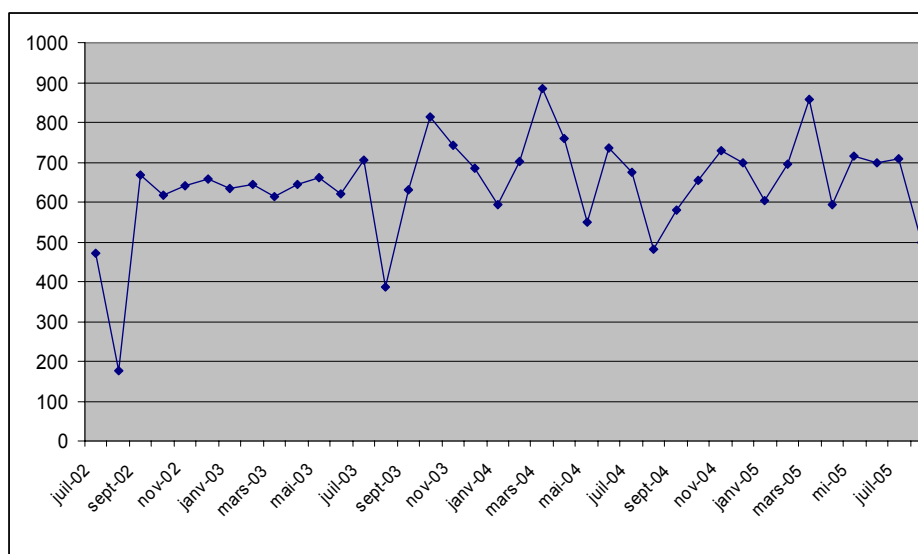
Enregistrement des dossiers (FIVA et FGA)

Flux des dossiers de victimes enregistrés			
Date	FGA*	FIVA	Enregistrements FIVA et FGA
Juillet 2002	470		470
Août 2002	175		175
Septembre 2002	669		669
Octobre 2002	618		618
Novembre 2002	640		640
Décembre 2002	657		657
Janvier 2003	633		633
Février 2003	643		643
Mars 2003	614		614
Avril 2003	644		644
Mai 2003	660		660
Juin 2003	140	481	621
Juillet 2003	28	677	705
Août 2003	17	370	387
Septembre 2003	5	626	631
Octobre 2003	7	807	814
Novembre 2003	3	738	741
Décembre 2003	3	681	684
Janvier 2004	0	594	594
Février 2004	0	701	701
Mars 2004	0	884	884
Avril 2004	0	761	761
Mai 2004	0	550	550
Juin 2004	0	734	734
Juillet 2004	0	676	676
Août 2004	0	481	481
Septembre 2004	0	581	581
Octobre 2004	0	653	653
Novembre 2004	0	728	728
Décembre 2004	0	697	697
Janvier 2005	0	603	603
Février 2005	0	695	695
Mars 2005	0	857	857
Avril 2005	0	592	592
Mai 2005	0	714	714
Juin 2005	0	699	699
Juillet 2005	0	708	708
Août 2005	0	498	498
Total	6 623	17 786	24 409

* Fonds de garantie des assurances

Source : FIVA

Enregistrement des dossiers (FIVA et FGA)



Source : FIVA

Les dotations affectées au FIVA depuis sa mise en place, tant au titre des lois de finance qu'au titre des lois de financement pour la sécurité sociale, ont permis de faire face aux dépenses d'indemnisation.

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
2005	52	200	252
Total	130	1 108	1 238
	11%	89%	

Source : FIVA

Dans le rapport annuel d'activité du FIVA, il est précisé que « les différentes dotations de l'Etat ont été versées en totalité au fonds alors que les dotations de la branche accident du travail et maladies professionnelles du régime général ne sont versées qu'en fonction des besoins du FIVA. Ainsi sur les 1,1 milliards d'euros de dotations de la branche AT-MP, 690 millions d'euros ont été effectivement versés au FIVA et 418 millions d'euros restent disponibles dans la trésorerie de la sécurité sociale. Le FIVA y fera appel au fur et à mesure des besoins pour couvrir les décaissements du reste de l'année 2005 et du début 2006 ». Dans le même rapport, le FIVA estime que son besoin de financement pour 2006 sera au maximum égal à 450 millions d'euros (570 millions d'euros de dépenses prévisionnelles moins 120 millions de fonds de roulement positif).

Compte tenu de ces éléments, le présent article prévoit le passage de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds de 200 millions d'euros en 2005 à 315 millions d'euros pour 2006.

Article 50

Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles 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 2006 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 ⁽¹⁾, 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 sous-déclaration et donc de la non-prise en charge par la branche AT-MP des maladies professionnelles et, depuis la loi de financement pour 2002 ⁽²⁾, des accidents du travail conformément à la législation applicable en la matière ⁽³⁾.

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 et persistantes.

La Cour des comptes remarque ainsi dans son rapport de septembre 2005 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, qu'« *il reste patent que les maladies professionnelles continuent, malgré les progrès enregistrés, à être sous-déclarées et sous-reconnues. Les statistiques épidémiologiques le montrent toujours davantage. Cette sous-reconnaissance résulte notamment des pratiques différentes des CRAM en la matière. Si certaines pathologies, comme le cancer, font l'objet d'études qui permettent d'évaluer ces phénomènes avec une certaine précision, l'information est en revanche extrêmement lacunaire pour d'autres pathologies professionnelles très répandues, tels que les troubles musculo-squelettiques. La charge globale de cette sous-imputation est certainement très supérieure à la compensation de 330 M€ que verse la branche AT-MP à l'assurance maladie. Pour les seules dépenses d'hospitalisation, la charge induite que les défaillances dans l'imputation à la branche AT-MP font peser sur l'assurance maladie avait en effet été évaluée en 2002 par la Cour à 300 M€.* »

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

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

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

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

Afin de donner une base de calcul pour la détermination de ce montant, il est 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 juin 2005. Celui-ci évalue le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles à une fourchette située, a minima, entre 355 et 750 millions d'euros (hors indemnités journalières en ce qui concerne les maladies).

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***

(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 des trois années précédentes, soit 330 millions d'euros, compte tenu de la proximité de ce montant, stable depuis trois ans, avec la fourchette basse du dernier rapport de la commission prévue par l'article L. 176-2.

Article 51

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2006

L'article 7 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a inséré, après l'article LO 111-7 du code de la sécurité sociale, un article LO 111-7-1 qui dispose que « *dans la partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, ... chaque objectif de dépenses par branche, décomposé le cas échéant en sous-objectifs, fait l'objet d'un vote unique portant tant sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale que sur le régime général* ».

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, la construction de cet objectif de dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles pour 2006 se déroule en trois étapes :

– les comptes prévisionnels 2006 des branches AT-MP des différents régimes sont totalisés (régime général, régimes agricoles, régimes spéciaux, FCAT, FCATA) ;

– les transferts internes à la branche sont neutralisés : il s'agit principalement du versement de compensation du régime général vers le régime des salariés agricoles (111 millions d'euros) et le régime des mines (450 millions d'euros), de la contribution du régime général au FCAT (56 millions d'euros), et de la contribution des régimes agricoles au FCATA (82 millions d'euros) ;

– les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes sont enfin présentés en montants nets, qui s'écartent des montants comptables de charges et de produits, afin de donner un sens économique aux agrégats.

Pour mémoire, le FCAT (fonds commun des accidents du travail) et le FCATA (fonds commun des accidents du travail agricoles) sont des organismes dont la population est en extinction, qui sont chargés de verser des majorations de rentes AT-MP attribuées avant la mise en place des régimes AT-MP actuels.

Par ailleurs, la neutralisation consiste, pour chaque transfert interne au champ d'agrégation, à déduire son montant des dépenses du régime qui le verse et symétriquement à le déduire des produits du régime qui le reçoit. Cette neutralisation est nécessaire pour éviter que certains montants de dépenses ou de recettes ne soient comptabilisés deux fois.

Construction de l'objectif de dépenses de la branche AT-MP

(en milliards d'euros)

Dépenses AT-MP de l'ensemble des régimes	12,3	dont 10,2 pour le régime général
Neutralisation des transferts internes à la branche AT-MP	- 0,7	
Sommes déduites pour le calcul des charges nettes	- 0,5	dont - 0,33 de reprises sur provisions pour prestations, - 0,11 de dotations aux provisions et pertes sur actifs circulants, - 0,02 de produits de gestion courante
objectif de dépenses de la branche	11,1	

Source : ministère de la santé, direction de la sécurité sociale

Pour le régime général, la construction de l'objectif de dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles pour 2006 est identique, à l'exception de la neutralisation des transferts internes qui n'ont bien sûr plus lieu d'être.

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Médecins généralistes de France (MG France)** – M. Pierre Costes, président
- **Fédération des médecins de France (FMF)** – M. Jean-Claude Régi, président
- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)** – M. Michel Chassang, président
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)** – M. Dinorino Cabrera, président
- **Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)** – M. Daniel Lenoir, directeur général, Mme Agnès Bocognano, conseillère technique au cabinet du président de la mutualité française, et M. Vincent Figureau, responsable du département relations extérieures
- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** – M. Gérard de la Martinière, président, M. Alain Rouché, directeur santé, et M. Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire
- **Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) – Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – M. Jean-François Nahmani, directeur de cabinet, Mme Sophie Thuot Tavernier, chargée des relations avec le Parlement, et M. Frédéric van Rookeghem, directeur général,
- **Haute autorité de santé** – M. Laurent Degos, président, et M. Alain Coulomb, directeur
- **Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)** – Mme Marianne Lévy-Rosenwald, présidente du Conseil de surveillance
- **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – M. Noël Renaudin, président
- **Fédération hospitalière privée (FHP)** – M. Ken Danis, président
- **Les entreprises du médicament (LEEM)** – M. Pierre Le Sourd, président, et M. Bernard Lemoine, vice-président délégué, M. Claude Bougé, directeur des affaires économiques et relations institutionnelles, et Mme Aline Bessis-Marais, responsable des affaires publiques
- **Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie** – M. Bertrand Fragonard, président, et M. Pierre-Jean Lancry, secrétaire général

- **Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM)** – M. Gérard Quevillon, président, M. Philippe Dachicourt, directeur délégué à l'assurance maladie, et M. Jacques Augustin, directeur général de l'INP RSI
- **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** – M. Roger Beauvois, président du conseil d'administration, et M. Eric Pardinet, directeur
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – M. Gérard Vincent, délégué général, M. Yves Gaubert, responsable du pôle finances, M. Nicolas Péju, responsable de la communication, et M. David Causse, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-social (FHF)