

N° 424

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2003-2004

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 juillet 2004

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE, relatif à l'assurance maladie,

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur.

Tome I : Rapport

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gilbert Chabroux, Jean-Louis Lorrain, Roland Muzeau, Georges Mouly, *vice-présidents* ; M. Paul Blanc, Mmes Annick Bocandé, Claire-Lise Campion, M. Jean-Marc Juilhard, *secrétaires* ; MM. Henri d'Attilio, François Autain, Gilbert Barbier, Joël Billard, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Jean Chérioux, Mme Michelle Demessine, M. Gérard Dériot, Mme Sylvie Desmarescaux, MM. Claude Domeizel, Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Serge Franchis, André Geoffroy, Georges Ginoux, Francis Giraud, Jean-Pierre Godefroy, Mme Françoise Henneron, MM. Yves Krattinger, Philippe Labeyrie, Roger Lagorsse, André Lardeux, Dominique Larifla, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mmes Valérie Létard, Anne-Marie Payet, M. André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roujas, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente, MM. Bernard Seillier, André Vantomme, Alain Vasselle, André Vézinhet.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^e législ.) : 1674, 1715 et T.A. 315

Sénat : 420 et 425(2003-2004).

Sécurité sociale.

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

« *Je savais que ce serait difficile, mais la situation est plus détériorée encore que je ne l'imaginai* ». Ainsi s'exprimait Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, au mois de juillet 2003.

Confronté à une situation explosive des comptes de l'assurance maladie, le Gouvernement se devait alors de prendre des mesures et de faire en sorte qu'elles ne ramènent pas au temps où l'histoire de la sécurité sociale était rythmée par la succession de « trous » et de plans de redressement d'urgence destinés à les combler par des mesures de très court terme.

La méthode retenue fut différente : la mise en place de trois groupes de travail consacrés l'un, aux responsabilités des différents gestionnaires, le deuxième, à la place respective des couvertures de base et complémentaires et le troisième, à la qualité des soins, constitua dans un premier temps la réponse du Gouvernement au creusement du déficit de l'assurance maladie.

Chacune de ces réflexions, et celles qui suivirent – dont le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie – ont contribué et contribueront sans doute encore, par les analyses et les observations qu'elles comportent, à une évolution maîtrisée des dépenses de santé.

Est-ce là véritablement leur apport principal ?

Elles ont mis à nu, par les réactions parfois vives qu'elles ont suscitées, les tensions et les interdits qu'une réforme profonde du système de santé entraîne nécessairement.

Pour votre commission, comme pour l'ensemble des acteurs, réformer l'assurance maladie suppose nécessairement l'émergence d'une attitude différente des assurés, prescripteurs, tuteurs et gestionnaires afin que ceux-ci aient désormais clairement conscience de leur intérêt commun. En quelque sorte, il convenait de définir une « *affectio societatis* » de l'assurance maladie et le projet de loi que le Gouvernement nous soumet y parvient assez bien.

Mais cette réforme demeurera partielle et inachevée si elle n'est pas accompagnée d'une revalorisation de l'outil qui doit garantir notre système de protection sociale contre une gestion « au fil de l'eau » qui en compromet gravement les acquis.

Cet outil, c'est la loi de financement de la sécurité sociale.

Certes elle n'a pas, pour des raisons somme toute étrangères à son essence, permis d'offrir, pour l'instant, à l'assurance maladie ce qu'elle a rendu possible pour les autres branches de la sécurité sociale : des comptes en équilibre.

Certains affirmeront qu'il est impossible de construire un budget, même médicalisé, susceptible d'encadrer le pouvoir financier qu'exercent les millions d'assurés et l'ensemble des professionnels de santé, sans modifier profondément les caractéristiques du système de soins, et notamment la liberté de choix du patient, la latitude du prescripteur et la rémunération à l'acte.

Votre commission ne se résigne pas à ce constat. Au moment où elle examine le présent projet de réforme de l'assurance maladie, elle rappelle tout l'intérêt qu'elle porte à cette deuxième étape essentielle que constituera la réforme de la loi de financement de la sécurité sociale.

I. « LE TROU DE L'ASSURANCE MALADIE » : LE SYNDROME DE L'ÉTERNEL RETOUR

A. LES SYMPTÔMES D'UNE CRISE FINANCIÈRE

1. Une pente dangereuse

- *Un déficit désormais équivalent au dixième de ses recettes*

Par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, le Gouvernement a proposé un plan de stabilisation du déficit de l'assurance maladie, susceptible de contenir ce dernier autour de 10,5 milliards d'euros, au lieu des 13,5 milliards d'euros spontanément attendus.

La Commission des comptes de la sécurité sociale de printemps, réunie le 16 juin dernier, a formulé un constat sans appel. Les prévisions de recettes et dépenses corrigées pour 2004 font apparaître un déficit de 12,9 milliards d'euros pour l'assurance maladie. Malgré l'amélioration de la conjoncture, et notamment la remontée de la croissance de la masse salariale du secteur privé, les charges continuent à augmenter plus vite que les produits, accentuant le déficit par rapport à 2003.

Certes, le rythme de progression des dépenses ralentit légèrement. L'augmentation du déficit en 2004 par rapport à 2003 sera de l'ordre de 10 %, contre un triplement entre 2001 et 2002 mais désormais, l'assurance maladie dépense annuellement 10 % de plus qu'elle n'a de ressources.

- *Son endettement atteindra 35 milliards d'euros fin 2004, et 50 milliards d'euros à l'horizon 2007*

Depuis 1998, date de la dernière reprise du déficit des régimes sociaux par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), l'assurance maladie a de nouveau creusé son endettement. Celui-ci atteint près de 35 milliards d'euros sur la période 1998-2004 et pourrait s'élever à 50 milliards d'euros après prise en compte des déficits prévisionnels des exercices 2005 et 2006.

Cet endettement – qui représente 40 % de son budget – place la branche maladie, et notamment le régime général, dans la situation périlleuse que connaît désormais le budget de l'État, qui affiche une dette plus de trois fois supérieure au montant de ses recettes.

L'état des finances de l'assurance maladie n'est pas encore aussi dramatique.

La comparaison doit pourtant être tempérée par le fait que le budget inclut dans son déficit la charge d'amortissement de sa dette, à l'inverse de la branche maladie qui confie cette mission à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Tout au plus la CNAM supporte-t-elle les frais financiers des déficits réalisés depuis 1998. La reprise de la dette accumulée sur la période 1998-2004, prévue par le présent projet de loi, allégera en conséquence les comptes du régime général d'une charge qui croît rapidement.

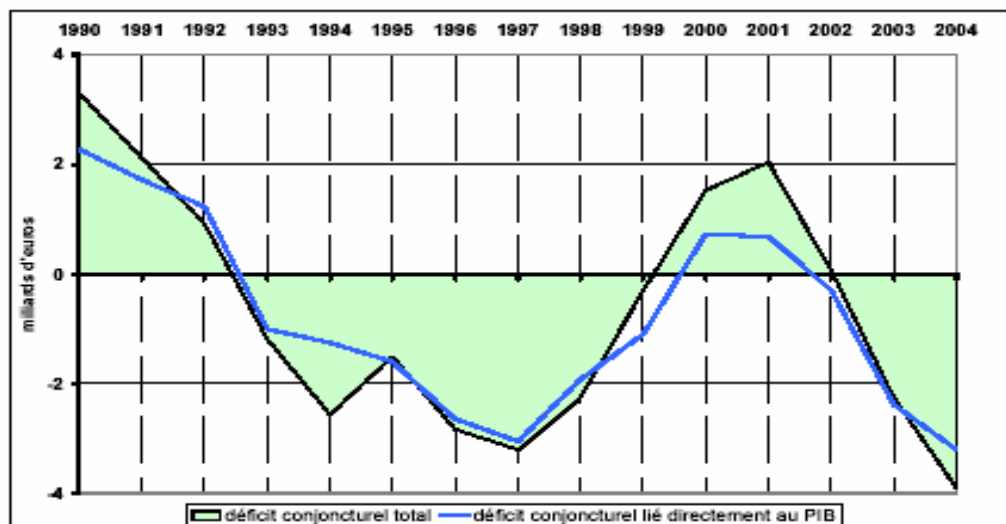
2. Une mauvaise passe ?

• Les facteurs conjoncturels

À l'évidence, et de manière identique à l'ensemble des grands comptes publics, la dégradation de la conjoncture économique a eu, sur la situation financière de l'assurance maladie, un impact majeur.

La faible croissance économique des deux dernières années (2003-2004) a autant contribué à creuser le déficit que la croissance exceptionnelle des années 2000 et 2001 avait permis de masquer les déséquilibres structurels des comptes de l'assurance maladie.

Solde conjoncturel de la CNAMTS avec une croissance potentielle de + 2,2 % par an



Source : CNAMTS

La situation économique n'est d'ailleurs pas le seul facteur conjoncturel susceptible d'améliorer ou dégrader le solde de l'assurance maladie. A titre anecdotique, on rappellera que la consommation de soins du quatrième trimestre de l'année 2003 a été soutenue par l'importance de l'épidémie de grippe qui a frappé la France pendant les mois de novembre et décembre. On estime qu'à cette conjoncture épidémique sont imputables environ 150 millions d'euros de dépenses supplémentaires.

• *Les déterminants structurels*

Les déterminants structurels des dépenses d'assurance maladie font l'objet d'une abondante littérature. Ces facteurs sont régulièrement mis en avant pour justifier la récurrence des déficits sociaux.

Il s'agit, dans les proportions variables, du vieillissement de la population, du coût du progrès technique médical, des modalités de rémunération des professionnels et enfin de la croissance du PIB.

Mais, contrairement à l'opinion répandue, sur le long terme, l'augmentation de la part des dépenses de santé dans la richesse nationale amorcée depuis le début des années 1970 se fait sur un rythme décroissant. L'étude réalisée par le CEPII pour le compte du Sénat¹, met en évidence cette décélération.

Variation des dépenses de santé par pays et sous période (en points de PIB)

	Allemagne	Espagne	France	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	États-Unis
2000-1970	+ 4,4	+ 3,9	+3,7	+ 1,7	+ 2,8	+ 1,7	+ 6,2
dont :							
1970-1980	+ 2,5	+ 1,8	+ 1,7	+ 0,6	+ 1,1	+ 2,1	+ 1,8
1980-1990	- 0,2	+ 1,3	+ 1,3	+ 0,5	+ 0,4	- 0,6	+ 3,2
1990-2000	+ 2,1	+ 0,8	+ 0,7	+ 0,6	+ 1,3	+ 0,2	+ 1,2

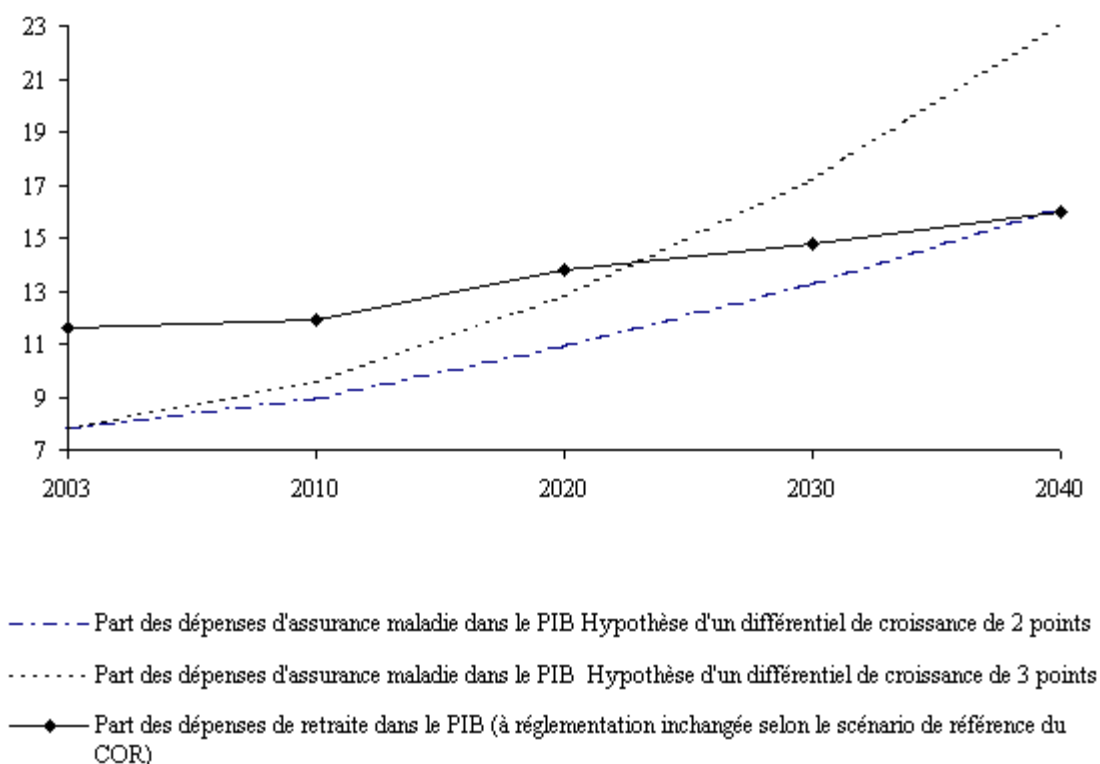
Source : d'après CEPII

Ce constat, qui ne prend pas en compte la forte reprise du dynamisme des dépenses de santé intervenue depuis 2001, ne s'accorde pas avec les dérapages récents des comptes sociaux et les perspectives évoquées par la projection réalisée par votre commission l'an dernier dans son rapport d'information sur la réforme de l'assurance maladie².

¹ Cette étude est reproduite en annexe.

² « Assurance maladie, une réflexion dans l'urgence » - n° 358 (2002-2003) – Alain Vasselle au nom de la commission des Affaires sociales.

Part des dépenses d'assurance maladie dans le PIB à l'horizon 2040
(comparaison avec les dépenses de retraite)



Source : commission des Affaires sociales

La confrontation de ces éléments conduit votre commission à formuler un double constat :

- à long terme, les déterminants démographiques constituent, sans nul doute, un enjeu financier majeur pour le système de protection sociale français et, à ce titre, c'est davantage la charge combinée du financement des retraites et de l'assurance maladie qui apparaît, en l'absence de toute réforme ambitieuse, globalement insupportable ;

- à court terme, ces déterminants démographiques, comme les autres facteurs structurels, n'expliquent pas la dérive des comptes de l'assurance maladie. Cette dernière doit être imputée à des facteurs endogènes du système de soins, touchant tant à son organisation qu'à sa gestion.

Depuis la fin des années 1970, s'est accélérée la succession de plans dits « d'urgence » visant à redresser ces comptes. Légitimés par le constat d'une implacable tendance à l'augmentation des dépenses de santé, alors même que la part de celles-ci, dans le PIB, augmentait de moins en moins rapidement, ces plans furent tous impuissants à résoudre, à moyen et long termes, les difficultés financières récurrentes du système de soins, car aucun

ne s'est attaché à infléchir les comportements de toutes les parties concernées : assurés, prescripteurs ou gestionnaires.

B. UN SYSTÈME DE SOINS À LA DÉRIVE

Dans son rapport précité, votre commission ne pouvait « croire qu'avec près de 125 milliards d'euros, on n'a plus rien de nos jours en matière d'assurance maladie ». Elle refusait ainsi solennellement d'admettre que cette somme « ne permette pas de financer durablement un panier de soins offrant aux assurés le juste soin [c'est-à-dire], les soins nécessaires et efficaces » sans chercher l'explication des déficits dans les dysfonctionnements du système de soins lui-même.

Les éléments, figurant tant dans le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie que dans le rapport de la Caisse nationale d'assurance maladie sur l'exécution de l'ONDAM 2003, la confortent dans ce diagnostic.

1. L'assurance maladie : une machine mal réglée

Ces travaux mettent en évidence le caractère éminemment perfectible du système de santé, tant les lacunes en termes d'utilité et d'efficience des soins distribués sont grandes.

Il ne s'agit ici ni de dresser un tableau exhaustif de ces dysfonctionnements, ni de pointer du doigt tel ou tel segment du secteur médical mais, à l'appui de la démonstration, de rappeler quelques faits désormais bien établis :

- les aberrations statistiques existent. Ainsi, la dispersion des comportements des médecins en matière de prescription révèle que 5 % d'entre eux prescrivent en moyenne 45 euros de soins divers par consultation, tandis que 10 % prescrivent plus de 110 euros sans qu'aucun élément objectif, tenant notamment à l'état de santé de leur clientèle, ne parvienne à expliquer cette différence. Votre commission constate que la multiplication des plans de maîtrise comptable fut impuissante à réduire ces écarts. Or, d'après la CNAM et sous réserve d'un état sanitaire équivalent des patients, l'économie à attendre de nouveaux comportements pourrait atteindre 2,5 milliards d'euros, dont 1,2 milliard sur les seules prescriptions de médicaments ;

- la rationalisation des suivis médicaux reste balbutiante. Les thérapeutiques mal choisies, inutiles, voire dangereuses, sont connues. Les montants des indemnités versés par l'ONIAM témoignent de l'aspect le plus dramatique des dysfonctionnements du système : celui d'une médecine qui ne respecte plus le *primum non nocere*. On peut citer pêle-mêle, la surconsommation en prévention primaire de médicaments hypolipémiants (permettant de lutter contre le cholestérol) ou le recours abusif aux psychotropes hypnotiques qui entraînent, avec le recours aux cures thermales

prescrites hors de toute posologie établie, un surcoût de l'ordre de 250 millions d'euros et des risques accrus pour les patients ;

- **le bon usage des soins est encore insuffisant**, malgré le développement d'accords en la matière (Acbus). La CNAM estime que 3 milliards de dépenses pourraient être évités sans entraîner de diminution du bien-être des patients.

Le constat formulé par la CNAM est sans appel. *« Ces montants représentent 15 % des prescriptions de soins ou des biens médicaux. Si ces économies pouvaient être réalisées sur trois ans, la croissance des prescriptions serait freinée de 5 % par an et celle de l'ensemble des soins de ville de près de 3 % par an ».*

Il serait toutefois inexact d'affirmer que rien n'a été fait pour améliorer cette situation. L'assurance maladie a engagé plusieurs plans d'action dès 2003, visant à améliorer l'usage du médicament, à diminuer le nombre d'arrêts de travail non justifiés médicalement, à rationaliser les prescriptions d'analyses de biologie médicale et les dépenses de transport sanitaire.

Ces plans constituent une réaction légitime du gestionnaire de l'assurance maladie, au regard de l'évolution de ces différents postes de dépenses entre 2000 et 2003 (+ 6,9 % pour le médicament, + 6,5 % pour les arrêts de travail, + 10 % pour les analyses de biologie médicale, + 8,5 % pour les dépenses de transport), mais à l'évidence ils sont insuffisants.

Les 5 milliards d'économies potentielles identifiés par la CNAM, peut-être même davantage, représentent entre 30 et 50 % du déficit de l'assurance maladie en période de faible croissance, et jusqu'à 80 % du déficit non conjoncturel de la CNAM. Il s'agit bien du sujet prioritaire que les pouvoirs publics doivent traiter, et de tout l'objet de la réforme.

Cette problématique est ancienne et connue. Sa résolution constitue la seule voie permettant de rationaliser un système mal réglé, une usine à gaz que les différents plans de redressement nourrissent en carburant sans se préoccuper d'optimiser le tirage ou de réduire les dérivations suspectes.

L'inefficience du système de santé en 1993

« (...) Une explication : la variation des pratiques médicales, c'est-à-dire la façon dont les médecins recourent à des interventions chirurgicales, des technologies, des médicaments sans cesse plus performants, plus coûteux, parfois plus dangereux. Ces variations sont pour une part attribuables au poids de la routine, à l'absence de rigueur ou d'esprit critique, à l'engouement pour l'innovation, au chant des sirènes des industriels de la santé, aux exigences de certains patients désinformés par les médias. Mais elle résulte surtout de l'absence d'évaluation de ces pratiques, de leur efficacité clinique, de leur efficience économique et de leur utilité, c'est-à-dire de leur impact sur la qualité de vie du patient.

« Il y a dix ans déjà, à l'époque où les États-Unis consacraient 12 % de la richesse nationale en dépenses de santé, Wennberg a montré que si tous les citoyens de ce pays étaient soignés comme ceux de la ville de Boston, cette proportion passerait à 15 %, alors que s'ils l'étaient comme ceux de la ville de New Haven, elle redescendrait à 9 %. Ces deux villes sont pourtant voisines, leurs populations sont démocratiquement et socialement comparables, de même que leur état de santé.

« Dans notre pays, si les plans successifs de sauvetage de l'assurance maladie ont échoué, c'est qu'ils ont ignoré les pratiques médicales ».

Pr. Jean-Louis Portos, médecin conseil national de la CCMSA, 6 juillet 1993, Le Figaro

2. L'assurance maladie : une machine sans pilote

Une des raisons essentielles pour lesquelles les pouvoirs publics peinent à résoudre les inefficiences constatées depuis longtemps tient à la confusion de la répartition des rôles tenus respectivement par l'État et l'assurance maladie dans la gestion du système de santé.

Ce point est abondamment commenté par le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie qui, *« estime que l'enchevêtrement des compétences explique en partie, et en tout cas favorise, les dérives du système ».*

Si la pluralité institutionnelle constitue nécessairement une donnée structurelle pour la gestion de l'assurance maladie, l'actuel partage des tâches constitue, de l'aveu même du Haut conseil, *« un puissant facteur d'inefficacité ».*

Sans développer le diagnostic de ce dernier, votre commission rappelle que celui-ci préconise que *« les évolutions institutionnelles, qui sont nécessaires, doivent impérativement associer transfert de compétences et transfert de responsabilités ».*

C. LE DÉFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE, ÉCHEC DES LOIS DE FINANCEMENT ?

En 1996, confronté à un déficit important de l'ensemble des régimes de sécurité sociale, le gouvernement d'Alain Juppé a décidé la mise en œuvre par ordonnance d'un plan visant à réformer profondément la gestion de la sécurité sociale.

Son volet institutionnel comprenait la création des lois de financement de sécurité sociale, lois financières votées annuellement par le Parlement et fixant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses de chacune des branches de la sécurité sociale (maladie, famille, vieillesse).

En matière d'assurance maladie, le dispositif repose sur l'ONDAM, Objectif national de dépenses d'assurance maladie, qui constitue en quelque sorte le budget alloué par la Nation à la prise en charge des soins de santé.

Dans son rapport, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a dressé un bilan sévère de l'apport des lois de financement :

«La loi de financement de la sécurité sociale et l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie ont été institués en 1996 dans l'objectif d'assurer un meilleur pilotage de l'équilibre financier en amont de l'ONDAM qui permettrait une approche réaliste et éclairerait le vote du Parlement. Des objectifs chiffrés pouvaient apparaître dès le vote comme irréalistes et aucun instrument de correction n'était prévu. Ces défauts ont progressivement discrédité le vote de la loi. »

Votre commission, qui a pris l'initiative dès 1999 de formuler des propositions visant à parfaire cet outil de pilotage des finances sociales, ne saurait souscrire entièrement au bilan formulé par le Haut conseil, ou tout du moins sans l'atténuer par trois séries de considérations :

- en premier lieu, elle estime que si les lois de financement n'ont pas permis à elles seules au régime d'assurance maladie d'atteindre l'équilibre, elles ont facilité, pour les deux autres branches de la sécurité sociale, le rétablissement d'une situation financière très compromise. Lois financières, les lois de financement interdisent désormais le vote de mesures significativement coûteuses en matière sociale sans que celles-ci trouvent leur contrepartie budgétaire ;

- en deuxième lieu, elle considère que l'échec des lois de financement à rétablir l'équilibre financier de l'assurance maladie et du régime général dans son ensemble, doit beaucoup aux traditions de pilotage budgétaire en vigueur dans notre pays ;

- en troisième lieu, elle rappelle qu'un budget ne saurait être respecté s'il n'est accompagné d'instruments de régulation. La gestion du budget de l'État en témoigne. Or, ces instruments de régulation ont fait gravement défaut au respect de l'ONDAM.

1. L'impossible autonomie des finances sociales

La création des lois de financement de la sécurité sociale portait en elle-même le principe d'une autonomie des finances sociales par rapport aux finances de l'État.

Cette innovation devait autant au constat de l'incapacité du ministère du budget à assurer une tutelle effective des comptes sociaux qu'à la nécessité de répondre aux griefs persistants des partenaires sociaux tenant à l'existence de « *charges indues* » pesant sur ces comptes (c'est-à-dire des dépenses ne relevant pas de la sécurité sociale ou de pertes de recettes pour cette dernière décidées par l'État dans le cadre de sa politique fiscale).

Ce reproche avait déjà suscité une réponse du Gouvernement. Ainsi, lors du plan de redressement de l'assurance maladie décidé en 1993, le président de la CNAM avait estimé à 30 milliards de francs le montant de ces charges indues. La loi, votée à l'initiative de Simone Veil en juillet 1994, a alors posé la règle de la **compensation intégrale par le budget général des exonérations de cotisations décidées par l'État**.

En contrepartie de leur responsabilisation, les partenaires sociaux étaient de ce fait légalement assurés que les recettes et les missions dévolues à la sécurité sociale ne subiraient désormais plus les atteintes du budget.

Les lois de financement répondaient au même souci. Mais pour être efficaces, elles réclamaient une nouvelle pratique dans la construction budgétaire. Les prévisions de recettes et de dépenses des organismes sociaux devaient être établies indépendamment de la construction du budget de l'État, chacune des deux grandes masses financières devant trouver son équilibre indépendamment l'une de l'autre.

Les traditions séculaires de l'appareil d'État et les nécessités politiques de « calibrer » l'affichage des déficits budgétaires ont fait échouer cette réforme. Le budget de l'État ne pouvant à l'évidence se désintéresser de la situation des comptes sociaux lorsque celle-ci affiche des excédents, les gouvernements ont continué à puiser dans cette cagnotte accessible. Le financement des exonérations de charges liées aux 35 heures a participé de cette pratique. Au nom de la synthèse budgétaire, les excédents sociaux ont été « recyclés » pour permettre de minorer l'affichage du déficit de l'État.

Cette situation n'est pas anecdotique car elle explique que la majeure partie des excédents qui auraient dû être dégagés par les comptes sociaux en période de forte croissance a été captée. Or, si les régimes ne sont pas en mesure de constituer des réserves financières dans les phases hautes du cycle économique, ils ne peuvent en contrepartie financer les déficits conjoncturels dans les phases basses.

Ce phénomène procède d'un éternel recommencement. Le déficit du budget général est permanent depuis 1980. Les comptes sociaux, qui ne supportent pas la charge d'amortissement de leurs dettes, financent certaines dépenses de l'État de manière directe ou indirecte lorsqu'ils en ont les moyens. Lorsqu'eux-mêmes se trouvent en déficit, un plan d'économie est élaboré.

Ce phénomène est dénoncé par les partenaires sociaux. Il est nuisible car il masque les réformes nécessaires dans l'État – qui préserve son train de vie en recourant à des expédients – et sape la légitimité des réformes devant être entreprises dans le champ de la sécurité sociale. Pourquoi les acteurs, gestionnaires ou assurés consentiraient-ils des efforts s'ils ont le sentiment que les bénéfices leur sont soustraits ?

La notion de périmètre maastrichtien rend pourtant inutile cette méthode de pilotage budgétaire. Paradoxalement, la référence aux critères de Maastricht sert régulièrement d'alibi à la poursuite de ces pratiques, au nom

d'une consolidation prétendument nécessaire des comptes. Cette consolidation n'a guère de sens : si les équilibres sont atteints sur chacun des budgets (État, organismes sociaux et collectivité locales), l'équilibre global des finances publiques sera nécessairement atteint aussi.

Pour l'heure, le projet de loi prévoit la reprise par la CADES d'un montant de dette cumulée pour les exercices 1998-2004 de 35 milliards d'euros. Or, une fraction significative de cette dette résulte de déficits en réalité imputables à l'État.

Comment évaluer le préjudice de la sécurité sociale ?

Depuis 1999, les finances sociales ont été victimes de perturbations qui expliquent une partie significative des déficits actuels (régime général en 2004 - 14 milliards d'euros) et de la dette cumulée (- 35 milliards d'euros). Ceux-ci sont partiellement dus à deux facteurs, le financement des 35 heures et les reclassements de recettes et de dépenses, visant à faire financer par la sécurité sociale des dépenses relevant du budget de l'État.

Quatre raisons expliquent la difficulté d'évaluer précisément le préjudice financier subi par la sécurité sociale :

- cette évaluation impliquerait un tri entre les opérations de débudgétisation classique et celles relevant du « *recyclage des excédents* » (débudgétisation de la dette de l'État à l'égard des régimes complémentaires AGIRC – ARRCO, débudgétisation de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire) ;

- certaines pertes de recettes ont donné lieu à des « compensations croisées » rendant le préjudice net de ces compensations difficiles à chiffrer en raison d'une déformation progressive au fil du temps, résultant du dynamisme variable des recettes respectivement affectées et retirées ;

- le schéma a été modifié dans chaque loi de financement – et parfois de manière rétroactive (comme le montant de droits sur les alcools affectés finalement au FOREC sur l'exercice 2000) ;

- des augmentations de prélèvements obligatoires ont été affectées à la sécurité sociale au cours des différents exercices – notamment les droits sur les tabacs à la CNAMTS ou la C3S au FSV – sans qu'on puisse estimer qu'il s'agit là d'une compensation des recettes précédemment distraites puisque l'État n'était pas le destinataire initial.

Par convention, on retiendra l'hypothèse d'un « chiffrage raisonnable » à partir des recettes appartenant à la sécurité sociale et transférées progressivement au FOREC, sans contrepartie (droits sur les alcools, taxe sur les véhicules terrestres à moteurs, taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance), soit au total, pour la période 1999-2004, près de 17 milliards d'euros, et une perte de recettes annuelle pérenne de 4 milliards d'euros.

Du fait de la rétrocession de 1 milliard de droits de consommation sur les tabacs par l'État à la CNAM, ce préjudice sera réduit à 3 milliards annuels pour les exercices 2005 et 2006. En outre, il est revenu à la CADES la charge de rembourser la créance impayée au titre des exonérations 2000, que le FOREC aurait dû assumer (2,3 milliards d'euros).

Au total, environ la moitié de la dette qui sera reprise par la CADES ne relève en réalité pas de la sécurité sociale, mais du budget de l'État.

2. Quel bilan pour l'ONDAM ?

Dispositif essentiel des lois de financement, le vote d'un Objectif national des dépenses d'assurance maladie est l'innovation ayant concentré à elle seule l'essentiel des griefs.

De fait, seul l'ONDAM voté lors de la loi de financement pour 1997 fut respecté. Sous la précédente législature, la présentation de l'ONDAM revêtait un caractère particulièrement irréaliste. Cet objectif était d'abord rebasé¹. Ensuite, sa progression était fixée de manière artificiellement basse, hors de toute considération médicale. Vertueux en présentation (le taux initial voté était bas), le dérapage réel de l'ONDAM n'apparaissait que lors de son exécution pour être finalement ratifié dans la loi de financement suivante. Cette pratique privait l'objectif de toute portée significative. Pour autant, signifie-t-elle que l'ONDAM n'est pas réformable ?

Votre commission, qui a formulé des propositions tendant à améliorer ce dispositif, fait valoir les remarques suivantes :

- le respect d'un objectif budgétaire, même médicalisé, repose nécessairement sur l'existence de mécanismes de régulation. Or, le constat est connu : « *le dispositif de l'ONDAM se fondait sur l'existence de mécanismes de sanction et de récupération des dérapages éventuels et sur la responsabilité centrale du prescripteur sur ses actes et sur ses prescriptions. Ces deux éléments ont par la suite disparu sans qu'en contrepartie soient assurés d'autres instruments directs de la régulation, ni les moyens d'action à moyen terme* »² ;

- il est difficile de connaître l'effet intrinsèque de l'ONDAM. En l'état, et même régulièrement dépassé, on peut avancer qu'il constitue un « indicateur avancé » ou une « jauge » de l'évolution des dépenses de santé au cours de l'année, et qu'à ce titre, il attire l'attention des professionnels de santé sur le creusement du déficit de l'assurance maladie au cours de l'année en cours. Mais cet argument est en lui-même réversible : il comporte le risque que prescripteurs, assurés et gestionnaires considèrent l'objectif alloué par le Parlement comme un droit de tirage ouvert qu'il est légitime, *a minima*, d'atteindre ;

- l'élaboration d'un objectif non contraignant, c'est-à-dire non opposable, n'a en réalité en soi que peu de portée. Aussi convient-il d'élaborer, en concertation, un ONDAM médicalisé et de l'assortir des moyens appropriés permettant aux pouvoirs publics de le faire respecter. Cette proposition est celle de votre commission.

¹ C'est-à-dire qu'il proposait comme point de départ pour la discussion de l'objectif de l'année *n* l'objectif exécuté de l'année *n-1*, y compris le dérapage.

² Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale 2003.

Pour autant, certains affirmeront qu'il est impossible de construire un budget même médicalisé permettant d'encadrer le pouvoir financier dont disposent, de fait, soixante millions d'assurés et l'ensemble des professionnels de santé, sans modifier fondamentalement les caractéristiques du système de soins, et notamment la liberté de choix du patient, la latitude du prescripteur et la rémunération à l'acte.

Cette démarche n'est pas celle de votre commission. Les éléments de diagnostic présentés laissent entendre que le principal mal dont souffre l'assurance maladie est l'absence d'une conscience collective que gestionnaires, assurés, tuteurs et prestataires ont un intérêt commun à la bonne gestion du système de soins.

En droit, il est fait référence à la notion d'*affectio societatis* pour définir la volonté de poursuivre ensemble une œuvre commune. C'est l'intérêt commun à l'ensemble des parties qu'il faut désormais impérativement faire apparaître afin de sauvegarder le système.

C'est l'ambition que votre commission souhaite voir portée par le présent projet de loi : définir une *affectio societatis* pour l'assurance maladie.

II. LA RÉFORME : À LA RECHERCHE D'UNE « AFFECTIO SOCIETATIS » POUR L'ASSURANCE MALADIE

Les termes du pacte proposé par le Gouvernement, tant aux assurés qu'aux professionnels de santé, visent à préserver un système de soins dont on dit qu'il est l'un des meilleurs du monde mais dont il est aussi démontré qu'il fait partie des plus coûteux.

Le projet de loi garantit les fondements de l'assurance maladie que constituent la liberté du patient et le caractère libéral de l'exercice d'une profession médicale.

Le coût respectif des différents modèles de santé

L'étude se fonde sur la distinction proposée par l'OCDE de trois modèles différents :

(1) le **modèle « public intégré »** (pays nordiques, Royaume-Uni, Italie, Espagne) avec un financement essentiellement public, une couverture universelle de la population, des praticiens salariés ou rémunérés à la capitation ;

(2) le **modèle de « contrat public »** (Allemagne, Pays-Bas) : les assureurs passent des contrats avec les fournisseurs de soins privés. Les individus sont assurés en fonction de leurs revenus avec une assurance publique obligatoire en deçà d'un seuil et des complémentaires facultatives au-delà. Les praticiens sont rémunérés soit à l'acte (Allemagne), soit à la capitation ou à l'acte (Pays-Bas) ;

(3) le **modèle de « remboursement »** (France pour les soins de ville, États-Unis) : les producteurs de soins sont essentiellement privés à but lucratif, la rémunération est généralement à l'acte, le choix du patient est libre (même si aux États-Unis les assureurs offrent des contrats différenciés, après mise en concurrence des médecins, pouvant comporter une restriction du choix des patients).

L'étude montre, sur la base d'évaluations empiriques, que le système « par contrat » serait le plus efficace pour ralentir les dépenses de santé, suivi par le système « intégré ». En revanche, le système de « remboursement » se traduirait par la croissance continue¹ la plus forte : celle-ci est évaluée par le CEPII à 1,15 % par an (contre 0,9 % pour le système « intégré » et une croissance autonome non significative pour le système « par contrat ») ;

(4) le **mode de rémunération des médecins :**

A partir de travaux empiriques, le CEPII observe que le système à la capitation entraîne, indépendamment de tout autre facteur d'augmentation, une croissance des dépenses de santé deux fois moins rapide que le système de paiement à l'acte (0,55 % contre 1,1 % par an).

D'après le CEPII – Juillet 2004 - (Étude précitée)

¹ C'est-à-dire indépendamment des autres facteurs d'évolution des dépenses de santé.

Pour prix de cette garantie, le Gouvernement jette les bases d'une réforme profonde du système dont les dysfonctionnements actuels affectent tout autant les comptes de l'assurance maladie, que la santé des assurés.

Le pari ici fait consiste à concevoir des instruments susceptibles d'infléchir les comportements des patients et des professionnels au bénéfice de tous. À cette fin, le projet de loi propose trois axes forts.

A. UN PACTE « GAGNANT-GAGNANT » AVEC LES ASSURÉS ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

1. Améliorer la dispense du soin aux assurés

L'un des facteurs essentiels de l'inefficience du système de soins et de la dérive des coûts de santé tient à la répétition inutile d'actes ou à la mise en oeuvre simultanée de thérapeutiques contradictoires face à une même pathologie.

Le projet de loi vise à résoudre cette équation, posée à des degrés divers à l'ensemble du système de soins des pays développés : comment assurer la dispense d'un « juste soin de qualité » aux assurés, sans nourrir le sentiment d'un rationnement purement comptable ? Pour cela, il propose à la collectivité nationale d'investir dans deux dispositifs ayant fait la preuve, chez nos voisins, de leur efficacité.

• Le dossier médical personnel

Des expériences menées dans plusieurs pays étrangers ont mis en avant les conséquences bénéfiques apportées par la mise en place d'un système d'information de qualité retraçant la situation médicale des assurés.

Le projet de loi propose l'instauration d'un dossier médical personnel informatisé. Sa généralisation est programmée pour 2007.

L'instauration d'une base de données regroupant, dans des conditions de stricte confidentialité, les informations médicales de l'assuré devrait permettre :

- d'assurer la chaîne de l'information médicale relative aux patients, et ainsi d'optimiser les soins qui leur sont dispensés ;
- de diffuser les connaissances médicales et notamment favoriser le partage des bonnes pratiques ;
- de franchir une étape essentielle à la réussite de la maîtrise médicalisée des dépenses, par la limitation des actes redondants ou nocifs.

• Le médecin traitant

Étroitement articulée avec la mise en place du dossier médical personnel, **l'instauration d'un médecin traitant participe de la rationalisation des soins dispensés aux assurés.**

Ce médecin constitue en quelque sorte un chef de file, garant du parcours de soins du patient, notamment pour l'accès à un médecin spécialiste.

Cette procédure n'est pas contraignante, rien n'empêchant l'assuré d'accéder au praticien de son choix, hors recommandation de son médecin traitant. Mais l'usage de cette liberté, qu'aucune justification médicale ne légitime, autorisera les partenaires conventionnels à prévoir des modalités de remboursements spécifiques.

Le recours à ces deux instruments n'est pas motivé par la nécessité de réaliser des économies, mais avant tout par la recherche d'une meilleure efficacité des soins. Ils ont d'ailleurs un coût : celui de l'institution du dossier médical personnel pourrait s'élever à un demi milliard d'euros ; l'équilibre économique du recours à un médecin traitant n'est pas démontré. En revanche, l'amélioration du système de soins qui en résultera devrait permettre de réduire sensiblement actes et prescriptions inutiles et de rentabiliser ainsi l'investissement initial.

2. Favoriser les comportements vertueux des professionnels

Pour renforcer encore l'amélioration des soins dispensés, le projet de loi comporte plusieurs dispositions visant à encadrer les pratiques des professionnels :

- en amont, développer les protocoles de soins. La mise en place d'une Haute autorité de santé publique par le projet de loi constitue le moyen de renforcer la diffusion de protocoles de soins élaborés de manière concertée par les autorités médicales ;

- en aval, renforcer la diffusion des bonnes pratiques et favoriser la conduite systématique d'actions de formation et d'évaluation.

Cet encadrement des pratiques s'inscrit dans le cadre d'une association plus étroite des praticiens, que la rénovation des relations conventionnelles permettra de promouvoir. À cette fin, plusieurs mesures comme la suppression du règlement conventionnel minimal, l'instauration d'une procédure d'arbitrage en cas de désaccord entre médecins et caisses ou encore la mise en place d'un droit d'opposition majoritaire, offrent l'opportunité d'ouvrir un nouveau dialogue entre prescripteurs et gestionnaires de l'assurance maladie.

Ce dialogue est en lui-même indispensable pour atteindre les objectifs essentiels de santé publique, comme la permanence des soins. La rénovation de la politique conventionnelle pourrait permettre aussi, par des mécanismes d'incitation financière (aide à l'installation, prise en charge de cotisations sociales) de présenter enfin une répartition plus homogène de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national.

3. Éliminer les gaspillages et les abus

- *Prévoir des sanctions proportionnées pour réprimer les comportements déviants*

L'une des carences du système de santé tient à ce que les gestionnaires ne disposent pas d'un arsenal juridique adapté à la répression des comportements déviants, que ces derniers émanent des assurés ou des professionnels. Rien ne permet de sanctionner les abus du prescripteur entre l'avertissement (entretien confraternel) et le recours à une sanction d'une sévérité extrême (déconventionnement).

Le projet de loi prévoit l'instauration de pénalités financières, proposées par le directeur de la caisse locale à l'encontre de l'assuré ou du professionnel à l'origine d'une dépense injustifiée. Ce mécanisme de sanction est entouré des garanties nécessaires, par l'institution d'une commission au sein de chaque caisse qui devrait permettre d'éviter toute dérive.

Le texte précise en outre les conditions dans lesquelles les régimes pourront récupérer les sommes indûment versées, notamment sous forme de retenues sur prestations futures.

- *Renforcer la politique du médicament*

La forte croissance des dépenses de médicaments n'est pas entièrement corrélée aux besoins des patients. Sans raison médicale apparente, la dépense moyenne par habitant est de 50 % supérieure à certains de nos partenaires européens, comme l'Allemagne.

Deux facteurs expliquent cette forte augmentation des coûts du médicament :

- un « effet volume », dû au trop grand nombre de prescriptions en dehors des indications posées par les autorisations de mise sur le marché ;
- un « effet prix », tenant à l'insuffisant développement des médicaments génériques.

Les dispositions du projet de loi s'inscrivent dans la politique menée par le Gouvernement en faveur des médicaments génériques. Elle a déjà permis la réalisation de 300 millions d'euros d'économies en 2003. L'information que dispensera la Haute autorité de santé à l'endroit des praticiens et, on peut l'espérer, la mise en place « *d'une charte de qualité des pratiques professionnelles* » pour les visiteurs médicaux devraient permettre un meilleur usage du médicament et la réduction de la polymédication ou de la iatrogénie.

Enfin, le projet de loi prévoit d'assurer un conditionnement des médicaments mieux adapté aux prescriptions, pour prévenir la distribution excessive de médicaments, source de gaspillage, de surconsommation et d'automédication finalement nocives pour le patient.

• *Rationaliser la prise en charge des indemnités journalières*

Toutes les études récentes ont souligné la forte progression des indemnités journalières versées (+ 9,3 % par an en moyenne entre 2000 et 2002, + 6,5 % en 2003). À cette augmentation, s'ajoute une disparité géographique certaine, variant de 1 à 3, qu'aucun facteur médical n'explique et qui alimente la suspicion de l'existence de prescriptions abusives.

Le projet de loi prévoit les dispositions nécessaires pour rationaliser la prise en charge des indemnités journalières :

- par l'amélioration du régime des contrôles, en simplifiant les procédures et en prévoyant l'instauration d'un dispositif de sanction opérationnel, allant de la suspension au remboursement de l'indemnité ;

- par le calibrage des actions de contrôle, en direction des assurés les plus concernés par les arrêts de travail ;

- par la responsabilisation du prescripteur, à qui seront diffusés des référentiels médicaux de prescriptions et imposé un dispositif d'encadrement des pratiques.

B. LES CLEFS D'UNE NOUVELLE GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SOINS

1. Le recentrage du rôle de l'État

Ainsi qu'il a été évoqué ci-dessus, le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a pointé l'inadéquation de la répartition des rôles entre l'État et les régimes et les conséquences résultant de cette inadéquation pour la gestion du système de soins.

Le projet de loi prévoit de réaffirmer la compétence de l'État sur deux aspects :

- les principes fondateurs, affirmés non sans confusion par l'article premier, font de l'État le garant de l'accès des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire et le maître d'œuvre des objectifs de santé publique ;

- les dispositions tendant à préciser les modalités d'élaboration de l'ONDAM et à instaurer un mécanisme d'alerte en cas de dérapage dans l'exécution de cet objectif rappellent, de manière incidente, la compétence des pouvoirs publics, et au premier chef du Parlement, pour la fixation des grands équilibres financiers.

Malgré les critiques, parfois vives, adressées aux lois de financement de la sécurité sociale en général, et à l'ONDAM en particulier, la réforme ne remet pas en cause cette avancée essentielle mais au contraire s'appuie sur ce socle de compétence propre à l'État pour déconcentrer, au niveau des régimes, l'essentiel du pilotage courant de l'assurance maladie.

2. Le renforcement des régimes d'assurance maladie

Le renforcement de la place des régimes dans la gestion du système d'assurance maladie ne pouvait se traduire que par un processus de délégation, par l'État vers les régimes, de ses compétences les plus essentielles.

Le projet de loi propose ainsi d'associer étroitement les régimes à trois domaines clés du pilotage de la branche maladie :

- **le domaine du remboursement et de l'inscription au remboursement.** Les régimes, ou leur union, formuleront des propositions en matière d'inscription au remboursement et fixeront ses taux dans des limites fixées par décret. Cette dernière compétence appartenait jusqu'à présent au ministre de la santé ;

- **l'association à la politique du médicament.** Les régimes disposeront d'un rôle accru au sein du Comité économique des produits de santé, à qui les pouvoirs actuels du Gouvernement sont désormais transférés ;

- **l'association à la politique hospitalière,** via un comité d'hospitalisation préparant les décisions publiques relatives aux tarifications des soins hospitaliers.

Ce renforcement significatif des pouvoirs des caisses, et notamment du régime général, appelait une réforme des instances dirigeantes de la CNAM. Le projet de loi prévoit à ce titre une rénovation de la composition du conseil administration et du rôle respectif dévolu à ce dernier et au directeur général de la Caisse.

Il appelait également une meilleure coordination des différentes caisses nationales (CNAMTS, CCMSA et CANAM). La création d'une Union nationale des caisses d'assurance maladie, à qui il reviendra d'exercer, au nom des régimes, une part essentielle des pouvoirs de régulation financière, participe de cet objectif.

C. LES BASES D'UN ASSAINISSEMENT DURABLE DES FINANCES SOCIALES

1. Un redressement financier conditionné par le succès de la réforme

Le plan de redressement de l'assurance maladie repose essentiellement sur le succès de la réforme du système et sur l'infléchissement significatif des comportements des professionnels et des assurés qui en est attendu. Les éléments de cadrage financier doivent de ce fait être appréhendés avec le recul nécessaire à toute prévision fondée sur la modification de ces comportements.

• *L'amélioration du fonctionnement du système de soins*

L'amélioration du système de soins, enjeu principal de la réforme, devrait contribuer à hauteur de 8,7 milliards d'euros au redressement financier de la sécurité sociale, soit 60 % de son déficit prévisionnel à l'horizon 2007.

**Économies attendues de l'amélioration de l'organisation
et du fonctionnement du système de soins**

en milliards d'euros

Maîtrise médicalisée	3,5
Actions sur les produits de santé	2,3
Économies à l'hôpital (hors revalorisation du forfait hospitalier)	1,6
Amélioration de la gestion des indemnités journalières	0,8
Amélioration du recours contre tiers	0,3
Diminution des coûts de gestion de la CNAM	0,2
Total	8,7

Source : Gouvernement

• *Les mesures de redressement financier*

Afin de rétablir l'équilibre des comptes de l'assurance maladie, il est nécessaire de réclamer, à l'ensemble de la collectivité nationale, un effort financier. Celui-ci est équitablement réparti entre les usagers, les contribuables et l'État.

Les usagers acquitteront une contribution **d'un euro par acte**. Cette mesure plafonnée ne vise d'ailleurs pas les plus fragiles et les plus modestes d'entre eux. Le forfait hospitalier sera également augmenté.

Les ménages supporteront un **relèvement de la contribution sociale généralisée** (CSG), ce relèvement prenant la forme soit d'un élargissement de l'assiette pour les actifs, soit d'un relèvement du taux pour les retraités imposables, ainsi que pour l'imposition du produit des revenus du patrimoine ou des jeux. Les entreprises, pour leur part, acquitteront une **contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité sur les sociétés** (C3S), taxe sur le chiffre d'affaires affectée aux régimes sociaux.

Enfin, l'État participera à hauteur d'un milliard d'euros à compter de 2005, par la rétrocession d'une fraction du produit des **droits de consommation sur les tabacs** qu'il détient désormais.

Affectation de recettes nouvelles

en milliards d'euros

Contribution d'un euro par acte	0,7
Augmentation du forfait journalier hospitalier	0,3
Augmentation du produit de la CSG	2,3
Création d'une contribution additionnelle à la CSSS	0,9
Participation de l'État	1
Total	5,2

Source : Gouvernement

• L'amortissement de la dette

Le volet financier de la réforme fiscale ambitionne un retour à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie à l'horizon 2007. En raison de son ampleur, la dette constituée par les déficits cumulés des régimes d'assurance maladie depuis 1998 doit être amortie.

À cette fin, le dernier article du projet de loi prévoit une nouvelle ouverture de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). La technique utilisée est identique dans ses modalités à celle mise en oeuvre lors des deux premières opérations de reprise de dette : la CADES assurera l'amortissement de la dette constatée à la fin de la présente année (1998-2004), à hauteur de 35 milliards d'euros, ainsi que celui des déficits prévisionnels pour 2005 et 2006, à hauteur de 15 milliards d'euros.

L'intervention de la CADES permettra de limiter l'impact des frais financiers qui pèseraient, en 2005, pour 1,1 milliard d'euros sur la trésorerie du régime général. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une économie, ni en termes maastrichtiens, ni pour la sphère sociale, puisque le coût d'amortissement est transféré à cette caisse. Mais elle procure aux régimes d'assurance maladie et à l'ACOSS une bouffée d'oxygène appréciable. A titre d'exemple, le montant des frais financiers en 2004 s'élève à environ 0,5 % des recettes de la CNAM et à 5 % de son déficit. En 2005, ces pourcentages pourraient doubler.

Un débat s'est ouvert dès l'an dernier, lors de la publication du rapport d'information de la commission¹, sur la légitimité d'une éventuelle réouverture de la CADES, avec ou sans augmentation de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

En effet, la prise en charge du déficit actuel pouvait se faire selon trois modalités différentes :

- l'augmentation de la CRDS dans des proportions suffisantes (+ 0,35 %) pour que la caisse réalise l'amortissement d'ici l'échéance fixée lors de l'ouverture précédente, à savoir 2014 ;

¹ Alain Vasselle, *La CADES, nouvel enjeu des finances sociales – Rapport d'information n° 248, session 2002-2003.*

- l'allongement de la durée de la mission de la CADES, dans des proportions suffisantes pour lui permettre d'assurer le refinancement de la dette transférée sans augmentation de la CRDS ;

- « un panachage » tendant à marier l'allongement de la durée de vie de la CADES et l'augmentation du prélèvement qui lui est affecté.

La première et la troisième solutions présentent le mérite, à des degrés variables, d'épargner les générations futures. La deuxième solution les sollicite davantage.

Opter, comme le fait le texte, pour cette dernière solution pourrait être considéré à première vue comme un arbitrage au bénéfice du présent. Pour autant, du fait des prélèvements nouveaux prévus par le présent projet de loi, et du caractère fragile de la reprise économique, faire ce choix, c'est aussi préparer l'avenir. **On connaît l'effet de la conjoncture sur les comptes de l'assurance maladie : l'augmentation des prélèvements, dans une période où l'économie connaît une timide reprise, pourrait en réalité se traduire par des effets récessifs et creuser à nouveau les déficits sociaux.**

Au-delà de cette considération, votre commission s'interroge sur la pertinence d'augmenter la CRDS, alors que le partage des responsabilités entre l'État et l'assurance maladie dans le creusement de la dette de la sécurité sociale n'est pas entièrement établi. Il paraît en effet moins légitime de demander aux Français de consentir à l'augmentation de cette taxe au prétexte de financer le coût de leur santé passée, si cette augmentation sert en réalité à couvrir, *a posteriori*, des dépenses n'ayant rien à voir avec l'assurance maladie.

A qui est imputable la dette transmise à la CADES ?

en milliards d'euros

Dette constatée	- 35
Dette prévisionnelle	- 15
Dette imputable à l'État	25
<i>Dont pertes de recettes¹</i>	<i>16,75</i>
<i>Dont dette FOREC 2000²</i>	<i>2,25</i>
<i>Dont dette prévisionnelle imputable à l'État³</i>	<i>6</i>
Dette relevant de la sécurité sociale	25

¹ Mesurées à travers la perte de trois recettes antérieurement affectées à la sécurité sociale (droits alcools, taxe sur les contrats de prévoyance, taxe auto). L'ampleur de cette perte de recettes atteint désormais 4 milliards d'euros par an.

² Cette dette a été remboursée à la sécurité sociale en 2003 et 2004, par la CADES.

³ Ce chiffre correspond à la perte de recettes pour les années 2005 et 2006. Il s'agit de la perte de recettes mentionnée ci-dessus de laquelle est retranché le milliard d'euros annuel résultant de la rétrocession, par l'État à l'assurance maladie, d'une fraction des droits sur les tabacs à partir de 2005.

Au total, si elle considère qu'on aurait pu être encore plus ambitieux sur ce point, votre commission se félicite des principes de clarification financière posés par le Gouvernement à l'occasion du présent projet de loi.

2. Le principe d'une clarification des flux financiers entre l'État et les comptes sociaux est affirmé

La justification de la clarification des relations financières entre l'État et la sécurité sociale figure dans le rapport de Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

De même, depuis plusieurs années, des missions relevant par nature du budget du ministère de la santé – le budget de santé publique – furent mises à la charge de l'assurance maladie (financement du plan Biotox, financement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes, prise en charge de dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse, modification des règles de remboursement aux caisses d'assurance maladie de la couverture maladie universelle complémentaire, etc.). Or la responsabilisation des acteurs de l'assurance maladie n'est possible que dès lors que ceux-ci ont en charge un périmètre de dépenses et de recettes défini et cohérent, échappant à la contingence d'arbitrage budgétaire pouvant répondre à des logiques étrangères à l'objet et aux finalités de l'assurance maladie. C'est pourquoi il convient de procéder à un réexamen des mesures et moyens assignés à l'assurance maladie afin d'assurer la cohérence de son périmètre financier.

Source : Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, décembre 2003

Le Gouvernement admet, pour sa part, le bien-fondé de cette analyse et propose de travailler à l'amélioration de la clarification des flux financiers de trois manières différentes :

- il s'engage à ce que les règles régissant l'examen des lois de financement de la sécurité sociale soient prochainement revues. Cette révision permettra notamment d'assurer une meilleure coordination entre loi de finances et lois de financement et de réduire les lacunes des lois de financement ;

- il renforce, dès le présent projet de loi, les dispositions de la loi du 25 juillet 1994 assurant la compensation aux régimes de sécurité sociale des exonérations de cotisations décidées par l'État. Cette garantie est étendue aux ressources fiscales de la sécurité sociale et à la compensation des charges résultant des échanges de missions entre l'État et la sphère sociale ;

- le projet prévoit en outre, dès 2005, la rétrocession à l'assurance maladie d'un milliard d'euros de droits de consommation sur les tabacs, pour l'indemniser du préjudice subi au titre de « l'effet FOREC ».

Ces dispositions, qui font écho à ses propres préoccupations, et l'esprit général de la réforme, auquel elle adhère pleinement, conduisent votre commission à vous proposer d'adopter le présent projet de loi, sous réserve des amendements qu'elle présente.

EXAMEN DES ARTICLES

Article premier A (nouveau)
(art. L. 6121-1-1 du code de la santé publique)
Développement de la télémédecine

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à intégrer le recours à la télémédecine dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel a pour objet d'intégrer le développement de la télémédecine dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Cette pratique médicale, développée au fur et à mesure des progrès des nouvelles technologies de l'information, ouvrirait aux hôpitaux de proximité, voire aux maisons médicales et aux centres de consultation, la faculté d'offrir aux patients un diagnostic plus fin et plus sûr. Ces établissements ne disposent, en effet, pas toujours des équipements et des spécialistes requis. Les relier à un réseau large et bien organisé de télémédecine permettrait à la fois d'assurer une meilleure répartition de l'offre de soins et aurait des effets bénéfiques en matière d'aménagement du territoire.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable au développement de la télémédecine. Toutefois, elle observe que cet article additionnel a été inséré avant l'article premier du présent projet de loi, article qui définit les principes sur lesquels est fondée l'assurance maladie et qui doit symboliquement demeurer le premier article de la loi.

Elle vous propose donc la suppression du présent article et sa réintroduction après l'article 18 *ter*.

Article premier
(art. L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale)
Principes fondateurs de l'assurance maladie

Objet : Cet article réaffirme le caractère universel et solidaire de l'assurance maladie, ainsi que les grands objectifs assignés au système de santé en France.

I – Le dispositif proposé

Le présent article propose de rappeler, par l'insertion d'un article L. 111-2-1 nouveau dans le code de la sécurité sociale, les principes régissant l'assurance maladie et les objectifs assignés au système de soins français.

• **Le premier alinéa énumère implicitement les droits des assurés, en rappelant l'attachement de la Nation :**

- **au caractère obligatoire et universel de l'assurance maladie**, qui interdit à une personne exerçant une activité professionnelle, qu'elle soit salariée ou non, de refuser d'être affiliée à un régime de base d'assurance maladie, par exemple au motif qu'elle aurait déjà souscrit une couverture auprès d'un assureur ou qu'elle serait elle-même son propre assureur. Les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle peuvent être assurées à titre volontaire.

La loi du 27 juillet 1999 relative à la couverture maladie universelle, qui a étendu le bénéfice de la couverture de base à tout résident, a modifié sensiblement le lien entre l'exercice d'une profession et l'affiliation à un régime de base d'assurance maladie, la notion d'assuré désignant désormais essentiellement le régime auquel il est assujéti (régime général, agricole, indépendant ou spécial).

Le présent article assigne au demeurant à l'assurance maladie une fonction de garant du système de soins, qui relève tout autant de l'État que des régimes de sécurité sociale, au titre de sa mission de gardien de la solidarité nationale et de la cohésion sociale. Il ne détaille d'ailleurs pas le contenu de la protection ainsi garantie ;

- **au caractère non discriminant de la protection qu'elle assure**, en ne conditionnant pas à l'âge des assurés ou à leur état de santé le bénéfice des prestations.

Cette déclaration réitère le refus d'un système de santé qui distinguerait entre les « bons » et les « mauvais » risques. Elle écarte solennellement l'hypothèse avancée par certains, notamment lors du débat relatif à l'autonomie des personnes âgées, selon laquelle ces dernières pourraient être prises en charge dans un cadre différent, au motif que les pathologies dont elles souffrent sont dues au vieillissement et non à la maladie. Elle confirme également la solidarité de la Nation à l'égard des

personnes souffrant des pathologies les plus lourdes, nécessitant des traitements longs et coûteux.

Cet article n'affirme toutefois pas que la protection offerte aux assurés est indépendante de leurs revenus puisque certaines catégories de personnes disposant de revenus modestes sont exonérées de ticket modérateur ;

- **au caractère solidaire du financement qui la soutient**, chaque résident y contribuant proportionnellement à ses ressources – au moyen de cotisations ou d'impositions affectées, dont l'assiette ou les taux varient selon les segments de la population.

• **Le deuxième alinéa fixe trois objectifs aux régimes d'assurance maladie :**

- **permettre l'accès effectif aux soins de tous les assurés.** Le texte insiste sur le rôle joué par les régimes pour garantir cet accès à tous sur l'ensemble du territoire. Cette affirmation de principe, dont l'inspiration est généreuse, ne va toutefois pas de soi, car elle introduit une confusion entre les missions respectives de l'État et de la sécurité sociale. Si les régimes participent à l'objectif de résorption des inégalités sociales dans l'accès aux soins, ils ne disposent pas de tous les leviers leur permettant de pallier le creusement d'inégalités territoriales. L'installation des médecins libéraux demeure libre et la fixation du *numerus clausus* annuel relève de la compétence de l'État, de même que la répartition des moyens hospitaliers qui est du ressort des agences régionales d'hospitalisation. Certaines dispositions du projet de loi permettent de mieux associer les régimes d'assurance maladie à ce processus décisionnel mais elles ne justifient pas à elles seules de les élever, comme le propose cet article, au rang de « garant » ;

- **diffuser les progrès de la médecine** par la promotion de la coordination et de la qualité des soins ;

- **participer à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique**, qui relèvent pourtant de la compétence de l'État, et **veiller au bon usage des fonds publics dont ils sont dépositaires.**

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement sous-amendé par les membres du groupe socialiste, visant :

- à garantir l'accès à des soins « *de qualité* » sur l'ensemble du territoire ;

- à assigner aux régimes la tâche de veiller à « *l'exercice de ce droit* », notamment par la « *création de maisons médicales* ».

III - La position de votre commission

Les grands principes rappelés au début de cet article ne souffrent pas de contestation. Néanmoins, la rédaction finalement proposée, même amendée par l'Assemblée nationale, ne satisfait pas entièrement votre commission.

Les responsabilités respectives de chaque acteur du système de santé ne sont pas véritablement définies et l'article omet les professionnels de santé, dont l'influence est déterminante tant pour la coordination, la qualité et l'accès aux soins, que pour le bon usage des fonds consacrés à l'assurance maladie.

De ce fait, l'esprit de la réforme ne transparaît pas vraiment, l'importance des partenariats, l'appel à la responsabilité sont insuffisamment évoqués – alors qu'elle ambitionne de ne pas constituer un énième plan d'économie pour l'assurance maladie.

Votre commission s'est donc attachée à définir les principes de la refondation soutenue par le Gouvernement et propose d'inscrire, dans le présent article, les termes de *l'affectio societatis*¹ qui doit unir toutes les parties concernées par l'assurance maladie : tuteur, gestionnaires, assurés, prescripteurs.

Ce pacte pourrait reposer sur les termes suivants :

- le rappel du caractère obligatoire, solidaire et universel de l'assurance maladie – et par là même le refus de toute organisation alternative de notre système de soins ;

- la place centrale qu'y occupe l'assuré, ses droits et devoirs figurant juste après les principes fondateurs : il bénéficie d'une protection à vocation préventive (le risque) et curative (les conséquences) de la maladie et finance cette protection en proportion de ses ressources, quels que soient son âge ou son état de santé ;

- l'affirmation du rôle de l'État, à la fois garant de l'accès de tous aux soins et maître d'œuvre des politiques de santé publique ;

- l'implication des régimes d'assurance maladie, en partenariat avec les professionnels de santé, pour veiller à la coordination des soins, à leur qualité et à leur bonne répartition sur le territoire. La mention des professionnels de santé est indispensable sur ces trois objectifs car leur réalisation devra beaucoup à leur engagement ;

- l'attention que tous les acteurs (tuteurs, régimes, prescripteurs, assurés) doivent porter au bon usage des fonds consacrés à l'assurance maladie par la Nation.

Votre commission vous propose d'adopter cet article dans la nouvelle rédaction qu'elle vous soumet.

¹ *Affectio societatis* signifie en droit l'intention des associés de collaborer sur un pied d'égalité.

TITRE PREMIER

-

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Section 1

-

Coordination des soins

Article 2 A (nouveau)

Secret médical

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, reprend les dispositions du code de la santé publique relatives au secret médical et les insère dans le code de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article transpose les dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, relatives au secret médical, dans le code de la sécurité sociale.

Il affirme que toute personne prise en charge par le système de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations qui la concernent. Institué dans l'intérêt du malade, le secret médical s'impose aux professionnels de santé, médecins et membres de l'équipe médicale, soumis au secret professionnel pénalement sanctionné par l'article 226-13 du code pénal.

Il rappelle que le secret couvre toutes les informations, médicales ou non, venues à la connaissance du professionnel de santé conformément à l'article 4 du code de déontologie médicale qui dispose que « *Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ». Conformément à la jurisprudence, le secret s'impose au professionnel, même à l'égard de ses collègues.

Par dérogation à cette règle, le troisième alinéa organise toutefois « le secret partagé ».

En effet, les évolutions de la prise en charge, la spécialisation et la nécessité de conforter les réseaux de soins multiplient les échanges d'informations concernant le malade entre les professionnels.

A l'hôpital, la prise en charge est collective. La pluridisciplinarité des équipes soignantes, les missions d'enseignement ou les activités liées à la médicalisation du système d'information conduisent à ce que différents professionnels de santé aient à connaître des informations, théoriquement couvertes par le secret, concernant le patient. Les échanges d'informations entre services sont d'ailleurs indispensables pour le bon déroulement du séjour hospitalier.

En conséquence, cet article instaure la possibilité du partage du secret entre professionnels, mais à la double condition que ces informations leur soient nécessaires et que l'échange ait pour but l'efficacité et la continuité de la prise en charge.

L'intéressé pourra toujours s'y opposer mais, pour des raisons pratiques évidentes, ces informations sont réputées confiées à l'équipe de soins de l'établissement de santé, conformément à la jurisprudence du Conseil d'État qui considère que, « *c'est à l'ensemble du personnel médical que, sauf prescription particulière de la part du malade, le secret médical est confié* ».

L'article s'attache également à garantir la confidentialité des informations médicales lorsqu'elles sont conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique.

Enfin, il précise que le secret ne s'oppose pas à ce que la famille et les proches de la personne malade reçoivent les informations nécessaires pour leur permettre de lui apporter leur soutien.

L'Assemblée nationale a souhaité, avec l'adoption de cet article, inscrire la création du dossier médical personnalisé dans le prolongement de la loi « droits des malades » du 4 mars 2002, rappelant ainsi le caractère personnel des données collectées et leur protection par le secret médical.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 2
(art. L. 161-31, L. 161-45 à L. 161-47, L. 162-1-1 à L. 162-1-6
du code de la sécurité sociale)

Dossier médical personnel

Objet : Cet article tend à créer un dossier médical personnel informatisé pour chaque assuré social.

I – Le dispositif proposé

Cet article donne une base législative au dossier médical personnel dont disposera chaque assuré social à compter du 1^{er} juillet 2007. Cette novation repose sur l'idée que la coordination des soins délivrés à un patient n'est réellement efficace que si les professionnels exerçant en ville ou à l'hôpital ont accès à des informations sur le parcours des patients, leurs antécédents médicaux et les thérapeutiques ou prescriptions qui leur ont déjà été administrées.

Le carnet de santé de l'enfant témoigne, par son usage quasi systématique, d'une procédure de suivi réussie. Chez l'adulte, des dossiers de synthèse, la plupart du temps sous forme papier, existent déjà, qu'ils soient prévus par des accords conventionnels (la consultation préalable à la reconnaissance d'une affection de longue durée, par exemple) ou qu'ils reposent sur des démarches individuelles propres aux patients ou aux professionnels de santé.

Réunir des informations médicales ne constitue donc pas une nouveauté : plusieurs tentatives ont déjà été entreprises, comme la généralisation du carnet de santé prévue par les ordonnances de 1996 ou la possibilité, vite écartée pour des raisons techniques, d'ajouter un volet de données médicales à la carte Vitale 2.

Le dossier médical du patient, proposé par le présent projet de loi, sera l'outil adapté pour répondre à cette demande.

Il assurera deux fonctions indispensables : d'une part, la continuité des soins, puisque quel que soit le nombre de professionnels de santé consultés, l'ensemble des informations seront conservées et transmises, d'autre part, la coordination des soins entre les soignants.

Ce dossier permettra également au patient de posséder lui-même l'information à laquelle il a droit.

Le développement du dossier médical personnel est rendu possible par l'apparition de systèmes d'information performants, durables et potentiellement communs aux réseaux de soins¹.

¹ Cf. rapport du professeur Marius Fieschi « Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins » remis en mai 2003 à Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Le **paragraphe I** met en œuvre ce dispositif en insérant trois nouveaux articles au code de la sécurité sociale.

• **L'article L. 161-45** prévoit que chaque assuré social dispose d'un dossier médical, constitué de l'ensemble des données de santé à caractère personnel recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins prodiguées à l'assuré, par les professionnels de santé exerçant à titre libéral ou en établissement.

Contrairement aux cas de délivrance de la carte Vitale ou de désignation d'un médecin traitant, aucune condition d'âge n'est précisée dans le cadre du dossier médical personnel. On peut y voir un souci de pragmatisme au vu de l'excellence de la tenue du carnet de santé papier dont disposent les enfants et considérer que la diffusion du dossier médical à l'ensemble des assurés et des ayants droit se fera de façon progressive, au fur et à mesure de la montée en charge du dispositif.

Par ailleurs, l'article L. 161-45 précise que le dossier est créé auprès d'un hébergeur de données agréé, conformément aux dispositions de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique : les conditions de cet agrément sont fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) et des conseils de l'ordre des professions de santé et des professionnels paramédicaux ; l'accès aux données n'est autorisé qu'aux personnes concernées par celles-ci et aux professionnels de santé ou établissements qui les prennent en charge, sans transmission possible à d'autres personnes ; enfin, lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur doit restituer l'ensemble des informations sans en garder copie.

• **L'article L. 161-46** prévoit que chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement, reporte dans le dossier médical du patient les éléments diagnostiques et thérapeutiques qui le concernent, dans le respect des règles déontologiques et du secret médical.

Innovation importante du présent texte, le niveau de prise en charge des dépenses engagées par la personne sera subordonné à l'autorisation qu'elle donne au professionnel d'accéder à son dossier. Ce recours à la modulation des taux de prise en charge devrait participer efficacement à la responsabilisation des assurés.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) peut procéder à cette modulation dans des limites fixées par décret en Conseil d'État. Un dispositif similaire est prévu pour les assurés ne procédant pas à la désignation d'un médecin traitant ou consultant un spécialiste sans prescription préalable.

Ce dispositif astucieux présente toutefois une faiblesse : il suppose le recours systématique à l'informatique des médecins et établissements de santé alors qu'aujourd'hui seulement 76 % des médecins pratiquent la télétransmission et 5 % des hôpitaux recourent à l'informatisation du dossier des patients.

• **L'article L. 161-47** prévoit qu'un décret en Conseil d'État, pris après avis de la CNIL fixe les conditions d'application de ce dispositif, dans le respect de la réglementation relative à la transmission des données personnelles. Afin d'accorder une protection supplémentaire aux assurés, les différentes catégories d'informations qui figurent au dossier médical partagé seront accessibles selon plusieurs niveaux d'accès. Ainsi, le patient pourra ne pas faire état de certaines informations le concernant lorsqu'elles ne seront pas utiles à la consultation en cours.

Le **paragraphe II** indique que les dispositions relatives au dossier médical personnel s'appliquent à compter du 1^{er} juillet 2007.

Le **paragraphe III** abroge les dispositions du code de la sécurité sociale relatives au volet santé de la carte Vitale et au carnet de santé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté six amendements visant à :

- préciser que le dossier médical personnel, en permettant la coordination des soins, est un gage de bon niveau de santé ;
- rappeler que les règles relatives au secret médical s'appliquent ;
- prévoir la création d'un volet spécifiquement dédié à la prévention au sein du dossier médical ;
- subordonner l'adhésion des médecins aux conventions régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins, au respect des règles de consultation ou de mise à jour du dossier médical ;
- rappeler que chaque personne a le droit d'être informée sur son état de santé ;
- prévoir l'insertion, dans le dossier médical, des principaux éléments relatifs au séjour de l'assuré dans un établissement de santé.

III - La position de votre commission

Votre commission constate que le Gouvernement souhaite généraliser cette mesure à compter du 1^{er} juillet 2007, avec une montée en charge progressive à partir de 2005.

Elle regrette, toutefois, de ne pas disposer d'éléments concrets sur le déroulement de ce projet, et notamment d'ignorer qui sera l'opérateur responsable de la mise en œuvre du dispositif.

Sous réserve de ces observations, elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 2 bis (nouveau)
(art. L. 1111-8 du code de la santé publique)
Cession de données de santé

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, a pour objet d'interdire toute cession à titre onéreux de données de santé nominatives.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel est inspiré des conclusions adoptées par l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, à l'occasion de la publication du rapport relatif aux télécommunications au service du système de santé¹.

Il interdit tout acte de cession à titre onéreux de données de santé nominatives, y compris avec l'accord de la personne concernée, et s'inscrit dans une démarche ancienne de protection des patients, actualisée en prenant en compte la diffusion des nouvelles technologies.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 2 ter (nouveau)
(art. L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale)
Identification de l'assuré dans le cadre du dossier médical personnel

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, prévoit l'utilisation d'un numéro dérivé du numéro d'inscription des personnes au répertoire national d'identification des personnes physiques pour l'ouverture et la tenue du dossier médical personnel.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article résulte d'une initiative de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, modifiée par le Gouvernement.

¹ Rapport « Les télécommunications à haut débit au service du système de santé » de MM. Jean-Claude Etienne, sénateur, et Jean Dionis du Séjour, député, Assemblée nationale : 1686 (12^{ème} législature) - Sénat : 370 (2003-2004).

Il s'agit de répondre à une double contrainte : disposer d'un dossier médical personnel sécurisé pour lequel l'identification doit être certaine, tout en garantissant les droits fondamentaux des personnes.

Il est donc proposé de créer un « identifiant santé » en utilisant le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, NIR ou numéro INSEE, qui a le mérite d'exister, d'être connu de tous et de garantir à la fois l'unicité et l'invariabilité. Mais, afin d'éviter des possibilités de croisement de fichiers et de respecter le secret médical, ce numéro ne pourra être utilisé tel quel. Il s'agira donc d'un numéro dérivé du NIR.

L'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques a justifié son initiative par le souci d'une mise en place rapide et techniquement réussie du dossier médical personnel, tout en limitant autant que possible les coûts de l'opération, ce qui explique l'idée de recourir à un numéro existant et qui a fait ses preuves.

La CNIL a émis des réserves sur la possibilité de l'utilisation du NIR mais s'est déclarée favorable à la réalisation d'expérimentations. Elle sera en tout état de cause consultée avant la mise en place du dossier médical personnel puisque l'article 2 a prévu qu'un décret en Conseil d'État, pris après avis de la CNIL, fixera les conditions d'application du dossier médical personnel. Le ministre a d'ailleurs précisé au cours des débats que, dans le cadre de ce décret, la CNIL devrait notamment examiner « *les modalités pratiques d'utilisation et de cryptage du NIR* ».

Enfin, le présent article prévoit que l'identifiant santé pourra également être utilisé pour les dossiers médicaux créés par les réseaux de santé.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 3

(art. L. 322-3 et L. 324-1 du code de la sécurité sociale)

Prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique ou sévère

Objet : Dans le but d'améliorer la coordination des soins, cet article a pour objet de mieux encadrer la prise en charge des patients atteints d'une affection de longue durée et de renforcer la portée des protocoles de soins.

I – Le dispositif proposé

L'article vise les assurés sociaux affectés par des pathologies chroniques ou sévères. Ces pathologies sont mentionnées aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale. Il s'agit :

- d'une part, des affections de longue durée (ALD) inscrites sur une liste établie par décret après avis du haut comité médical ;
- d'autre part, des affections qui ne sont pas inscrites sur la liste mais qui nécessitent, comme les premières, un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Les affections inscrites sur la liste sont actuellement au nombre de trente. Elles figurent à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale (décret n° 2002-594 du 22 avril 2002).

Liste des affections de longue durée (ALD)

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- bilharziose compliquée ;
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- hypertension artérielle sévère ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- lèpre ;
- maladie de Parkinson ;

- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
- psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- sclérose en plaques ;
- scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- spondylarthrite ankylosante grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Ces trente ALD touchent 5,7 millions de personnes, soit 12 % des assurés du régime général. Il s'agit pour l'essentiel de personnes âgées : 45 % ont plus de 65 ans.

Quatre affections de la liste représentent 84 % des entrées dans le dispositif des ALD (on en compte environ 300.000 par an) : les affections cardio-vasculaires, les tumeurs malignes (cancers), les troubles mentaux et le diabète. La durée moyenne de prise en charge en ALD est de six ans.

L'importance de la question de la prise en charge des patients atteints d'une ALD vient du fait que celle-ci mobilise 48 %, soit près de la moitié, des dépenses de l'assurance maladie et qu'elle contribue très largement à leur dynamisme . La Cour des Comptes estime que les remboursements accordés aux patients atteints d'ALD ont contribué pour 62 % à l'augmentation des soins de ville entre 2000 et 2002.

Cette forte progression est imputable à plusieurs facteurs : le vieillissement de la population, la hausse de la consommation médicale liée à la nature même des affections de longue durée, le progrès scientifique et technique.

Du fait de cette situation, plusieurs mesures ont déjà été prises pour tenter d'encadrer le dispositif des ALD :

- la création d'un ordonnancier « bizona », une partie de l'ordonnance étant réservée au traitement de l'ALD et donnant lieu à l'exonération du ticket modérateur, la seconde partie étant réservée aux autres soins ;

- la mise en place du protocole inter régimes d'examen spécial (PIRES) : le médecin traitant qui constate une ALD remplit un PIRES et le transmet au médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie dont

dépend l'assuré ; pour bénéficier de l'exonération du ticket modérateur, le patient doit suivre les traitements prescrits conjointement par le médecin traitant et le médecin-conseil ; la caisse primaire peut contrôler l'observation des traitements par le patient et, le cas échéant, décider d'une suspension ou d'une suppression de l'exonération du ticket modérateur ;

- l'établissement d'un protocole de diagnostic et de soins (article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 codifié à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale) : le médecin traitant et le médecin-conseil établissent conjointement un protocole de diagnostic et de soins qui « définit les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée » ; ce protocole est révisable.

L'objet de cette dernière mesure était d'accroître le contrôle des caisses d'assurance maladie sur la prise en charge des ALD et de responsabiliser davantage tant le patient que le médecin traitant.

Le dispositif proposé vise à renforcer encore cet encadrement.

Le **paragraphe I** concerne l'organisme chargé de donner un avis sur la liste des ALD : il substitue au Haut comité médical, actuellement en charge de cette fonction, la Haute autorité de santé, créée par l'article 19 du présent projet de loi.

Le **paragraphe II** remplace l'intitulé du chapitre IV du titre II du livre III du code de la sécurité sociale qui était « *Affections de longue durée* » et qui devient « *Qualité et coordination des soins des patients atteints d'une affection de longue durée* ».

Le **paragraphe III** modifie l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale tel qu'il résultait de l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 : il renforce la portée du protocole de soins établi conjointement par le médecin traitant et le médecin-conseil. Ainsi :

- le protocole de soins doit mentionner les obligations imposées aux bénéficiaires d'une ALD prévues par l'article L. 324-1, c'est-à-dire : se soumettre aux traitements prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin-conseil, se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse, s'abstenir de toute activité non autorisée et accomplir les exercices prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel ;

- le protocole est périodiquement révisable, sa durée est fixée « *compte tenu des recommandations de la Haute autorité de santé* » ;

- il définit les actes et prestations nécessités par le traitement de l'ALD « *compte tenu des recommandations de la Haute autorité de santé* » ;

- les actes et prestations donnant droit à exonération du ticket modérateur sont précisés ;

- le protocole doit être signé par le patient ou son représentant légal ;

- sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation ;

- lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, le médecin est tenu de certifier qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré.

Il s'agit ainsi à la fois de **responsabiliser le patient**, en lui faisant signer le protocole et en lui demandant de le présenter lors de chaque consultation chez le médecin (sauf en cas d'urgence) et de **responsabiliser le médecin traitant**, en lui imposant de respecter le protocole de soins établi conjointement avec le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie.

Le **paragraphe IV** prévoit qu'un décret pourra réserver la limitation de la participation des assurés « *aux prestations exécutées dans le cadre d'un dispositif coordonné de soins* ». Il s'agit par cette mesure d'anticiper le développement de réseaux de soins et de systèmes de soins coordonnés qui devraient permettre, grâce à un découplage des différents acteurs du système de santé, la réalisation d'économies sensibles pour l'assurance maladie.

Ce décret devra être pris sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, créée par l'article 31 du présent projet de loi, et après avis de la Haute autorité de santé, instituée par l'article 19 de ce même projet, ce qui laisse à penser qu'il ne pourra être pris rapidement en raison de la nécessaire mise en place préalable de ces deux organismes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements de précision :

- le premier pour spécifier que le mécanisme du protocole s'applique au médecin traitant, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé ;

- le deuxième pour préciser que la durée du protocole est fixée par la Haute autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale ;

- le troisième pour étendre le mécanisme de réserve de la limitation ou de la suppression de la participation des assurés en ALD prévu au paragraphe IV aux réseaux de santé, et non aux seuls dispositifs coordonnés de soins.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve de l'adoption d'un amendement d'harmonisation rédactionnelle.

Article 4
(art. L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale)
Médecin traitant

Objet : Cet article tend à imposer aux assurés sociaux de désigner un médecin traitant et prévoit la possibilité de majorer le reste à charge après consultation pour ceux qui n'ont pas procédé à cette désignation ou qui consultent directement un autre médecin sans prescription préalable de leur médecin traitant.

I - Le dispositif proposé

Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a insisté sur la nécessité de développer la qualité et la coordination des soins dispensés aux assurés sociaux.

Le présent article répond à ces recommandations et propose l'instauration d'un nouveau dispositif : le médecin traitant. Celui-ci diffère de celui du médecin référent, mis en place depuis 1997, pour au moins deux raisons :

- d'abord, le projet de loi n'impose pas le choix d'un médecin généraliste. L'exposé des motifs du texte indique qu'on peut opter pour un spécialiste, pour un praticien libéral ou salarié par un établissement ou un centre de santé. La liberté de choix est totale et s'accompagne de la possibilité de changer de médecin traitant. Dans toutes les hypothèses, l'assuré doit faire connaître sa décision à son régime d'assurance maladie obligatoire ;

- ensuite, le médecin traitant ne perçoit pas de rémunération spécifique pour accomplir sa tâche. Il continue à être payé à l'acte en fonction de son tarif de consultation (généraliste ou spécialiste) et de son appartenance au secteur I ou au secteur II (honoraires libres), s'il s'agit d'un médecin libéral.

Ce dispositif devrait rencontrer l'adhésion des assurés qui, lors d'un sondage récent réalisé pour le compte de la Confédération des syndicats médicaux français, ont déclaré à plus de 80 % avoir recours à un médecin de famille, ce qui rendra plus aisée la désignation du médecin traitant.

La liberté d'accès aux soins est préservée. L'assuré qui le souhaite conserve la possibilité de ne pas choisir de médecin traitant et d'accéder librement à tout médecin de son choix.

Toutefois, pour inciter les assurés à adhérer à ce système positif en termes de qualité des soins, il est proposé une majoration du reste à charge après remboursement pour ceux qui ne s'y soumettraient pas.

Conformément à l'article 23 du présent texte, cette possibilité relève de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) compétente pour déterminer le taux de remboursement des actes médicaux.

Cela suppose que l'UNCAM mette en place au moins deux tarifs de responsabilité distincts, applicables respectivement aux assurés qui ont choisi un médecin traitant et à ceux qui ne l'ont pas fait ou qui consultent un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant.

Le recours à la modulation tarifaire a déjà été utilisé pour inciter les assurés à adopter des comportements vertueux, « *c'est-à-dire le choix d'une démarche représentant, à qualité égale, des coûts moindres pour l'assurance maladie¹* » : l'instauration d'un dépassement d'honoraires lorsque les visites d'un médecin à domicile ne sont pas justifiées médicalement et la création du tarif forfaitaire de responsabilité lorsqu'un médicament est disponible comme princeps et sous forme générique relèvent de cette inspiration.

Les conditions d'application de cette majoration du reste à charge seront prévues par un décret, qui exclura notamment le cadre de la mise en œuvre d'un protocole de soins. D'autres exceptions seront définies par voie conventionnelle.

Enfin, rien n'interdit aux organismes d'assurance maladie complémentaire d'assurer le remboursement des sommes restées à la charge de l'assuré.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements visant à :

- souligner que l'instauration du médecin traitant est une mesure favorisant la coordination des soins ;

- subordonner la désignation d'un médecin traitant, par les ayants droits mineurs, à l'accord d'un des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale ;

- préciser expressément, dans le texte, que le médecin traitant peut être un généraliste, un spécialiste, un médecin hospitalier ou un médecin salarié par un centre de santé ou un établissement médico-social ;

- confier au médecin traitant la mise en place et la gestion du dossier médical ;

- indiquer que les majorations du reste à charge ne sont pas applicables dans les cas d'urgence ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social.

¹ Cf. rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, p. 92.

III - La position de votre commission

Votre commission partage la volonté du Gouvernement de développer la coordination des soins. Elle sera attentive à la mise en œuvre de ce nouveau dispositif qui devra faire preuve de souplesse afin d'éviter des situations contraires à l'intérêt de l'assuré et du système de soins. Il conviendra de prévoir, par exemple, un accès aisé à certains spécialistes comme les gynécologues ou les dentistes.

En revanche, votre commission émet quelques réserves sur l'impact financier de ce dispositif qui peut avoir pour effet d'accroître le nombre de consultations nécessaires à la prise en charge des patients. En effet, pour accéder à un spécialiste et bénéficier d'une prise en charge optimale, l'assuré devra d'abord consulter son médecin traitant. L'assurance maladie obligatoire aura ainsi à assurer le remboursement de deux consultations au lieu d'une. L'équilibre financier de cette mesure ne pourra donc être atteint que par une réduction du nombre d'exams prescrits et par la capacité du médecin traitant à prendre en charge les pathologies des assurés sans recourir systématiquement à la consultation d'un spécialiste.

Votre commission considère que, pour lutter contre l'éventuel effet inflationniste de ces mesures et limiter leur impact financier sur les comptes de l'assurance maladie obligatoire, seule une action de l'UNCAM sur le reste à charge des patients peut inciter ces derniers à adopter un comportement vertueux, à choisir un médecin traitant et à le consulter avant de recourir à un médecin spécialiste.

Cette action ne sera acceptée que si les dérogations prévues pour assurer le bon fonctionnement du dispositif sont suffisantes et ne rendent pas le parcours de soins inadapté aux besoins des patients.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 5

(art. L. 162-5 du code de la sécurité sociale)

Dépassements d'honoraires des médecins

Objet : Afin de prendre en compte l'instauration du médecin traitant, cet article complète la liste des sujets pouvant faire l'objet d'une convention entre les organismes d'assurance maladie et les médecins.

I – Le dispositif proposé

Cet article ajoute à la liste des sujets pouvant faire l'objet d'une convention entre les organismes d'assurance maladie et les médecins, deux rubriques supplémentaires : les missions particulières des médecins traitants et

les modalités selon lesquelles les médecins sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires pour les patients consultant hors de la procédure du médecin traitant.

- Le point relatif aux **missions particulières des médecins traitants** ne va pas sans évoquer le dispositif conventionnel propre aux médecins référents qui prévoit la tenue d'un document médical de synthèse, des actions spécifiques de santé publique et de prévention, l'évaluation de leur pratique dans le cadre de la formation professionnelle et leur participation à la permanence des soins.

Ces dispositions conventionnelles pourront servir d'exemple pour définir les missions spécifiques du médecin traitant. Si ce dernier est chargé de la coordination des soins, il paraît normal que la convention lui confie, avec l'accord du patient, un suivi des informations portées dans le dossier médical personnel. La convention devra également élaborer les modalités selon lesquelles le médecin traitant donne accès, aux médecins spécialistes, à ce dossier.

- Le second point relatif aux **dépassements d'honoraires** contribue également à la mise en œuvre de ce nouveau dispositif. En effet, les assurés ayant fait le choix de consulter directement un spécialiste se verront appliquer un tarif de consultation supérieur au tarif conventionnel de base afin de les inciter à ne plus consulter ou à réduire les consultations en dehors des prescriptions de leur médecin traitant.

Ces dépassements d'honoraires sont encadrés par les dispositions réglementaires visées à l'article 4 du présent projet de loi. Ils ne s'appliqueront pas aux spécialités pour lesquelles un recours direct sans majoration restera possible.

Ces mesures pourront faire l'objet d'un avenant spécifique aux conventions existantes ou à venir.

La possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires, outre ses effets vertueux potentiels sur les patients, devrait également compenser d'éventuelles baisses d'activité des spécialistes du fait de l'instauration d'un médecin traitant.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements visant à :

- assurer l'égalité de traitement des patients en termes de délais d'accès aux médecins ;

- préciser que les médecins hospitaliers exerçant une activité libérale ne peuvent pas appliquer une majoration de tarif aux patients qui les consultent sans prescription d'un médecin traitant.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve les dispositions du présent article dont l'objet est d'inciter les assurés à choisir un médecin traitant, et donc d'assurer à la fois une meilleure coordination des soins et la pénalisation du nomadisme médical.

Elle vous proposera un amendement de précision et d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 5 bis (nouveau)

(art. L. 62-5-13 du code de la sécurité sociale)

Conditions de l'application d'un dépassement d'honoraires à un bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

Objet : Cet article prévoit que les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) pourront se voir appliquer un dépassement d'honoraires lorsqu'ils consulteront un spécialiste sans prescription de leur médecin traitant.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La loi du 27 juillet 1999, instituant la couverture maladie universelle (CMU), prévoyait des mesures particulières destinées à permettre aux bénéficiaires de la CMU et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) de consulter des médecins dont le tarif de consultation est régi par les règles du secteur II (honoraires libres). En application de ces dispositions, ces médecins sont tenus d'appliquer les tarifs conventionnels de consultation (secteur I) aux bénéficiaires de la CMUC venus les consulter.

L'article additionnel adopté par l'Assemblée nationale propose de coordonner ces dispositions avec la mise en œuvre d'un parcours de soins organisé autour du médecin traitant.

Ainsi, le bénéficiaire de la CMUC ayant consulté un médecin spécialiste pratiquant des honoraires libres, sur prescription de son médecin traitant, continuera de bénéficier du tarif conventionnel. Il en sera de même lorsqu'il consultera directement un médecin autre que son médecin traitant, dans le cadre des dérogations prévues par décret et par voie conventionnelle (protocole de soins, médecin, pour lequel un recours direct est possible).

Le bénéficiaire de la CMUC souhaitant consulter hors du parcours de soins reste libre d'accéder au médecin de son choix, mais se verra alors appliquer d'éventuels dépassements d'honoraires.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 6

(art. L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale)

Accords conventionnels interprofessionnels

Objet : Cet article vise à permettre la collaboration de plusieurs professions de santé à des dispositifs destinés à favoriser la coordination et la qualité des soins.

I - Le dispositif proposé

Cet article vise à favoriser la coordination et la qualité des soins dispensés aux patients.

Pour atteindre ces objectifs, les professionnels de santé se voient reconnaître la possibilité de conclure des accords interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé.

Initialement axées sur les questions tarifaires, les relations conventionnelles entre les médecins et l'assurance maladie abordent, depuis quelques années, tous les champs de la pratique professionnelle.

Avec la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions, les accords pourront notamment porter sur la création de réseaux de santé, la promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives, la formation continue conventionnelle ainsi que sur des dispositifs destinés à améliorer la qualité des soins.

Ces dispositions mettent clairement l'accent sur une double démarche qui, d'une part, recourt aux réseaux de soins pour assurer un meilleur suivi des patients, d'autre part, promeut la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles pour améliorer la qualité des soins.

La création et le développement des réseaux de soins doivent faciliter la prise en charge des patients, à la fois au sein de la médecine de ville, mais également entre l'hôpital et la médecine de ville. Ces dispositions prolongent les expérimentations mises en œuvre par les ordonnances de 1996, confortées, sous l'appellation de réseaux de santé, par la loi du 4 mars 2002. Elles encouragent les professionnels de santé à développer cette pratique.

Le développement de ces réseaux permettra d'organiser et de coordonner la prise en charge du patient par l'ensemble des intervenants médicaux, paramédicaux, auxiliaires de vie, justifiée par sa pathologie.

Dans le même temps, les dispositions conventionnelles prévues dans le présent article ont pour objet d'inciter les professionnels à mettre en place les structures au sein desquelles sera dispensée et reconnue la formation médicale continue rendue obligatoire par la loi relative à la politique de santé publique.

L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles - qui vise à améliorer la qualité des soins en permettant, à chaque praticien, de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique - peut également faire l'objet d'accords professionnels.

En effet, à la suite de plusieurs expérimentations menées en collaboration avec les unions régionales des médecins libéraux, cette évaluation va désormais être généralisée. Les conventions conclues entre les médecins et les régimes obligatoires d'assurance maladie devront prévoir les conditions de cette évaluation et leur mode financement.

La création des réseaux de soins, la mise en œuvre des dispositifs efficaces de formation médicale continue et le recours à l'évaluation des pratiques professionnelles participent de la démarche de qualité appelée de ses vœux par le Gouvernement. Ils vont contribuer à la modification des pratiques professionnelles individuelles et conforter cette évolution des comportements, gage d'une maîtrise médicalisée efficace.

In fine, cet article donne un nouvel élan aux relations conventionnelles entre les professions de santé et l'assurance maladie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A cet article, l'Assemblée nationale a apporté un amendement qui précise le contenu des accords interprofessionnels.

Centrés autour d'une ou plusieurs pathologies, ils sont conclus pour une durée maximale de cinq ans.

Ils permettent une meilleure coordination des soins, notamment par la création de réseaux de santé, et contribuant à la promotion de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.

III - La position de votre commission

Votre commission souligne l'importance des dispositions contenues dans le présent article qui donnent un souffle nouveau aux relations conventionnelles et insistent sur la nécessité de développer la coordination et la qualité des soins.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Section 2
-
Qualité des soins

Article 7 A (nouveau)
(art. L. 162-3 du code de la santé publique)
Consultations dans les maisons médicales

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, qualifie de consultations médicales celles pratiquées dans les maisons médicales.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

La maison médicale de garde est un lieu d'accueil des patients où des soins médicaux sont dispensés sous forme de consultations, pendant les heures de fermeture des cabinets libéraux. Sa création permet de développer un dispositif de permanence des soins efficace et attractif pour les médecins libéraux en charge de cette permanence.

L'article additionnel adopté par l'Assemblée nationale complète la rédaction de l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale, afin de préciser qu'en dehors des visites à domicile effectuées lorsque le patient est hors d'état de se déplacer, le médecin peut pratiquer des consultations à son cabinet et au sein d'une maison médicale.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 7
(art. L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale,
L. 6113-2 et L. 6114-3 du code de la santé publique)

Promotion des bonnes pratiques

Objet : Cet article vise à mettre en œuvre de nouveaux outils conventionnels en faveur de la promotion des bonnes pratiques professionnelles.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose de rénover plusieurs outils conventionnels afin d'assurer la promotion des bonnes pratiques professionnelles.

Le **paragraphe I** complète la rédaction de l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale. Cet article, adopté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, dispose que les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), qui n'assuraient jusqu'à présent aucun rôle propre dans la vie conventionnelle, peuvent passer des conventions avec des groupements organisés de professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces conventions, d'un genre nouveau, portent sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques, la mise en œuvre de références médicales ou des actions de prévention.

Il est ici proposé de permettre aux assureurs complémentaires de s'associer à ces négociations conventionnelles, afin qu'ils contribuent à la promotion de la qualité des soins, par exemple sur le modèle des expériences menées par les professionnels de santé en partenariat avec la société Groupama.

Il est précisé que ces contrats, conclus au niveau régional, doivent être conformes aux objectifs fixés par les conventions nationales lorsqu'ils portent sur des domaines régis par la vie conventionnelle.

Enfin, par coordination, le pouvoir de signature accordé, dans le domaine conventionnel, au directeur de la Caisse nationale des travailleurs salariés est transféré au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Le **paragraphe II** étend aux établissements de santé le principe des accords de bonnes pratiques professionnelles. Il s'agit d'un point particulièrement important du projet de loi qui témoigne de la volonté du Gouvernement d'agir sur la qualité des soins en ville, comme à l'hôpital.

Ces dispositions prévoient la conclusion d'un accord tripartite entre le ministre en charge 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 pour améliorer les pratiques hospitalières. Cette évolution conventionnelle permettra de renforcer la médicalisation du

dispositif d'accréditation des hôpitaux, seul outil de bonne pratique en vigueur aujourd'hui.

Afin d'intéresser les hôpitaux à cette nouvelle contractualisation, une partie des sommes correspondant aux dépenses évitées pourront leur être reversées dans des conditions fixées par décret.

Des accords du même type peuvent être conclus à l'échelon local entre une agence régionale de l'hospitalisation et un établissement de santé ; s'y joint l'Union régionale des caisses d'assurance maladie lorsque les prescriptions hospitalières sont exécutées en médecine de ville. Cette mesure procède par parallélisme des formes avec les conventions passées entre les médecins et l'assurance maladie.

Le **paragraphe III** concerne les contrats pluriannuels d'objectifs signés entre les établissements de santé et les agences régionales de santé. Ces objectifs regroupent un ensemble d'objectifs médicaux et de gestion.

Les objectifs médicaux se répartissent en objectifs de santé publique, c'est-à-dire concourant à promouvoir des actions de santé publique (prélèvements d'organes, IVG, prises en charge des urgences psychiatriques), et des objectifs stratégiques propres à chaque établissement, puisque issus du projet médical établi en son sein.

Les objectifs de gestion consistent en une batterie d'indicateurs médico-économiques qu'il convient de définir avec chaque structure et concernent les différents postes de dépenses de la section d'exploitation, ainsi que d'indicateurs destinés à harmoniser l'information produite par les différents établissements.

La nouvelle rédaction de l'article L. 6114-3 prévoit que ces contrats puissent intégrer des objectifs médicalisés d'évaluation des pratiques.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements visant à :

- transmettre pour avis les accords de bonnes pratiques aux conseils de l'ordre des professions de santé concernées ;

- consulter les conseils de l'ordre des professions médicales lorsque les accords contiennent des dispositions relatives à la déontologie de ces professions ;

- tenir compte de la spécificité du régime d'assurance maladie complémentaire d'Alsace-Moselle ;

- transférer le pouvoir de signature détenu par le directeur de la CNAMTS au collège des directeurs de l'UNCAM ;

- fixer par décret les conditions de participation des professionnels de santé à la négociation des accords de bonnes pratiques en milieu hospitalier.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve les mesures proposées par le présent article qui vont permettre de décliner au niveau régional les dispositions conventionnelles nationales.

Elle approuve le principe d'une diffusion des bonnes pratiques à l'hôpital au travers de l'accord national conclu entre l'État, les caisses et les fédérations hospitalières. Elle rappelle qu'en raison de l'absence de liens de subordination entre les médecins et les directeurs d'établissements, la conclusion de cet accord n'assure pas, jusqu'à présent, la diffusion des bonnes pratiques au sein des établissements.

Au-delà des modifications adoptées par l'Assemblée nationale qui prévoient qu'un décret fixe les conditions de participation des professionnels à ces accords, votre commission souhaite que la réforme de la gouvernance à l'hôpital annoncée dans le cadre du plan « hôpital 2007 » puisse être rapidement mise en place afin de mieux associer les médecins hospitaliers à la diffusion des bonnes pratiques.

Sous réserve de ces observations, **elle vous propose d'adopter un amendement rédactionnel et d'adopter cet article ainsi modifié.**

Article 8

(art. L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale)

Évaluation et amélioration des pratiques professionnelles médicales

Objet : Cet article vise à promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles.

I - Le dispositif proposé

Cet article souhaite promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles pour l'ensemble des médecins libéraux et hospitaliers.

Annoncée par la loi du 4 janvier 1993 portant création des Unions régionales de médecins libéraux (URML) et dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, l'évaluation des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique.

D'abord expérimentée dans quatre régions pilotes (Basse-Normandie, Ile-de-France, Lorraine et Nord-Pas-de-Calais), qui représentent un tiers des

médecins libéraux en exercice, l'évaluation des pratiques professionnelles a reçu un accueil favorable de la part des professionnels de santé.

La procédure peut être individuelle : elle se déroule alors sous l'égide des URML et consiste essentiellement en une phase d'évaluation de la tenue du dossier médical. Elle peut aussi être collective et requiert alors une évaluation d'ensemble des comportements et pratiques professionnels. Elle est assurée par l'assurance maladie, par l'intermédiaire des URCAM. Le coût d'une évaluation individuelle est d'environ 1.000 euros contre 300 pour une évaluation collective.

Si l'expérimentation est jugée positive, il convient toutefois, de souligner que seuls 133 médecins « habilités » à évaluer leurs confrères ont été formés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et qu'à la fin de l'année 2003, 81 évaluations individuelles et 22 évaluations collectives, uniquement, ont été terminées.

Malgré ces résultats modestes, le recours à l'évaluation des pratiques professionnelles est appelé à se généraliser et, dans cette perspective, les URML et l'ANAES se sont engagées à évaluer 10.000 médecins libéraux dans les deux ans à venir.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Les deux amendements adoptés par l'Assemblée nationale ont pour objet d'une part, d'étendre les modalités du présent article aux médecins exerçant dans les centres de santé, d'autre part, de préciser que les médecins doivent participer régulièrement à des actions d'évaluation de leurs pratiques professionnelles.

III - La position de votre commission

Votre commission est favorable à la généralisation de l'évaluation des pratiques professionnelles. Elle considère que l'évolution rapide des connaissances scientifiques et des pratiques thérapeutiques impose aux médecins l'obligation de se former et de se faire évaluer régulièrement, dans le cadre d'une procédure individuelle ou collective. Cette démarche doit être accomplie par l'ensemble des médecins libéraux, hospitaliers ou salariés d'un centre de santé.

L'évaluation est une dimension essentielle de la qualité des soins et votre commission regrette que les résultats de ce dispositif mis en place depuis plus de cinq ans soient aussi modestes.

Pour expliquer ce relatif échec, trois raisons peuvent être évoquées : la nécessité de mettre en place le dispositif et notamment de former des médecins évaluateurs, les besoins de financement, mêmes réduits, indissociables d'un tel dispositif et surtout l'absence de contrainte pesant sur

les médecins pour qui la participation aux procédures d'évaluation relève d'une démarche volontaire.

Votre commission, qui souhaite que l'évaluation des pratiques professionnelles constitue une obligation pour chaque médecin, vous propose d'amender en ce sens cet article.

En conséquence, **elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

Article 8 bis (nouveau)
(art. L. 1142-9 du code de la santé publique)
Création d'un observatoire des risques médicaux

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à créer un observatoire des risques médicaux.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le marché de la responsabilité civile médicale, concernant notamment certains professionnels de santé (anesthésistes, chirurgiens, gynécologues, obstétriciens) est en crise depuis plusieurs années. Dès 2002, des initiatives ont été prises, notamment par votre commission, pour garantir une couverture à tous les établissements et professionnels concernés et pour stabiliser le montant des primes d'assurances.

Une mission commune de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales a été commanditée afin de dresser un bilan de la situation, dix-huit mois après l'adoption de la loi relative à la responsabilité civile médicale du 31 décembre 2002.

Les conclusions rendues publiques confirment que « *cette crise de l'assurance en responsabilité est bien réelle, mais se concentre sur une faible proportion des professionnels de santé, tout particulièrement les spécialistes exerçant sur plateau technique, obstétriciens, chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, et les cliniques privées spécialisées en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)* ».

Elles rappellent que cette dégradation du marché de l'assurance en responsabilité civile professionnelle « *s'inscrit dans un contexte de croissance régulière des réclamations liées à des accidents médicaux, les indemnités accordées aux victimes connaissant une croissance parfois forte en cas d'assistance d'une tierce personne* ».

Cette évolution se traduit par une hausse des cotisations réclamées aux professionnels de santé mais également par un désengagement de certaines

compagnies d'assurances qui ne proposent plus la couverture de ces risques professionnels.

Forte de ce constat, la mission a préconisé « *la mise en place d'un dispositif de suivi de nature statistique et comptable permettant de bien évaluer les effets des réformes récentes. Elle recommande d'engager dès à présent une politique de gestion du risque, élément complémentaire des dispositifs déjà construits en matière de qualité et d'évaluation des soins, lesquels doivent également être consolidés ou amplifiés.* ». Ce dispositif est présenté comme un préalable à toute réforme législative de la responsabilité civile professionnelle.

L'article additionnel adopté par l'Assemblée nationale s'inscrit dans le prolongement de cette recommandation puisqu'il a pour objet de créer un observatoire dont la mission est de collecter toute information sur les accidents médicaux et sur les indemnisations versées en réparation des dommages.

Cet observatoire est créé auprès de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

Une commission composée de représentants des professionnels de santé, des établissements de santé, des assureurs et des usagers du système de santé est chargée de veiller au bon fonctionnement de l'observatoire.

II - La position de votre commission

Votre commission estime que la rédaction actuelle du présent article ne donne pas d'indications suffisamment précises sur la composition et les modalités de fonctionnement de cet observatoire de la sinistralité.

Aussi, elle vous propose une nouvelle rédaction de cet article et vous demande de l'adopter ainsi modifié.

*Article 8 ter (nouveau)
(art. L. 1414-1, L. 1414-3-3, L. 1414-11 et L. 4135-1
du code de la santé publique*

Accréditation des médecins exerçant en établissement de santé

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, instaure une procédure d'accréditation des médecins et des équipes médicales exerçant en établissement de santé.

Depuis 2002, les professionnels de santé, exerçant dans certaines spécialités, ont vu leurs primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle augmenter dans des proportions considérables. Le phénomène n'est pas propre à la France mais, conjuguée à d'autres facteurs, cette crise

rend ces spécialités moins attractives, ce qui à terme ne manquera pas de soulever un problème de démographie médicale.

Les mesures proposées dans le présent article sont complémentaires de celles tendant à la création de l'observatoire de la sinistralité, chargé de recueillir des informations sur les accidents médicaux et sur les indemnisations versées en réparation.

Ces deux dispositions visent à stabiliser le coût des primes d'assurance en donnant des garanties sur le taux et la nature des sinistres constatés dans le secteur et sur la qualité des pratiques professionnelles.

Les médecins anesthésistes ont démontré qu'une pratique professionnelle de qualité réduit ce taux et, par conséquent, le montant de leurs primes d'assurance.

Avec cet article, les pouvoirs publics proposent aux professionnels de santé de s'engager dans une démarche de qualité qui sera accompagnée d'une aide à la prise en charge des frais d'assurance.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le **paragraphe I** complète les missions confiées à l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (ANAES) qui se voit chargée de mettre en œuvre une politique d'accréditation des médecins exerçant en établissements de santé.

Cette nouvelle compétence trouve naturellement sa place parmi les attributions de cette agence déjà engagée dans une action de promotion et de développement des référentiels médicaux, responsable de l'accréditation des établissements de santé et qui assure la mise en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins.

Le **paragraphe II** définit le contenu de la mission confiée à l'ANAES qui doit :

- recueillir, auprès des médecins ou des équipes médicales, la description des événements considérés comme porteurs de risques médicaux et procéder à leur analyse ;

- élaborer ou valider, selon des méthodes scientifiquement reconnues, des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles ;

- diffuser ces référentiels et favoriser leur utilisation ;

- organiser la procédure d'accréditation des professionnels de santé en fonction de ces référentiels ;

- veiller à la validation des méthodes et à la cohérence des initiatives relatives à l'augmentation de la qualité dans le domaine de la prise en charge des patients.

Le **paragraphe III** complète la rédaction de l'article L. 1414-11 du code de la santé publique. Il prévoit que la procédure d'accréditation peut faire l'objet d'une facturation et que ce droit d'inscription constitue une ressource propre de l'ANAES.

Le **paragraphe IV** insère un chapitre V intitulé « *Accréditation de la qualité de la pratique professionnelle* » composé d'un article unique L. 4135-1, qui dispose que :

- les médecins ou les équipes médicales exerçant dans une même spécialité peuvent demander leur accréditation ;
- celle-ci est acquise pour une durée de quatre ans ;
- les résultats de la procédure d'accréditation sont publics ;
- un décret précise les modalités de mise en œuvre de cette procédure et notamment son accès pour les médecins exerçant dans certaines spécialités particulièrement exposées au risque professionnel.

Le **paragraphe V** prévoit que les professionnels soumis à l'obligation d'assurance qui exercent dans les spécialités particulièrement exposées et qui se sont engagés dans une procédure d'accréditation peuvent bénéficier d'une aide à la souscription d'une assurance dont le montant sera fixé par décret. Cette aide est à la charge de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

II - La position de votre commission

Votre commission considère que le dispositif proposé peut être amélioré sur deux points : les conditions d'accès à l'aide à la souscription d'une assurance obligatoire et l'instance compétente pour accorder l'accréditation.

En conséquence, elle vous propose de réserver le bénéfice de cette aide aux seuls médecins accrédités et confie à la Haute autorité de santé la responsabilité de ce processus d'accréditation en lieu et place de l'ANAES.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 8 quater (nouveau)
(art. L. 162-4-2-1 du code de la sécurité sociale)
**Prise en charge par l'assurance maladie
de produits de substitution aux opiacés**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, définit les conditions dans lesquelles l'assurance maladie prend en charge les produits de substitution aux opiacés.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel vise à insérer, dans le code de la sécurité sociale, un article L. 162-4-2-1 qui définit les conditions dans lesquelles l'assurance maladie prend en charge les produits de substitution aux opiacés.

Ces mesures permettront de lutter contre les prescriptions abusives de certains médicaments sur lesquelles médecins et pharmaciens ont appelé l'attention des pouvoirs publics.

Pour limiter ces abus, sans remettre en cause une politique de substitution qui s'est accompagnée d'une baisse des décès par surdose d'héroïne, le Gouvernement a préconisé la création d'une filière de soins spécifique. Cette solution encadre, sans les limiter, les conditions dans lesquelles une population fragile et difficile à prendre en charge a accès aux traitements de substitution.

L'article prévoit que la prise en charge des produits ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, est soumise à plusieurs obligations.

En effet, pour bénéficier de cette prise en charge, l'assuré doit tout d'abord désigner un médecin traitant, puis se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par son médecin et le médecin conseil de la sécurité sociale, ainsi qu'aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse.

Son médecin traitant est dans l'obligation de faire figurer sur l'ordonnance remise à l'assuré, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance des produits. Cette obligation s'impose à chaque prescription d'un produit de substitution.

Le Gouvernement n'a pas jugé opportun de créer une procédure de pénalité propre à ces filières de soins, considérant que les procédures de droit commun prévues par le projet de loi étaient suffisantes.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 9

(art. L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale)

Information des assurés

Objet : Cet article vise à assurer l'information des assurés sur l'offre de soins disponibles.

I - Le dispositif proposé

Afin de faciliter la désignation d'un médecin traitant par chaque assuré, le présent article vise à améliorer son information sur l'offre de soins disponibles.

Cette disposition s'inscrit dans une démarche de transparence du système de santé et de promotion de la qualité des soins, qui prolonge une disposition de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, intégrée au code de la sécurité sociale.

Ainsi, l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale confie aux organismes gestionnaires des régimes obligatoires d'assurance maladie une mission d'information générale des assurés sociaux en vue, notamment, de leur permettre de connaître les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins sont pris en charge.

Les caisses peuvent également fournir tous les éléments d'information utiles portant notamment sur les services assurés par les établissements de santé et sur la situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles ou réglementaires les régissant.

Le présent article complète ces mesures initiales en les coordonnant avec les dispositions du projet de loi relatif à la politique de santé publique et celles ici proposées.

En conséquence, l'information donnée aux assurés devra désormais inclure :

- l'adhésion aux contrats individuels de bonnes pratiques ;
- l'adhésion aux contrats de santé publique ;

- l'adhésion aux contrats prévus par l'article 7 du présent projet de loi (conventions avec des groupements organisés de professionnels de santé exerçant à titre libéral et consacrées à l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, à la mise en œuvre de références médicales ou aux actions de prévention) ;

- la participation à des actions de formation continue ;

- la participation à des actions d'évaluation des pratiques professionnelles.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements visant à préciser les informations mises à la disposition des assurés :

- relatives à la participation des professionnels de santé à une démarche d'évaluation de leur qualité professionnelle ;

- relatives aux tarifs de consultation habituellement demandés.

III - La position de votre commission

Votre commission est favorable à toute mesure susceptible de favoriser l'information du patient.

Elle rappelle toutefois que le code de déontologie médicale interdit la pratique commerciale de la médecine. C'est pourquoi son appréciation sur les mesures proposées par le présent article, qui font de l'assuré un consommateur rationnel, est nuancée, même si elle en soutient le principe.

Sous réserve de cette observation, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 9 bis (nouveau)

Certification des sites Internet dédiés à la médecine

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à créer un label « site utile à la santé » destiné aux sites médicaux accessibles sur Internet.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel adopté par l'Assemblée nationale vise à créer une certification « *site utile à la santé* », délivrée aux sites médicaux consultables sur Internet qui en feront la demande.

Alors que quatre français sur dix ont déjà recours à l'Internet pour les actes courants de leur vie, le Conseil économique et social a alerté les

pouvoirs publics sur les possibles effets néfastes liés à la multiplication des sites marchands, ou associatifs, d'informations médicales.

Afin de répondre à cette préoccupation, le présent article confie au ministre chargé de la santé une mission de labellisation de ces sites. La délivrance de ce label permettra d'informer les patients sur la qualité des pages consultées.

Ce label sera attribué aux sites respectant un ensemble de règles de bonne conduite, fixées par le ministre chargé de santé avec l'appui de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à cette suggestion. Elle considère toutefois qu'il serait judicieux de transférer cette compétence, attribuée au ministre chargé de la santé, à la Haute autorité de santé, dont la mission est justement de contribuer à l'information des professionnels et du public en matière de bon usage de soins et de bonnes pratiques. Par ailleurs, elle estime que cette disposition devrait figurer, par cohérence, à l'article 19 qui concerne précisément les missions dévolues à la Haute autorité

Elle vous propose donc de supprimer cet article.

Article 9 ter (nouveau)

Numéro d'appel national délivrant des informations sur l'offre médicale

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à confier au Gouvernement le soin d'étudier la création d'un numéro d'appel national destiné à fournir des informations sur l'offre médicale et à permettre une meilleure orientation au sein du système de soins.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel prévoit que le Gouvernement mettra à l'étude, en liaison avec les caisses nationales d'assurance maladie, la création d'un numéro d'appel national dénommé « 33 » et qui aurait pour objet :

- de fournir des informations sur l'offre de soins médicale et médico-sociale disponible ;
- de permettre aux patients d'obtenir des informations médicalisées d'orientation au sein du système de soins.

Ce nouveau service devra être interconnecté avec les numéros d'appel médicaux d'urgence et être également accessible sur Internet.

Il « *pourrait être financé* » par l'assurance maladie et, le cas échéant, les organismes de protection sociale complémentaire.

Cette initiative, approuvée tant par la commission spéciale de l'Assemblée nationale que par le Gouvernement, s'inspire d'expériences menées à l'étranger, notamment en Grande-Bretagne et au Québec, où l'on a constaté que la création d'un tel service d'appel permettait d'alléger les services d'urgence et d'améliorer l'orientation dans le système de soins.

De fait, l'ANAES, dans une étude récente, a estimé que 20 % des assurés étaient mal aiguillés dans le système de soins, particulièrement dans le secteur hospitalier.

II - La position de votre commission

Votre commission partage la préoccupation exprimée par cet article mais elle constate que de tels numéros d'appel existent déjà. En effet, outre les numéros des services d'urgence qui permettent une première orientation des patients, voire un préfiltrage des prises en charge médicales, d'autres numéros d'appel ont été récemment mis en place, tant au profit des assurés que des professionnels de santé.

Ainsi, l'assurance maladie dispose actuellement de quarante-sept plates-formes de services téléphoniques répartis sur le territoire. Selon les statistiques de la CNAM, ces services répondent en moins de trente secondes à 80 % des appels téléphoniques, pour une moyenne d'appels d'environ 1,5 million par mois.

Le Gouvernement s'étant solennellement engagé en séance publique à lancer cette étude sur la création d'un numéro d'appel national en liaison avec les caisses nationales d'assurance maladie, il ne paraît pas utile de maintenir cet article qui, en tout état de cause, n'a pas sa place dans un texte législatif.

En conséquence, votre commission vous propose de supprimer cet article.

Article 10
(art. L. 314-1 du code de la sécurité sociale)

Liquidation médicalisée

Objet : Cet article confie aux organismes gestionnaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie une mission de « liquidation médicalisée » des dépenses prises en charge.

I - Le dispositif proposé

Cet article confie aux organismes gestionnaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie une mission de « liquidation médicalisée » des dépenses prises en charge. Les caisses seront donc chargées de vérifier que les dépenses engagées par les assurés et les prescriptions délivrées par les professionnels respectent les dispositifs de maîtrise médicalisée des dépenses énumérées dans le présent article. Sont visées :

- l'obligation faite au médecin de signaler, sur son ordonnance, le caractère non remboursable par l'assurance maladie obligatoire des produits prescrits en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ;
- l'obligation faite au médecin d'indiquer les éléments d'ordre médical motivant l'interruption de travail donnant lieu à l'octroi d'une indemnité journalière ou la prescription de transport en vue d'un remboursement ;
- les dispositions introduites par l'article 2 du présent projet de loi qui subordonnent la prise en charge des actes et prestations de soins à l'autorisation d'accès à son dossier médical que le patient délivre au professionnel de santé lors de chaque consultation ou hospitalisation ;
- les dispositions introduites par l'article 15 du présent projet de loi relatives aux contrôles des indemnités journalières ;
- les dispositions introduites par l'article 3 du présent projet de loi qui réglementent les conditions dans lesquelles les personnes atteintes d'une affection longue durée (ALD) peuvent continuer à bénéficier de ce statut.

Les caisses d'assurance maladie et le service médical peuvent également vérifier que les actes et prestations n'excèdent pas les limites et indications prévues dans les listes mentionnées aux articles L. 162-11-17, L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Ces listes concernent :

- les actes et prestations réalisés par un professionnel de santé et pris en charge par l'assurance maladie (nomenclature générale des actes professionnels et classification commune des actes médicaux) ;

- les médicaments ;
- les dispositifs médicaux.

L'inscription sur ces listes peut être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient, ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

Les actes et prestations doivent également respecter le contenu des recommandations de bonnes pratiques cliniques et de références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale. Ces références sont établies sous l'autorité de l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (ANAES).

Enfin, les caisses et le service médical peuvent vérifier le respect des contrats de bonnes pratiques, des contrats de santé publique, des contrats conclus entre les URCAM et les groupements de professionnels de santé exerçant à titre libéral et des accords de bon usage des soins.

Les dispositions du présent article établissent un périmètre des soins remboursables qui seront pris en charge par l'assurance maladie. Elles s'inscrivent dans le prolongement des travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dont le rapport indiquait que : *« l'admission au remboursement peut être médicalisée, c'est-à-dire dépendante d'un certain contexte de soins. Ce principe de médicalisation du périmètre des biens et services remboursables signifie que les priorités collectives ne doivent pas seulement s'exprimer au moment de l'inscription de l'acte ou du produit mais aussi sur la manière dont le soin sera exécuté, la notion même de médicalisation impliquant une participation active des professionnels de santé »*.

La fixation de ce périmètre de soins remboursables indique clairement aux assurés ce qui est pris en charge et ce qui ne l'est pas.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements visant à :

- préciser que le service médical de l'assurance maladie agit en appui et uniquement sur instruction de la caisse d'assurance maladie dont il dépend ;
- accorder aux caisses le droit d'apprécier, en cas d'anomalie constatée, les responsabilités respectives du professionnel et de l'assuré dans l'inobservation des règles fixées par le présent article.

III - La position de votre commission

Votre commission a toujours soutenu le principe de la maîtrise médicalisée des dépenses. Elle se félicite que le présent article contribue à renforcer l'efficacité de cette méthode.

Elle vous propose d'adopter le présent article sans modification.

Section 3

-

Recours aux soins

Article 11

(art. L. 322-2, L. 322-4, L. 325-1 et L. 432-1 du code de la sécurité sociale)

Création d'une contribution forfaitaire à la charge des assurés

Objet : Cet article a pour objet de responsabiliser les assurés en instaurant, à leur charge, une contribution forfaitaire assise sur les actes réalisés par des médecins.

I – Le dispositif proposé

Cette mesure est l'un des moyens proposés par le Gouvernement pour favoriser le changement des comportements et, en l'occurrence, mieux responsabiliser les assurés. Il s'agit de faire prendre conscience aux Français du coût de la santé.

Ce moyen n'est toutefois pas nouveau puisque l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale prévoit déjà et depuis fort longtemps « *une participation de l'assuré* ». Cette participation, ou « *ticket modérateur* », a d'ailleurs été créée précisément pour sensibiliser les assurés au poids des dépenses de santé, pour « modérer » la consommation de soins.

Toutefois, au cours des années, certains assurés en ont été exonérés, par exemple dans le cadre de la prise en charge totale par l'assurance maladie des affections de longue durée. De même, les assurés bénéficiant d'une assurance complémentaire en sont de fait dispensés puisque cette participation leur est également prise en charge. Enfin, le système du « tiers payant » conduit facilement au sentiment de gratuité des soins.

Aussi, afin de responsabiliser davantage les assurés, le Gouvernement a-t-il souhaité créer, au-delà du ticket modérateur, une contribution forfaitaire de faible montant restant en tout état de cause à la charge de l'assuré. Son montant doit rester symbolique de façon à ne pas limiter l'accès aux soins.

Cette mesure doit aussi permettre de contribuer au redressement financier de l'assurance maladie. Son rendement est évalué à environ 700 millions d'euros.

On notera néanmoins que plusieurs études, notamment un récent rapport de l'OCDE¹, doutent de l'effet d'une augmentation de la contribution des assurés sociaux sur la diminution des dépenses de santé.

Le **paragraphe I** ajoute un II à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et prévoit que l'assuré acquitte, en sus du ticket modérateur existant, une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville ou dans un établissement de santé. Il en exclut spécifiquement les actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation.

Il précise en outre que le montant de la participation est fixé par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), créée à l'article 31 du projet de loi, « *dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'État* ».

Le **paragraphe II** réécrit l'article L. 322-4 consacré aux modalités de révision du taux du ticket modérateur – compétence désormais confiée à l'UNCAM. Il exonère de la nouvelle contribution forfaitaire les ayants droit mineurs des assurés ainsi que les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU).

On observera que les femmes enceintes ne sont pas mentionnées dans cet article car elles sont de fait exonérées de la participation forfaitaire aux termes de l'article L. 331-2 du code relatif aux prestations de l'assurance maternité.

Le **paragraphe III** précise que le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ne peut pas prendre en charge la nouvelle contribution forfaitaire.

Le **paragraphe IV** complète l'article L. 432-1 de façon à spécifier que la nouvelle contribution forfaitaire s'applique aux bénéficiaires du livre IV du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

Le **paragraphe V** prévoit que, jusqu'à l'intervention de la décision de l'UNCAM, le montant de la participation est fixé par décret.

De fait, le Gouvernement a déjà indiqué qu'il fixerait à **un euro** le montant de cette contribution car il souhaitait qu'elle soit d'un faible niveau (« *une pièce* »).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a complété le dispositif sur quatre points :

- la contribution sera applicable aux actes et consultations réalisés par les médecins non seulement dans leurs cabinets en ville et les établissements de santé mais aussi dans les **centres de santé** ;

¹ *Panorama de la Santé. Les indicateurs de l'OCDE 2003.*

- l'assuré devra également acquitter la participation pour **tout acte de biologie médicale** ; le Gouvernement a justifié le dépôt de cet amendement par une nécessité d'harmoniser les règles applicables aux actes de biologie, certains étant effectués par des médecins, d'autres non ; s'ajoute à cet état de fait une forte progression des dépenses d'analyses de biologie, de l'ordre de 10 % par an ;

- un **plafond** est prévu pour le nombre de participations forfaitaires que peut supporter chaque assuré au cours d'une même année civile : ce nombre maximum sera fixé par décret ; le Gouvernement a précisé, au cours des débats, que ce montant devrait avoisiner 50 euros, sachant que la moyenne des Français est de huit consultations par an et que ce plafond paraîtrait raisonnable pour les patients affectés de maladies chroniques ;

- un autre plafond est prévu pour le cas particulier où plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel **au cours d'une même journée** : dans ce cas aussi, le nombre maximum des participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire sera fixé par décret.

III - La position de votre commission

Afin de laisser véritablement à la charge de l'assuré cette participation, plusieurs dispositions du projet de loi visent à interdire le remboursement de la contribution forfaitaire, notamment par les organismes d'assurance complémentaire.

Aussi est-il nécessaire d'appliquer le même principe aux assurés bénéficiant du système du tiers payant.

C'est l'objet de l'amendement que vous propose votre commission.

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 12

(art. L. 161-31, L. 162-4-3 et L. 162-21 du code de la sécurité sociale)

Accès des professionnels de santé aux informations détenues par les caisses d'assurance maladie et contrôle de l'utilisation de la carte Vitale

Objet : *Cet article a un double objet : d'une part, permettre l'accès des médecins aux informations détenues par l'assurance maladie dans l'attente de la mise en place du dossier médical personnel, d'autre part, assurer un meilleur contrôle de l'utilisation de la carte Vitale.*

I - Le dispositif proposé

• L'accès des professionnels de santé aux informations détenues par les caisses d'assurance maladie.

Le présent article vise à anticiper la mise en place du dossier médical personnel en permettant aux professionnels de santé d'accéder aux informations dont l'assurance maladie dispose sur les soins dont ont bénéficié leurs patients au cours de la période récente. Il s'agit notamment de favoriser une meilleure coordination des soins.

Le **paragraphe I** insère un nouvel article L. 162-4-3 dans le code de la sécurité sociale. Celui-ci organise la possibilité pour les médecins, à l'occasion des soins qu'ils délivrent, de « *consulter les données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie* ».

Dans ce cas, le médecin doit en informer préalablement le patient. Ce dernier, pour donner son accord, permet au médecin d'utiliser sa carte Vitale.

Le relevé des données mis à la disposition du médecin contient :

- les informations nécessaires à l'identification des actes, produits ou prestations pris en charge pour les soins délivrés en ville ou en établissement de santé ;
- le code prévu pour identifier ces actes, produits et prestations sur les listes d'admission au remboursement ;
- leur niveau de prise en charge.

En revanche, le relevé des données ne contient aucune information relative à l'identification des professionnels prescripteurs.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL), doit déterminer les conditions d'application de cet article.

Le **paragraphe II** réécrit le II de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale relatif à la carte Vitale. Il supprime la précision selon laquelle la carte Vitale « *comporte un volet de santé* » et la remplace par l'inscription du principe de l'utilisation de la carte pour exprimer l'accord de son titulaire à la prise de connaissance par le médecin des informations mises à sa disposition par les caisses d'assurance maladie.

De fait, le volet santé de la carte Vitale n'a plus d'utilité dans la mesure où le dossier médical personnel, mis en place à l'article 2 du présent projet de loi, aura précisément cette fonction. Mais cette carte continuera à constituer « *un élément et un instrument de la politique de santé* », conformément aux dispositions du I de l'article L. 161-31.

• **Le contrôle de l'utilisation de la carte Vitale**

Le **paragraphe III** prévoit qu'il pourra être demandé aux assurés d'attester de leur identité à l'occasion des soins qui leur seront prodigués dans des établissements de santé. Ils devront, pour ce faire, produire un titre d'identité comportant une photographie.

L'exposé des motifs du projet de loi indique par ailleurs que des mesures réglementaires complèteront cette disposition, en prévoyant l'apposition d'une photographie sur les cartes Vitale à l'occasion de leur prochain renouvellement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a complété et précisé cet article sur plusieurs points :

- elle a ajouté à la liste, définie au paragraphe I, des données transmises au médecin les éléments constitutifs du protocole de soins établi conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil pour les patients atteints d'une affection de longue durée ;

- elle a prévu que le décret en Conseil d'État déterminant les modalités d'application de l'article serait pris non seulement après avis de la CNIL, mais également après avis du Conseil national de l'ordre des médecins ;

- elle a ajouté un paragraphe I *bis* pour spécifier que la carte Vitale comporte la photographie du bénéficiaire de l'assurance maladie ;

- elle a précisé, par un paragraphe I *ter*, que l'entrée en vigueur de l'apposition de la photographie sur la carte Vitale interviendra à compter de son prochain renouvellement ;

- elle a inséré un paragraphe I *quater* qui précise les conditions de validité et de délivrance de la carte Vitale : la carte « *est valable partout en France et tout au long de la vie de son titulaire* », ce principe étant assorti de la réserve que son titulaire bénéficie des prestations d'un régime d'assurance maladie et que les mises à jour concernant un changement de régime ou des

conditions de prise en charge soient effectuées. Il est spécifié que la carte « *est délivrée gratuitement* ». Enfin, en cas de perte, de vol ou de dysfonctionnement, la carte est remplacée par l'organisme d'affiliation de l'assuré ;

- au paragraphe III, elle a souhaité que le contrôle, prévu dans les établissements de santé, de l'identité des patients soit effectué « *auprès des services administratifs* », afin de décharger complètement les médecins d'une telle responsabilité ;

- elle a enfin ajouté un paragraphe IV, complétant l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, prévoyant que l'assuré et ses ayants droit reçoivent chaque année un relevé récapitulatif de l'ensemble des prestations médicales dont ils ont bénéficié et mentionnant le coût total des dépenses engagées par l'assurance maladie.

III - La position de votre commission

Votre commission considère utile l'économie générale de cet article et approuve l'essentiel des modifications apportées par l'Assemblée nationale. Ce dispositif devrait, en effet, à la fois permettre une meilleure coordination des soins grâce à une connaissance accrue des données médicales du patient par le médecin et limiter un certain nombre d'abus grâce aux possibilités de vérification de l'identité du titulaire de la carte Vitale.

Elle propose néanmoins l'adoption de **trois amendements** :

- la suppression du contrôle de l'identité des assurés dans les établissements de santé par les seuls services administratifs (prévu au paragraphe III) : même si, dans la réalité, la grande majorité des demandes de vérification d'identité seront effectuées par ces services, il n'est pas souhaitable de limiter ce pouvoir à ces seuls intervenants ;

- la suppression du paragraphe IV, introduit par l'Assemblée nationale pour responsabiliser les assurés par le biais d'une information régulière du montant de leurs dépenses de santé, cette disposition relève d'une autre logique que celle des mesures de l'article. L'objectif du paragraphe n'est toutefois pas remis en cause et est repris à l'article 12 *bis* ci-après ;

- un amendement rédactionnel au paragraphe I *bis*.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 12 bis (nouveau)
(art. L. 161-31 du code de la sécurité sociale)
Information des assurés sociaux

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, crée l'obligation pour les pharmaciens d'informer l'assuré social porteur de la carte Vitale du coût, pour les régimes d'assurance maladie, des médicaments prescrits.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel propose de compléter la rédaction de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale qui précise les conditions dans lesquelles est délivrée la carte électronique individuelle interrégimes, ou carte Vitale.

Le dispositif présenté souhaite que l'assuré social porteur de la carte Vitale puisse immédiatement connaître le coût des médicaments qui viennent de lui être prescrits et qui sont à la charge de l'assurance maladie. Un décret en Conseil d'État précisera les modalités de transmission de cette information.

Cette mesure s'inscrit dans une démarche de responsabilisation des assurés.

II – La position de votre commission

Votre commission vous propose une nouvelle rédaction de cet article afin de confier, à la CNAMTS, une mission générale d'information des assurés sur le montant des dépenses d'assurance maladie remboursables qu'ils ont engagées, à l'instar de ce que fait déjà la Mutualité sociale agricole.

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 13

(art. L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale)

Institution de pénalités financières en cas d'abus ou de fraude des professionnels, des établissements de santé et des assurés

Objet : *Cet article vise à sanctionner plus efficacement les auteurs de fraudes ou de manquements à la réglementation applicable en matière d'assurance maladie, qu'il s'agisse des professionnels de santé, des assurés ou des établissements de santé.*

I - Le dispositif proposé

Dans son rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2003, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) rappelle que son service médical est amené à contrôler l'activité des professionnels de santé, des établissements de santé ainsi que les assurés.

La CNAMTS souligne que les seules actions efficaces dont elle dispose à l'encontre des professionnels de santé sont les actions pénales et le contentieux ordinal.

La saisine des juridictions ordinaires peut être opérée en cas d'abus, de faute ou de fraude. La procédure est écrite et les sanctions que peut prononcer la juridiction sont l'avertissement, le blâme et l'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux. Les juridictions ordinaires ne sont donc saisies que pour des faits graves.

La possibilité offerte aux caisses primaires de retirer son conventionnement à un médecin, pour violation des engagements prévus à la convention, ne peut également être engagée que pour des faits graves.

In fine, la CNAMTS déplore l'inexistence d'actions intermédiaires, simples à mettre en œuvre, comme des sanctions financières qui pourraient s'appliquer pour des faits plus sérieux que ceux relevant d'une mise en garde mais ne justifiant pas pour autant de sanctions ordinaires.

Ce rapport insiste également sur les difficultés rencontrées par la CNAMTS pour suspendre une prestation bénéficiant à un assuré lorsque le praticien conseil estime qu'elle n'est pas médicalement justifiée.

Le présent article apporte une réponse aux difficultés de sanction rencontrées par la CNAMTS en proposant un dispositif souple et gradué de nature à adapter les peines aux infractions constatées.

Le **paragraphe I** insère à cet effet un article L. 162-1-14 dans le code de la sécurité sociale.

Les dispositions prévues à cet article accordent au directeur d'un organisme local le pouvoir de prononcer une sanction financière à l'encontre des professionnels de santé, des assurés et des établissements de santé.

Cette sanction est applicable lorsque la violation des dispositions du code de la sécurité sociale conduit à un remboursement ou à une prise en charge indus, même lorsqu'ils ne sont pas effectifs mais simplement transmis pour liquidation à l'assurance maladie.

Le directeur prononce la sanction après avis d'une commission spécialisée, constituée au sein de chaque caisse primaire. Lorsqu'une pénalité est envisagée à l'encontre d'un des leurs, les professionnels de santé participent aux travaux de la commission.

Le montant de la sanction est proportionnel à la gravité des faits. Il ne peut excéder deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 4.952 euros. Ce montant est doublé en cas de récidive.

Afin de respecter les droits de la défense, le montant de la pénalité et les faits reprochés sont communiqués à la personne, ou à l'établissement en cause, afin que puissent être présentées des observations dans un délai d'un mois, au terme duquel la sanction peut être rendue exécutoire.

La mesure prononcée est motivée. L'organisme de sécurité sociale est en droit de mettre en œuvre des procédures d'avertissement, de mise en demeure et de contrainte, assorties de pénalités de retard.

Un décret en Conseil détermine les modalités d'application du présent article.

Le **paragraphe II** supprime les dispositions du même code qui prévoient que la décision peut être contestée devant les tribunaux des affaires sociales.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté six amendements visant à :

- joindre les employeurs à la liste des personnes physiques et morales pouvant être pénalisées pour inobservation des règles du code de la sécurité sociale ayant abouti à une demande de remboursement ou de prise en charge ;

- appliquer une sanction financière à l'encontre des professionnels de santé qui refusent de reporter, dans le dossier médical du patient, les éléments issus de chaque acte ou de chaque consultation ;

- confier à la commission le soin d'apprécier la responsabilité respective du professionnel, de l'établissement, de l'employeur ou de l'assuré ;

- porter le contentieux découlant de ces sanctions devant le tribunal administratif ;

- organiser la procédure de l'action en recouvrement de la pénalité ;

- prévoir des pénalités à l'encontre du médecin qui ne se soumet pas à l'obligation d'évaluation de la qualité de sa pratique professionnelle.

III - La position de votre commission

Votre commission observe que le dispositif proposé répond à une demande récurrente de la CNAMTS qui a toujours souligné la disparité des sanctions à sa disposition, allant du symbolique (l'entretien confraternel) au disproportionné (le déconventionnement).

Votre commission souhaite que ce nouvel outil permette à la CNAMTS de mener une politique de contrôle avec toute l'efficacité nécessaire.

À ce titre, elle vous proposera un **amendement** visant à clarifier la procédure de notification des sanctions financières appliquées en cas d'observation des règles du code de la sécurité sociale.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 13 bis (nouveau)

(art. L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale)

**Aide à la reprise du travail des assurés ayant connu
une interruption de travail supérieure à trois mois**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, prévoit que le médecin du travail aide les personnes, ayant connu une interruption de travail supérieure à trois mois, à se réinsérer sur le marché du travail.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Adopté à l'initiative du groupe socialiste de l'Assemblée nationale et contre l'avis du Gouvernement, cet article a pour objet de favoriser la reprise d'une activité professionnelle par les assurés connaissant de longues périodes d'arrêts de travail. Il vise tout particulièrement le cas des travailleurs âgés de plus de cinquante ans pour lesquels on constate une augmentation sensible des arrêts de travail de plus de trois mois.

Il insère un nouvel article L. 323-4-1 dans le code de la sécurité sociale, afin de disposer qu'au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin conseil, en liaison avec le médecin traitant, peut solliciter le médecin du travail pour « *préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation* ». En outre, l'assuré peut être assisté durant toute cette phase par une personne de son choix.

Ce dispositif sera mis en oeuvre dans des conditions définies par décret.

La procédure proposée paraît à la fois complexe et en grande partie redondante avec celle existant déjà dans le code du travail pour la reprise d'activité après une absence prolongée ou en cas d'absences répétées pour raisons de santé (article R. 241-51). En effet, dans ces divers cas, il est déjà prévu un rapprochement entre le médecin traitant, le médecin conseil des organismes de sécurité sociale et le médecin du travail.

Aussi paraîtrait-il plus judicieux d'aménager, voire de renforcer, cette procédure du code du travail, afin notamment de prendre en compte de façon mieux adaptée le cas particulier des salariés âgés, plutôt que de créer une nouvelle procédure qui ne pourra qu'alourdir davantage les tâches des médecins conseil, ceux-ci étant déjà largement mis à contribution par le présent projet de loi.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 14

(art. L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale)

Renforcement du contrôle des prescripteurs de transport ou d'arrêts de travail

Objet : Cet article vise à renforcer les pouvoirs de contrôle dont disposent les directeurs d'organismes locaux d'assurance maladie en matière de prescription des arrêts de travail et de couverture des frais de transport.

I - Le dispositif proposé

Dans son rapport publié en septembre 2003, la commission des comptes de la sécurité sociale a souligné le poids excessif des dépenses engagées au titre des transports sanitaires et des indemnités journalières : les remboursements de transport des malades représentent 1,8 % des dépenses d'assurance maladie, soit 2,1 milliards d'euros, tandis que les prestations versées au titre des indemnités journalières s'élèvent à plus de 10,4 milliards d'euros, soit 15 % des dépenses de soins de ville.

Ayant constaté la croissance régulière de ces dépenses, la CNAMTS avait mis en œuvre dès janvier 2003 un plan d'action s'articulant autour de deux volets :

- des contrôles ciblés des assurés sociaux et des prescripteurs ;
- une étude visant à améliorer les connaissances et les performances des contrôles des arrêts de travail de longue durée.

Au cours de la première année, 55.000 contrôles ont été effectués et, pour 22 % d'entre eux, un avis défavorable à la prolongation de l'arrêt de travail a été donné par les médecins conseils.

Comme pour les cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale visés à l'article 13 du projet de loi, le présent article vise à attribuer de nouveaux pouvoirs au directeur des organismes locaux d'assurance maladie, en matière de contrôle des prescriptions des arrêts de travail et de prise en charge des dépenses de transports sanitaires. Pour ce faire, il insère un nouvel article L. 162-1-15 dans le code de la sécurité sociale.

Deux types de mesures sont retenus.

• En premier lieu, il s'agit de **permettre au directeur de la caisse de subordonner le versement des indemnités journalières ou la couverture des frais de transport à l'accord préalable du service du contrôle médical**, pour une durée maximum de six mois, dès lors que les services de la caisse d'assurance maladie constatent :

- le non-respect par le médecin des dispositions prévues par l'article L. 321-1 du même code, qui précisent que la couverture des frais de transport est limitée aux assurés ou à ses ayants droit « *se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de la sécurité sociale* » et que les indemnités journalières doivent être versées à l'assuré « *qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant (...) de continuer ou de reprendre le travail* » ;

- un nombre de prescriptions d'arrêts de travail ou d'une durée « *significativement supérieure* » aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même Union régionale de caisses d'assurance maladie (URCAM) ;

- un nombre de prescriptions de transport significativement supérieur à la moyenne des prescriptions des médecins exerçant, pour une activité comparable, dans le ressort de la même URCAM.

Afin de s'assurer du bien-fondé de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical la couverture des frais de transport ou le versement des indemnités journalières, il est prévu, d'une part, que le médecin puisse présenter ses observations, d'autre part, que la décision soit prononcée après avis de la commission prévue par l'article L. 162-1-14 du même code, et à laquelle participeront des professionnels de santé. Il s'agit de la même commission que celle chargée de donner un avis en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale.

Le médecin prescripteur peut néanmoins se dispenser de l'accord préalable de la caisse pour la couverture des frais de transport, dès lors qu'il atteste de l'urgence de la situation.

- En second lieu, en cas de non-respect par le médecin des conditions prévues par l'article L. 321-1 précité, le directeur de la caisse peut également décider de **suspendre, pour une durée maximale de six mois, la prise en charge des indemnités journalières et des frais de transport prescrits par le praticien.**

Dans la mesure où ces dispositions pourraient conduire à priver certains assurés du bénéfice de ces prestations, le présent article pose l'obligation pour le médecin d'informer ses patients de cette suspension de prise en charge. Ces dispositions pourront, le cas échéant, se cumuler avec les sanctions financières prévues par l'article 13 du projet de loi.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de nature rédactionnelle.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 15

(art. L. 315-2, L. 315-2-1, et L. 321-2 du code de la sécurité sociale)

Renforcement du contrôle des bénéficiaires d'indemnités journalières

Objet : Cet article a pour objet de renforcer le contrôle des arrêts de travail ainsi que les sanctions encourues par les assurés en cas d'abus.

I – Le dispositif proposé

L'assurance maladie doit veiller à la bonne utilisation de ses dépenses d'assurance maladie. A cet effet, elle contrôle, conformément aux dispositions de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, le bien-fondé des prescriptions, des actes médicaux et de l'usage du système de soins.

Pour ce qui concerne les arrêts de travail, son contrôle s'est intensifié au cours des deux dernières années. En effet, les prescriptions d'arrêts de travail connaissent une progression soutenue : elles ont augmenté de 9,2 % par an en moyenne au cours de la période 1999-2003. Pour la seule année 2003, on a décompté 213 millions de journées d'arrêt de travail indemnisées.

L'assurance maladie a contrôlé, en 2003, les arrêts de travail de plus de 500.000 assurés. Par ailleurs, les prescriptions d'arrêts de travail de 1.360 médecins ont fait l'objet de vérifications approfondies.

Le coût des arrêts de travail s'élève à 7,4 milliards d'euros en 2003, dont 5,4 milliards pour l'assurance maladie. Au total, selon un rapport de l'IGAS, il semblerait que 6 % de ces arrêts se révèlent injustifiés.

Dans ce cadre général et afin de renforcer l'efficacité du contrôle et de limiter les abus, le présent article a plusieurs objets :

- donner aux caisses les moyens de remplir leur mission de contrôle ;
- rappeler l'obligation de se soumettre au contrôle des caisses, obligation jusque-là absente du code, et prévoir des sanctions pour ceux qui s'y soustraient ;
- organiser une meilleure coordination avec les employeurs en les informant de la suspension du paiement des indemnités journalières ;
- autoriser un contrôle de la fréquence, et non seulement de la durée, des arrêts maladie.

Le **paragraphe I** prévoit, dans son 1^o, l'obligation pour la caisse d'assurance maladie d'informer l'employeur en cas de suspension des indemnités journalières. Cela signifie que l'employeur pourra alors suspendre à son tour le complément aux indemnités journalières qu'il verse au salarié si ce dernier entre dans le cadre d'un tel versement.

Le 2^o dispose que « *tout assuré est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical* ». L'assuré qui bénéficie du paiement d'indemnités journalières et qui ne respecte pas cette obligation peut se voir retirer le bénéfice du paiement de celles-ci. Il est néanmoins prévu que ces dispositions ne s'appliquent pas aux cas prévus par l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les affections de longue durée et les cas d'arrêts de travail ou de soins continus de longue durée pour lesquels la caisse doit faire procéder à des examens périodiques des bénéficiaires et où un dispositif de sanctions est déjà prévu (suspension, réduction ou suppression du service des prestations).

Le **paragraphe II** organise spécifiquement un contrôle de « *la fréquence des prescriptions d'arrêts de travail* ». Il s'agit de permettre le contrôle des assurés bénéficiant de façon répétée d'arrêts de courte durée. Ces assurés pourront désormais être convoqués par le service du contrôle médical, conformément aux dispositions de l'article L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe III** modifie les dispositions de l'article L. 321-2 du même code. Les assurés devront, comme auparavant, transmettre à leur caisse d'assurance maladie la lettre d'avis d'interruption de travail dans les délais prévus (aujourd'hui 48 heures) mais, en cas de non-respect, ce seront des sanctions « *prévues par décret* » qui seront applicables et non des sanctions prévues par le règlement intérieur de la caisse. Il s'agit là encore de renforcer le dispositif de contrôle et de sanction du mécanisme des arrêts de travail. De nombreux avis d'arrêts de travail arrivent de fait avec retard dans les caisses, empêchant alors tout contrôle, notamment pour les arrêts de courte durée.

A cette fin, l'exposé des motifs du projet de loi prévoit aussi une amélioration de la transmission électronique des prescriptions d'arrêts de travail. Il annonce également des mesures d'ordre réglementaire pour « *faciliter l'accès des agents enquêteurs au domicile de l'assuré* » et « *faire figurer sur l'avis d'arrêt de travail notamment les coordonnées téléphoniques de la personne* ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements :

- le premier ajoute un paragraphe IV *bis* à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale relatif au contrôle médical dans le but de renforcer la lutte contre les fraudes. Il spécifie que « *le service du contrôle médical s'assure de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie* » ;

- le deuxième complète l'article L. 321-2 du code de la sécurité sociale en indiquant que le dispositif de sanctions prévu à cet article pour la non-transmission ou le retard de transmission de la lettre d'avis d'interruption de travail à la caisse primaire d'assurance maladie est mis en oeuvre par le directeur de la caisse primaire.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 15 bis (nouveau)
(art. L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale)
Prolongation d'un arrêt de travail

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, prévoit les conditions dans lesquelles un arrêt de travail peut être prolongé.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Afin de lutter contre les comportements abusifs de certains assurés et de limiter le nomadisme médical, le présent article, qui insère un article L. 162-4-4 dans le code de la sécurité sociale, exige que les prolongations d'arrêt de travail ne puissent être délivrées que par le médecin auteur de la prescription initiale.

Cette obligation s'impose à l'assuré, sauf en cas d'impossibilité dûment justifiée et hors exceptions prévues par décret.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 16
(art. L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale)
Procédure de répétition de l'indu auprès des assurés

Objet : Cet article autorise les caisses d'assurance maladie à récupérer le montant des prestations indûment versées aux assurés sociaux.

I - Le dispositif proposé

Cet article autorise les caisses d'assurance maladie à récupérer les sommes correspondant aux prestations indûment versées aux assurés sociaux, en insérant un nouvel article L. 133-4-1 dans la section 3 « *Recouvrement des cotisations et versement des prestations* » du chapitre III du titre III du livre premier du code de la sécurité sociale.

Cette procédure n'existe aujourd'hui qu'à l'encontre des professionnels de santé, conformément à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, « *en cas d'observation de la nomenclature générale des actes professionnels, de la nomenclature des actes de biologie médicale, du tarif interministériel des prestations sanitaires, des règles de tarification des frais de transport* » et « *en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué, de facturation d'un dispositif médical ou de frais de transport non conforme à la prescription* ».

Elle sera désormais ouverte aux organismes gestionnaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie ou d'accident du travail et de maladie professionnelle à l'encontre d'un assuré.

Dès lors que l'assuré n'en conteste pas le caractère indu, deux modalités de recouvrement de la somme sont prévues :

- des retenues sur les prestations futures de l'assuré, étant précisé que, s'il s'agit d'indemnités journalières, un montant minimum fixé par décret sera préservé ;

- ou, si l'assuré le souhaite, le remboursement intégral de la créance en un seul versement.

Enfin, s'il se trouve en situation de précarité, l'assuré pourra demander que sa dette soit prise en charge par le budget d'action sanitaire et sociale de sa caisse d'assurance maladie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a totalement modifié le dispositif de recouvrement des sommes versées indûment. Le mode de récupération des sommes n'est plus détaillé selon les modalités envisageables mais il interviendra, suivant les cas et après consultation de la caisse concernée, en une ou plusieurs fois, en fonction de la situation sociale du ménage.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose **deux amendements** :

- le premier autorise la CNAMTS à procéder au recouvrement des sommes indues par prélèvement sur les prestations futures de l'assuré ;

- le second supprime la possibilité offerte aux assurés insolvable de demander la prise en charge de leur dette par le fonds national de l'action sociale (FNAS). En effet, ce fonds est géré et financé par la CNAMTS elle-même et cette procédure conduisait la Caisse à se rembourser les sommes non recouvrées, au prix d'un jeu d'écritures comptables complexe.

L'assuré insolvable ne se trouvera pas pénalisé par l'abandon de cette procédure qui ne le contraindra pas à un quelconque remboursement. En effet, cette situation se règlera par une simple inscription en créance non recouvrée et l'extinction de la dette.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Section 4
-
Médicament

Article 17
(art. L. 5121-1 du code de la santé publique)
Élargissement de la définition du médicament générique

Objet : *Cet article a pour objet d'étendre la définition du médicament générique.*

I – Le dispositif proposé

La définition du médicament générique figure à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. Celui-ci dispose que la spécialité générique d'une spécialité de référence est « *celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées* ». L'article précise en outre que « *la spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique* ».

Cette définition a été complétée par l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 afin de viser les cas où la spécialité de référence n'existe pas.

Enfin, il est précisé que « *les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique* ».

Le présent article complète cette définition. Il ajoute que « *les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un principe actif sont considérés comme un même principe actif, sauf s'ils présentent des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité* ».

Cet ajout a deux raisons principales :

- il s'agit, d'une part, de transposer l'article 10 de la directive n° 2004/27/CE du 31 mars 2004 qui modifie la directive n° 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, en donnant une définition étendue du générique : les différents dérivés chimiques d'un même principe actif (sels, esters, isomères) doivent être considérés

comme un même principe actif dès lors qu'ils offrent une sécurité et une efficacité équivalentes ;

- il s'agit, d'autre part, de promouvoir le développement du générique et d'éviter que les laboratoires pharmaceutiques ne commercialisent des dérivés chimiques de leurs principes actifs dans le seul but de conserver leurs parts de marché au moment de l'expiration de leurs brevets.

En effet, la diffusion du générique est encore très limitée en France, en particulier par rapport à l'ensemble des pays européens où, en volume, le générique représente 40 % des médicaments délivrés contre un peu plus de 10 % seulement en France.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a souhaité encadrer de façon un peu plus étroite cette nouvelle définition du médicament générique. Elle a ainsi ajouté une phrase pour préciser que, dans le cas visé par l'article de l'utilisation de dérivés chimiques différents pour un même principe actif, il est nécessaire d'apporter la preuve de la sécurité et de l'efficacité du produit.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 18

*(art. L. 162-17, L. 162-17-1-1, L. 162-17-4 et L. 162-17-8
du code de la sécurité sociale)*

Amélioration de la qualité de la visite médicale et du conditionnement des médicaments

Objet : Cet article a un triple objet : améliorer les pratiques de promotion des médicaments auprès des médecins grâce à l'adoption d'une charte de qualité, permettre le remboursement des médicaments importés et mieux adapter le conditionnement des médicaments aux prescriptions.

I – Le dispositif proposé

Les paragraphes I, II et III concernent l'amélioration des pratiques de promotion des médicaments.

Aujourd'hui en France, l'instrument principal de promotion des médicaments est la visite médicale : elle représente de l'ordre des trois-quarts des dépenses de publicité de l'industrie pharmaceutique. On estime par ailleurs à environ 24.000 le nombre des visiteurs médicaux. C'est donc par le

biais de ces derniers que l'essentiel de l'information des praticiens sur les prescriptions médicamenteuses est effectué.

Cela signifie que les industries du médicament dominant assez largement l'information des médecins. Elles en suivent le « profil prescripteur » avec beaucoup d'attention¹.

On constate toutefois certaines défaillances dans l'information des médecins liées à une qualité relative de la visite médicale. Ainsi, les indications de l'autorisation de mise sur le marché, les avis de la commission de la transparence, la présentation des conditions de remboursement (indications prises en charge et indications qui ne le sont pas, existence ou non d'un tarif de responsabilité), les contre-indications ou interactions médicamenteuses ne sont pas toujours communiquées au praticien.

Aussi, le **paragraphe I** prévoit-il la conclusion d'une « *charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la promotion par prospection ou démarchage pour les spécialités pharmaceutiques* ».

Cette charte, dont le principe figurera désormais à l'article L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale, devra être conclue entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises du médicament.

Le **paragraphe II** dispose que cette charte doit être établie avant le 31 décembre 2004. Si aucun accord n'est conclu, elle sera établie par décret en Conseil d'État.

Ce délai devrait être respecté, les professionnels concernés ayant déjà entamé une réflexion sur le sujet. Il traduit néanmoins la volonté du Gouvernement de disposer rapidement d'un document engageant collectivement les industries pharmaceutiques dans une amélioration de la qualité de leurs pratiques de prospection.

Le **paragraphe III** modifie l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale de façon à tenir compte de la conclusion de cette charte de qualité.

L'article L. 162-17-4 prévoit que le comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre ans sur les médicaments spécialisés. Ces conventions doivent notamment déterminer le prix des médicaments ainsi que « *les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente* ».

¹ La Cour des comptes, à de nombreuses reprises, comme le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son rapport, ont clairement insisté sur la nécessité de développer une information indépendante dans le domaine de la prescription médicamenteuse.

Le présent article indique que les entreprises signataires de ces conventions doivent s'engager à respecter la charte et à « *faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent* ». Cela signifie que le respect de la charte par les entreprises nécessitera une certification de leur visite médicale.

Les paragraphes IV et V sont relatifs à la prise en charge des médicaments importés.

Conformément à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, l'importation de médicaments à usage humain est soumise à une autorisation préalable de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). L'article L. 5124-18 prévoit qu'un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles l'AFSSAPS autorise l'importation de médicaments. Ce décret a été pris le 23 janvier 2004 (décret n° 2004-83 relatif aux importations de médicaments à usage humain et modifiant le code de la santé publique).

Le **paragraphe IV** modifie l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale de façon à permettre la prise en charge de ces médicaments importés, dans les mêmes conditions que les médicaments spécialisés. Cela signifie notamment qu'ils doivent être inscrits sur une liste précisant « *les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments* ».

Le **paragraphe V** modifie l'article L. 5123-2 du code de la santé publique relatif à l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments – opérations limitées « *aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale* ». Les médicaments importés qui pourront être achetés ou utilisés par les collectivités publiques devront également être agréés et figurer sur la liste.

Le paragraphe VI vise à adapter le conditionnement des médicaments.

Il ajoute un article L. 162-17-1-1 au code de la sécurité sociale dont l'objet est de préciser que les spécialités pharmaceutiques remboursables « *sont présentées sous des conditionnements appropriés au regard des indications thérapeutiques justifiant la prise en charge par l'assurance maladie, de la posologie et de la durée du traitement* ».

L'exposé des motifs du projet de loi justifie cette mesure par la nécessité d'« *éviter des dépenses inutiles au regard des prescriptions* ». Il précise en outre que « *des adaptations des textes réglementaires permettront l'autorisation de mise sur le marché de conditionnements spécifiquement adaptés au traitement de maladies au long cours, sur des périodes supérieures à un mois* ». Enfin, il spécifie que « *la Haute autorité de santé appréciera*

l'adéquation des conditionnements aux prescriptions, tout comme le fait la commission de la transparence à l'heure actuelle ».

Il s'agit donc de permettre la mise sur le marché de conditionnements mieux adaptés aux posologies et aux durées de traitement prescrites par les médecins, en évitant à la fois l'achat de médicaments en surnombre et les multiples renouvellements des prescriptions. Dans tous les cas, l'objectif est de faire des économies sur les dépenses médicamenteuses de l'assurance maladie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a souhaité préciser le contenu de la charte de qualité des pratiques professionnelles mentionnée au paragraphe I en indiquant que cette charte « *vise, notamment, à mieux encadrer les pratiques commerciales et promotionnelles qui pourraient nuire à la qualité des soins* ».

Cet ajout apparaît d'autant plus opportun qu'il donne des indications sur le nécessaire contenu éthique de la charte.

III - La position de votre commission

Le paragraphe III de l'article prévoit que l'évaluation et la certification de la qualité et de la conformité de la visite médicale à la charte instituée au I seront faites par « *des organismes accrédités* ». Cette disposition manque de précision. Aussi votre commission souhaite-t-elle spécifier que ces organismes seront accrédités par la Haute autorité de santé.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve de cet amendement et de deux modifications rédactionnelles.

Article 18 bis (nouveau)
(art. L. 126-1-14 du code de la sécurité sociale)
Accréditation des logiciels d'aide à la prescription médicale

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à créer une charte de qualité pour les logiciels d'aide à la prescription médicale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel confie à la Haute autorité de santé la mission d'établir une charte de qualité pour les logiciels d'aide à la prescription médicale.

Cette démarche accompagne l'évolution de la pratique médicale vers un recours sans cesse croissant aux nouvelles technologies et aux systèmes d'information : aujourd'hui, 76 % des médecins ont recours à la télétransmission ; outre les relations avec les caisses d'assurance maladie, les nouvelles technologies sont utilisées pour tous les actes de gestion d'un cabinet médical et s'étendront prochainement à la consultation du dossier médical personnel des patients.

S'y ajoutent les logiciels d'aide à la décision, en l'occurrence à la prescription médicale. Ces outils ne se substituent pas aux praticiens mais peuvent les alerter sur une éventuelle incompatibilité entre deux spécialités pharmaceutiques ou leur permettre d'accéder plus aisément à un guide des bonnes pratiques ou à un protocole de soins.

II - La position de votre commission

Compte tenu de l'évolution rapide de ce marché et de l'apparition de nouveaux acteurs, il paraît utile de fixer des règles de qualité aux concepteurs de logiciels et de prévoir la certification des matériels qui s'y conforment.

Toutefois, votre commission a fait le choix de regrouper ces dispositions et celles relatives à la certification des sites Internet utiles à la santé dans un article unique. **En conséquence, elle vous propose la suppression du présent article.**

Article 18 ter (nouveau) **Définition de la télémédecine**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à donner une définition de la télémédecine.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel traduit dans la loi les recommandations adoptées par l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques le 22 juin 2004¹.

Il reconnaît, dans notre droit, l'existence des évolutions de la médecine rendues possibles par le développement des nouvelles technologies et qui permettent la pratique de la télémédecine.

¹ *Rapport sur les télécommunications à haut débit au service du système de santé. Jean-Claude Etienne, sénateur et Jean Dionis du Séjour, député, Sénat n° 370 (2003-2004), AN n° 1686 (XII législature).*

Cette pratique permet notamment d'effectuer des actes médicaux à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin, par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical.

La reconnaissance légale de la pratique de la télémédecine encouragera le développement d'outils nouveaux utiles pour la santé publique et favorables à un meilleur aménagement du territoire.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 18 ter nouveau **Intégration de la télémédecine dans les SROS**

Objet : Cet article additionnel vise à intégrer le recours à la télémédecine dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Cet article additionnel reprend les dispositions de l'article 1 A que votre commission vous avait proposé de supprimer, pour des raisons de forme, afin de les réintégrer dans la partie du projet de loi déjà consacrée au développement de la télémédecine.

Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 18 quater (nouveau) **Transmission par courriel d'une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à autoriser la transmission d'une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article s'inscrit parmi les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale pour favoriser le développement de la télémédecine.

Le présent article a pour objet de permettre la transmission, par courrier électronique, d'ordonnances comportant des prescriptions de soins ou

de médicaments. Ce dispositif est désormais rendu possible grâce au développement et à la sécurisation des systèmes d'informations. Dans ce domaine, le Parlement a adopté plusieurs textes, dont la loi n° 2000-230 du 13 mars 2000, portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique.

De plus, il est compatible avec les applications les plus courantes de la télémédecine qui sont la téléconsultation et la télésurveillance, dès lors qu'il prévoit les moyens d'authentification de l'acte et qu'il n'autorise la transmission électronique de l'ordonnance que si un examen clinique du patient a été réalisé préalablement, sauf urgence.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

TITRE II
-
**DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION
DE L'ASSURANCE MALADIE**

Section 1
-
Haute autorité de santé

Article 19
(art. L. 161-37 à L. 161-44 du code de la sécurité sociale)
Haute autorité de santé

Objet : Cet article a pour objet la création d'une Haute autorité de santé chargée de procéder à l'évaluation périodique du service médical rendu par les produits de santé et de veiller à l'élaboration et à la diffusion des guides de bon usage des soins et de bonne pratique.

I - Le dispositif proposé

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a souligné la nécessité de clarifier l'organisation du système de santé. C'est à cet objectif que s'attache le présent article, en distinguant la gestion du panier des biens et services remboursables et la gestion du risque.

Actuellement, la gestion des produits, actes et spécialités remboursables obéit à des règles propres à chacune de ces catégories et peut-être assurée soit dans le cadre de commissions réunissant l'assurance maladie et les représentants des professions de santé concernées, soit dans le cadre de commissions scientifiques - c'est le cas des médicaments.

En effet, avant d'être admis au remboursement, les spécialités pharmaceutiques et les dispositifs médicaux sont soumis à l'avis préalable de la commission de la transparence, pour les premiers, et de la commission d'évaluation des produits et prestations, pour les seconds.

Ces procédures de consultation sont imposées en vertu d'un décret en Conseil d'État pour le médicament (article R. 163-4 du code de la sécurité sociale) et d'une loi pour les dispositifs médicaux (article L. 165-1 du même code).

La réforme de la commission de la transparence conduite en septembre 2003 a mis en exergue les nouveaux critères que les pouvoirs publics souhaitent appliquer pour réformer le dispositif préalable à la décision d'inscription au remboursement du produit ; il s'agit d'une démarche orientée vers la pure expertise scientifique.

Le rapport du Haut conseil s'est lui-même montré soucieux de mieux répartir les compétences en faisant valoir l'idée que : *« ce ne sont pas ceux qui exécuteront l'acte ou le produit, ceux qui le prescriront ou ceux qui en contrôleront l'exécution et la prescription qui se prononcent sur l'opportunité de l'inscription au remboursement »*.

La même démarche de clarification des rôles doit être entreprise en matière de gestion du risque.

La gestion du risque en amont de l'acte de soin repose sur l'application de référentiels médicaux (guide de bon usage des soins, recommandations de bonne pratique) et donc sur la qualité à apporter à leur élaboration, leur diffusion et leur évaluation.

Or, dans la situation actuelle, cette élaboration fait intervenir un grand nombre d'acteurs différents : l'État au travers de ses agences, les organismes d'assurance maladie avec leur service médical et les professions de santé pour le compte desquelles les Unions régionales des médecins libéraux (URML) sont chargées de développer des politiques de qualité des soins.

L'article L. 1414-2 du code de la santé publique confie l'élaboration des référentiels à l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (ANAES), mais d'autres acteurs, comme les sociétés savantes, peuvent également proposer des recommandations. En effet, il n'existe pas de monopole d'élaboration des bonnes pratiques médicales.

La diffusion de ces guides de bon usage figure également parmi les missions de l'ANAES.

Enfin, l'évaluation des pratiques est, elle aussi, partagée entre différents acteurs : les établissements hospitaliers publics et privés sont, en pratique, évalués par l'ANAES dans le cadre des procédures d'accréditation tandis que, pour la médecine de ville, l'évaluation des pratiques professionnelles repose sur une démarche volontaire des médecins.

Face à cette situation confuse, le Haut conseil a considéré utile de prévoir une meilleure coordination d'ensemble.

La création d'une Haute autorité de santé (HAS) constitue la réponse du projet de loi à cette demande d'expertise scientifique impartiale et de coordination des actions. A ce titre, elle sera chargée de veiller à l'élaboration

des guides de bon usage des soins et de bonne pratique. Le texte propose également de lui confier une mission d'évaluation périodique du service médical rendu par les produits de santé.

Le **paragraphe I** insère, à cet effet, huit nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale :

• **l'article L. 161-37** institue la HAS, autorité publique indépendante, qui a pour mission :

- de procéder à l'évaluation périodique du service médical attendu et effectivement rendu par l'ensemble des produits, actes ou prestations de santé;

- de donner son avis sur le remboursement de ceux-ci par l'assurance maladie et sur la prise en charge spécifique accordée aux personnes atteintes d'affection de longue durée ;

- de veiller à l'élaboration et à la diffusion des guides de bon usage des soins ou de bonne pratique, pour l'information du public et des professionnels de santé.

La HAS doit exercer ces missions en tenant compte, d'une part, des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique, d'autre part, des enveloppes de dépenses pluriannuelles de l'assurance maladie.

• **L'article L. 161-38** précise l'étendue des pouvoirs de la HAS. Celle-ci peut procéder, de sa propre initiative et à tout moment, à l'évaluation du service rendu ou attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation. Elle peut également être consultée sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou d'une catégorie de produits ou prestations. Pour accomplir cette première mission, la HAS doit obtenir communication de toutes les informations nécessaires auprès des entreprises, établissements, organismes et professionnels concernés.

Pour mener à bien sa seconde mission relative aux recommandations de bonne pratique, elle établit les orientations en vue de leur élaboration par l'ANAES et l'AFSSAPS et peut saisir cette dernière en vue du contrôle de la publicité des produits de santé auprès des professionnels. Les caisses d'assurance maladie leur transmettent les renseignements nécessaires dans le respect de la confidentialité qui s'attache aux données individuelles.

• **L'article L. 161-39** fixe la composition de la HAS, soit un collège et des commissions spécialisées, chacune présidée par un membre du collège.

D'ores et déjà, deux commissions existantes, la commission de la transparence et la commission d'évaluation des produits et prestations, deviennent des commissions de la HAS. Les autres commissions seront créées par la Haute autorité elle-même qui en déterminera la composition et les règles de fonctionnement.

• **L'article L. 161-40** précise la composition du collège de la Haute autorité qui comprend huit membres, deux nommés par le Président de la République, deux par le président du Sénat, deux par le président de

l'Assemblée nationale et deux par le président du Conseil économique et social.

Les membres sont désignés en fonction de leurs qualifications et de leur expérience dans les domaines de compétences de la HAS. Leur mandat est d'une durée de six ans renouvelable une seule fois comme c'est le cas, par exemple, pour le Médiateur de la République ou les membres du Conseil supérieur de l'audiovisuel. Le collège est renouvelé par moitié tous les trois ans.

Le collège et son président sont nommés par décret du Président de la République.

En cas de vacance d'un siège du collège, il est procédé à son remplacement pour la durée du mandat restant à courir.

- **L'article L. 161-41** organise les modalités de fonctionnement de la Haute autorité. Celle-ci dispose de services placés sous l'autorité d'un directeur nommé par le président après avis du collège. Son personnel est composé d'agents contractuels de droit public, de salariés de droit privé, ainsi que d'agents de droit privé régis soit par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale, soit par un statut fixé par décret.

- **L'article L. 161-42** oblige au secret et à la discrétion professionnelle les membres de la Haute autorité, les personnes qui lui apportent leur concours ou qui collaborent occasionnellement à ses travaux, ainsi que le personnel de ses services. Des adaptations rendues nécessaires pour le bon fonctionnement de la HAS pourront être opérées par décret en Conseil d'État.

- **L'article L. 161-43** précise que la Haute autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est fixé par son collège, sur proposition du directeur.

Ses ressources sont constituées par des subventions de l'État, une dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie, le produit des redevances pour services rendus, une fraction de 10 % du produit des contributions des entreprises pharmaceutiques et des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, le montant des taxes d'inscription au remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux, enfin, des produits divers, dons et legs.

- **L'article L. 161-44** prévoit l'intervention d'un décret en Conseil d'État fixant les modalités d'application du présent chapitre et, en particulier, les conditions dans lesquelles la HAS procédera à l'évaluation du service médical rendu et apportera son avis sur la prise en charge des produits par l'assurance maladie, ainsi que les critères d'évaluation des produits, actes ou prestations de santé.

Afin d'organiser l'installation de la nouvelle institution, le **paragraphe II** précise que, lors de la première constitution de la Haute autorité de santé, quatre membres, à l'exception du président, seront tirés au sort. Leur mandat prendra fin à l'issue d'un délai de trois ans.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre quatre amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements visant à :

- prévoir la publication d'un rapport annuel d'activité ;
- autoriser l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à consulter la HAS ;
- étendre le pouvoir d'évaluation de la HAS aux protocoles de soins ;
- s'assurer du caractère anonyme des informations transmises à la HAS par les entreprises, établissements, organismes et professionnels concernés, mais aussi par les caisses d'assurance maladie et le nouvel Institut des données de santé créé par l'article 35.

III - La position de votre commission

Votre commission soutient la création d'une Haute autorité de santé chargée de procéder à l'évaluation périodique du service médical rendu par les produits de santé et de veiller à l'élaboration des guides de bon usage des soins et de bonne pratique.

Elle regrette toutefois que cette création n'ait pas été précédée d'une réflexion plus approfondie sur le rôle des agences de l'État actuellement chargées de cette évaluation, l'ANAES pour les actes médicaux, l'AFSSAPS pour les médicaments.

En effet, si l'on peut admettre que les pouvoirs de police sanitaire de l'AFSSAPS rendent impossible son intégration dans les services de la HAS, aucune raison ne semble justifier la non-intégration de l'ANAES, dont les missions sont similaires à celles qu'exercera la HAS en matière de référentiels de soins.

Cette intégration permettrait, en outre, à la HAS de bénéficier d'un personnel qualifié et immédiatement opérationnel.

Votre commission vous propose donc **cinq amendements** destinés à élargir l'action de la Haute autorité de santé :

- le premier accroît les missions de la HAS en la chargeant de procéder à l'élaboration des guides de bonne pratique, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une procédure d'accréditation des établissements de santé ;
- le deuxième lui confie le soin d'établir une procédure de certification destinée aux sites Internet à visée médicale et aux logiciels d'aide à la prescription médicale ;

- le troisième précise les conditions dans lesquelles un siège vacant est pourvu ;
- le quatrième aligne le statut du personnel sur celui des agences sanitaires ;
- le cinquième fixe des règles de déontologie pour les membres de la Haute autorité.

Elle vous demande donc d'adopter le présent article ainsi amendé.

Article 20

*(art. L. 165-1 du code de la sécurité sociale,
art. L. 4001-1, L. 4001-2, L. 5123-3 à L. 5123-5, L. 5211-5-1 et L. 5311-2
du code de la santé publique)*

Transfert à la Haute autorité de santé de certaines compétences de l'AFSSAPS

Objet : Cet article transfère à la Haute autorité de santé certaines des compétences jusqu'alors exercées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

I - Le dispositif proposé

Cet article prend acte de la création de la Haute autorité de santé (HAS) opérée par l'article 19 en transférant à cette nouvelle instance certaines des compétences jusqu'alors confiées à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Ces compétences concernent, d'une part, l'admission au remboursement des dispositifs médicaux et des médicaments, d'autre part, l'information et la communication en matière de bon usage des produits de santé. Il convient de rappeler que, dans le cadre de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie, la définition du périmètre des biens et services inscrits au remboursement relève désormais de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, conformément à l'article 24 du présent projet de loi.

En conséquence, le **paragraphe I** modifie la rédaction de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale afin de transférer à la HAS le soin d'assurer le secrétariat de la commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP).

Cette commission a pour mission d'émettre un avis sur le service rendu par les dispositifs médicaux qui détermine leur inscription sur la liste des biens et services remboursables.

Actuellement composée d'experts recrutés pour leurs compétences scientifiques, la CEPP rassemble également des représentants de l'assurance maladie et des représentants des fabricants et des distributeurs.

Désormais placée sous l'autorité de la HAS, dont elle devient une commission spécialisée, elle devrait voir sa composition modifiée au profit des experts scientifiques.

Le **paragraphe II** opère un changement similaire à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique afin de prendre en compte le transfert de la commission de la transparence sous l'autorité de la HAS, dont elle devient également une commission spécialisée.

La commission de la transparence a pour mission de prononcer un avis scientifique sur le service médical rendu par un médicament et sur son intérêt thérapeutique par rapport aux produits déjà disponibles sur le marché. Cet avis détermine son inscription sur la liste des biens et services remboursables.

Par ailleurs, le paragraphe II transfère à la HAS le recouvrement des redevances d'inscription au remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux, actuellement perçus par l'AFSSAPS.

Le **paragraphe III** abroge les articles L. 4000-1 et L. 4000-2 du code de la santé publique relatifs au Fonds de promotion de l'information médicale et médico-sociale (FOPIM).

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le FOPIM a pour mission de fournir une information objective aux professionnels de santé en matière de bon usage des produits de santé. Géré par l'AFSSAPS, le fonds met en particulier à leur disposition une information en matière de stratégie thérapeutique et de prescription médicamenteuse, sous une forme adaptée à leurs besoins.

Cette mission relevant désormais de la compétence de la HAS, il convient de supprimer ce fonds à compter d'une date fixée par décret, et en tout état de cause avant le 1^{er} janvier 2005, et de confier à la HAS les droits et obligations de l'AFSSAPS au titre du FOPIM.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements de nature rédactionnelle.

III - La position de votre commission

Afin de tenir compte de l'intégration de l'ANAES au sein de la Haute autorité, votre commission vous propose un amendement qui assure les coordinations nécessaires dans le code de la santé publique.

En conséquence, **elle vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.**

Section 2

-

Respect des objectifs de dépenses

Article 21 A (nouveau)

(art. L. 111-9 du code de la sécurité sociale)

Contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, modifie les modalités de contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel propose une nouvelle rédaction pour l'article L. 111-9 du code de la sécurité sociale, qui précise le contenu des pouvoirs des « *rapporteurs sociaux* », c'est-à-dire des membres du Parlement chargés du contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Ces dispositions ont été créées par l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 avant d'être codifiées par l'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Elles visent à doter les rapporteurs du projet de loi de financement de la sécurité sociale des moyens d'exercer des contrôles « *sur pièces et sur place* » auprès des administrations d'État, établissements publics ou organismes de sécurité sociale. Ils peuvent à ce titre se faire communiquer tout document. Ces pouvoirs sont en pratique identiques à ceux dont disposent les rapporteurs spéciaux de la commission des Finances, à l'exception de la faculté de saisir les juridictions compétentes pour faire cesser d'éventuelles entraves.

Les modifications introduites par cet article sont de deux ordres :

- elles modifient la qualité des parlementaires ayant qualité pour exercer ce contrôle.

Il n'est plus fait référence aux « *membres du Parlement qui ont la charge de présenter, au nom de la commission compétente, le rapport sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale* » mais aux présidents et aux rapporteurs « *des commissions compétentes* » de chaque assemblée. Cette

définition *a minima*, étend donc les prérogatives de contrôle aux présidents des commissions en charge des affaires sociales.

Demeure une question dont la réponse est incertaine. Le droit en vigueur ne précise pas clairement si les rapporteurs pour avis de la commission des Finances sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale disposent d'un pouvoir identique à celui des rapporteurs de la commission des Affaires sociales. En estimant que la notion de « rapport » diffère de la notion d'« avis », on pouvait légitimement considérer que la réponse était négative par parallélisme avec la situation du contrôle du budget, qui appartient aux seuls rapporteurs spéciaux de la commission des Finances et non aux rapporteurs pour avis des autres commissions.

La nouvelle rédaction n'est pas plus claire car elle fait désormais référence aux « *commissions compétentes* ». S'agit-il des seules commissions en charge des affaires sociales des deux assemblées, compétentes pour l'examen au fond de la loi de financement, ou des quatre commissions - Affaires sociales et Finances – de chaque assemblée régulièrement saisie des PLFSS ?

Un indice permet toutefois d'éclairer ce point. Le nouveau texte envisage de confier les pouvoirs de contrôle aux rapporteurs et aux présidents des commissions compétentes. Or, l'article 57 de la loi organique, relatif aux lois de finances, dont s'inspire la rédaction du présent article, confie la charge du suivi du budget « *au président, au rapporteur général et aux rapporteurs spéciaux* ». L'absence de référence au *rapporteur général du budget* - la commission des Affaires sociales ne disposant pas de rapporteur général - semble exclure la compétence de la commission des Finances en matière de contrôle des lois de financement.

- elles précisent la liste des documents pouvant être communiqués aux rapporteurs, en mentionnant explicitement les rapports des corps d'inspection et de contrôle.

II - La position de votre commission

Votre commission apportera à ce sujet la mise au point suivante :

- **Sur l'existence d'un contrôle permanent des lois de financement de la sécurité sociale**

Plusieurs membres de la commission spéciale de l'Assemblée nationale, dont son président et son rapporteur, ont avancé que le Parlement ne disposait pas des moyens juridiques permettant un contrôle des lois de financement de la sécurité sociale.

Votre commission ne souscrit pas à cette affirmation : l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 précité confie des pouvoirs étendus aux « rapporteurs sociaux », que les membres de l'Assemblée nationale n'ont jusqu'à présent pas exercés.

Votre commission les a, pour sa part, mis en œuvre à plusieurs reprises de même qu'elle fait désormais régulièrement appel à l'assistance de la Cour des comptes.

Votre commission estime qu'un contrôle efficace de l'application des lois de financement dépend moins de moyens juridiques, techniques ou humains que de la volonté politique de l'effectuer et de la disponibilité que laisse aux rapporteurs l'ordre du jour parlementaire. Son efficacité dépend également d'une bonne coordination des travaux, laquelle repose sur le rapporteur pour les équilibres financiers dont l'existence institutionnelle n'est pas garantie, contrairement à celle du rapporteur général du budget.

• Sur la compétence des commissions des Finances et des Affaires sociales en matière de finances sociales

Votre commission estime que les débats soulevés par cet article - et le suivant - participent du flou qui entoure la compétence relative aux finances sociales.

Les lois de financement ont été créées en 1996 et confiées d'une part, aux ministères sociaux, d'autre part, pour leur examen, aux commissions permanentes des deux assemblées chargées des affaires sociales.

Pour des raisons historiques, institutionnelles ou politiques, les conséquences de cette modification n'ont pas été intégralement tirées, ni dans le pilotage des finances publiques, ni dans l'ordonnancement du travail parlementaire.

Il convient désormais que les pouvoirs publics choisissent clairement entre la pérennisation des lois de financement et leur intégration en loi de finances.

Si la première hypothèse est retenue, il revient alors au Parlement de déterminer la commission permanente à laquelle échoit la compétence exclusive de l'examen et du contrôle de ce texte. De ce choix dépendra la réponse aux questions soulevées par le présent article.

Confier aux seules commissions des Affaires sociales cette prérogative n'aurait rien d'illogique et « *ne témoignerait pas d'un corporatisme malvenu et désuet* » imaginé par certains¹.

Personne ne taxe d'ailleurs de corporatisme le fait que seuls les rapporteurs spéciaux de la commission des Finances contrôlent l'exécution de la loi de finances, sans que les rapporteurs pour avis des autres commissions permanentes n'apparaissent moins qualifiés pour le faire.

La raison déterminante pour laquelle il convient de réserver à une seule commission le contrôle de l'exécution des lois de financement, comme celle de l'exécution des lois de finances, tient à la crédibilité des assemblées et

¹ *Intervention de Jean-Pierre Brard, membre de la commission des Finances de l'Assemblée nationale, sur la réforme de l'assurance maladie, compte rendu analytique.*

à la bonne organisation du travail des administrations concernées. Si ces dernières devaient être confrontées à deux contrôles simultanés par deux commissions émanant de la même assemblée, l'autorité du Parlement s'en trouverait affaiblie sans que son information en soit améliorée et le bon fonctionnement de l'administration serait entravé. Des précédents existent et sont regrettables.

Au total, votre commission souhaite que les pouvoirs publics – et au premier chef le Parlement – évitent en cette affaire l'addition et la confusion des compétences.

Elle rappelle que le Gouvernement a réitéré son engagement de réformer les dispositions de la loi organique relatives aux lois de financement de la sécurité sociale. Cette révision offrira l'occasion de préciser la nature et la responsabilité du contrôle des lois de financement, comme l'ont fait les deux assemblées lors de la réforme de la loi organique relative aux lois de finances, en août 2001.

Dans cette attente, et, à titre conservatoire, elle vous demande de supprimer cet article.

Article 21 B (nouveau)

(art. L. 111-9-1 du code de la sécurité sociale)

**Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement
de la sécurité sociale**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, propose de créer une mission parlementaire d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le 27 janvier 1999, un groupe de travail sur l'efficacité de la dépense publique et le contrôle parlementaire présidé par Laurent Fabius, alors président de l'Assemblée nationale, recommande la création, au sein de cette assemblée, d'une mission d'évaluation et de contrôle (MEC) sur l'application des lois de finances. Cette mission fut effectivement créée, le 3 février 1999, au sein de la commission des Finances de l'Assemblée nationale.

Cette proposition s'inscrivait dans la démarche de rénovation de l'examen et du suivi des lois de finances (contrôle de l'emploi des crédits tout au long de l'année, contrôle de l'exécution des lois de finances, liens avec les juridictions financières, droits de l'opposition, etc.).

Mise en œuvre à la seule initiative de l'Assemblée nationale, et non en vertu d'une loi, elle est restée limitée à celle-ci. Ainsi, la commission des Finances du Sénat, qui dispose d'une faculté identique, n'a pas jugé bon,

jusqu'à présent, de constituer une MEC et procède au contrôle de l'application des lois de finances selon les modalités qu'elle juge utiles.

Le présent article propose de créer, au sein de la commission en charge des affaires sociales de chaque assemblée, une mission d'évaluation et de contrôle chargée d'assurer l'évaluation des lois de financement de la sécurité sociale.

II - La position de votre commission

Bien que partageant le souci de l'Assemblée nationale d'assurer un contrôle effectif de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, votre commission formulera les réserves suivantes :

- cette proposition relève en l'état du règlement des assemblées. Si rien n'interdit de faire figurer le principe de la création d'une MEC dans la loi, l'adoption de cette disposition contraindrait votre commission à constituer une mission analogue. Or, le principe d'autonomie des assemblées parlementaires garantit à l'Assemblée nationale et au Sénat la faculté d'organiser leurs travaux de contrôle comme bon leur semble ;

- cette proposition intervient dès lors prématurément en opérant un choix anticipé, sans considération des autres propositions envisageables pour améliorer le contrôle des lois de financement. Ces propositions seront mises en débat lors de la réforme des lois organiques relatives aux lois de financement annoncée pour la session prochaine par le Gouvernement.

Aussi, par coordination avec la position l'ayant conduite à proposer de supprimer l'article précédent, **vo**tre **commission vous demande de supprimer cet article.**

Article 21

(art. L. 111-11 du code de la sécurité sociale

et article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003)

Association des caisses à la préparation du budget de l'assurance maladie

Objet : Cet article impose aux caisses nationales d'assurance maladie de formuler au ministre chargé de la sécurité sociale des propositions en vue de l'élaboration du cadrage financier annuel de l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** propose de créer un chapitre premier *ter* dans le titre premier du livre premier du code de la sécurité sociale, constitué d'un article unique L. 111-11 consacré aux « *dispositions relatives aux objectifs de dépenses* ».

Cet article prévoit que le conseil d'administration de chaque caisse nationale (régime général, mutualité sociale agricole, CANAM) transmet au ministre en charge de la sécurité sociale des propositions relatives à l'évolution des produits et des charges pour l'année suivante afin que puisse être respecté le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions doivent également tenir compte des objectifs de santé publique.

Le **paragraphe II** abroge l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 qui prévoit l'établissement d'un rapport sur la politique conventionnelle de la CNAMTS. Cette disposition est rendue inutile par la rénovation du dispositif conventionnel prévue par le présent projet de loi.

II Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à soumettre les propositions de la CNAMTS à l'avis de son conseil de surveillance.

III - La position de votre commission

Votre commission ne reprendra pas ici les considérations déjà développées en matière de pilotage des finances publiques, et des finances sociales en particulier.

Réitérant ses réserves sur les modifications institutionnelles opérées par ce projet de loi en dehors de toute révision de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, elle se bornera à formuler trois remarques :

- **la première, de caractère rédactionnel**, porte sur le titre proposé pour le chapitre premier *ter* à créer car la référence aux « *objectifs de dépenses* » est à préciser. En effet, les lois de financement, dont les dispositions figurent juste avant ledit chapitre, comportent quatre objectifs, un par branche de la sécurité sociale. Or, on ne vise ici que l'objectif de dépenses de la branche maladie ;

- **la deuxième tient aux modifications proposées par le projet de loi et visant à améliorer l'élaboration de l'ONDAM**. Le 15 mai 2003, Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a confié à Alain Coulomb, président de l'ANAES, le soin de proposer « *une méthode de médicalisation de l'ONDAM* ». Les dispositions du projet de loi s'inspirent pour partie des recommandations par lui formulées en matière de coordination des soins. En revanche, les recommandations faites en faveur de la concertation préalable à la construction de l'ONDAM médicalisé, afin de justifier le caractère opposable de l'objectif, n'ont, semble-t-il, pas été entièrement entendues ;

- **la troisième se rapporte à l'articulation des dispositions de cet article avec l'économie générale du projet de loi.** Ces dispositions attribuent l'essentiel du pouvoir financier à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (négociation des conventions, inscription et rémunération des actes, fixation de la part forfaitaire à la charge de l'assuré, relations avec les complémentaires). Le présent article confie aux caisses la mission de proposer d'éventuelles mesures d'équilibrage mais ces instances n'exercent pas la réalité de ce pouvoir. En conséquence, les dispositions du présent article risquent de n'avoir pour effet que de faire remonter, au niveau du ministre, les éléments du cadrage budgétaire prévisionnel de chacune des caisses. Or, les ministères de la santé et du budget disposent déjà de ces éléments, par le biais de ses représentants siégeant au sein des conseils d'administration.

En conclusion, votre commission observe que cet article, comme l'article suivant, ne constituent pas l'un des aspects les plus aboutis de la réforme.

Mais, considérant que la révision des lois organiques précitée constituera l'occasion de parfaire ce dispositif, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 22

(art. L. 114-1 et L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale)

Création d'un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie

Objet : Cet article crée un comité d'alerte chargé de signaler un écart significatif d'exécution de l'objectif national d'assurance maladie.

I – Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** propose de créer un comité d'alerte chargé de surveiller l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Pour ce faire, il insère une section 7 au sein du chapitre IV du titre premier du livre premier du code de la sécurité sociale, constituée d'un article unique L. 114-4-1.

Ce comité est composé du secrétaire général de la commission des comptes, du directeur général de l'INSEE et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social. Il alerte l'État et les caisses d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses de santé manifestement incompatibles avec l'ONDAM. Il est placé auprès de la commission des comptes de la sécurité sociale.

La procédure d'alerte proposée est la suivante :

- « *chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, et en tant que de besoin* », le comité rend un avis sur l'évolution de l'ONDAM voté en loi de financement de l'année ;

- s'il considère que l'évolution des dépenses dérape sensiblement par rapport à l'objectif initial, il notifie le risque de dépassement au Gouvernement, au Parlement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Dans cette hypothèse, les caisses proposent des mesures de redressement, pour lesquelles le comité donne un avis sur leur impact financier. Il apprécie, de la même manière, les éventuelles mesures de redressement envisagées par l'État, ce qui ne saurait s'apparenter à une injonction, sauf à encourir le risque d'inconstitutionnalité.

Le **paragraphe II** modifie les conditions de nomination du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, qui sera désormais nommé par le Premier président de la Cour des comptes pour une durée de trois ans. Cette proposition avait été formulée par votre commission lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements visant à :

- inclure le président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans ce comité ;

- prévoir que l'avis rendu avant le 1^{er} juin par ledit comité analyse l'impact des mesures conventionnelles intervenues dans l'année et l'impact respectif des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie ;

- fixer à 1 % le seuil du dépassement prévisionnel de l'ONDAM justifiant l'alerte aux pouvoirs publics.

III - La position de votre commission

Votre commission formulera pour cet article des réserves identiques à celles présentées à l'article précédent. L'opportunité d'introduire un comité d'alerte dans l'organisation du pilotage des finances publiques reste à démontrer.

L'État et les caisses nationales ressentent-ils le besoin réel d'être informés d'un dérapage de l'ONDAM ? A l'évidence, ils disposent déjà de cette information, l'État étant représenté au conseil d'administration des caisses du régime général. Les régimes d'assurance maladie connaissent la situation de leur exécution budgétaire presque en temps réel. Le Parlement pour sa part en est informé au plus tard le 15 juin par la commission des comptes de la sécurité sociale.

Le niveau du dépassement entraînant une alerte – un point de dérapage – aurait justifié la mise en œuvre de cette procédure chaque année depuis la deuxième loi de financement de la sécurité sociale, soit 1998. On peut dès lors douter de l'efficacité d'une procédure d'alerte définie comme exceptionnelle, si celle-ci intervient par la force des choses chaque année. Cette dérive permanente de l'ONDAM en réalisation n'a de surcroît jamais entraîné le dépôt et l'examen d'un projet de loi de financement rectificatif malgré les engagements de l'État et les demandes réitérées de votre commission.

Votre commission propose de simplifier la rédaction retenue pour la mise en œuvre de la procédure d'alerte. Elle considère par ailleurs que l'ajout du président du Haut conseil dans le comité d'alerte est discutable dans la mesure où, d'une part, ce conseil est une instance provisoire et où, d'autre part, la présence de son président n'apporte pas de valeur ajoutée particulière par rapport aux personnalités pressenties pour y siéger (secrétaire général de la commission des comptes et directeur général de l'INSEE), pour peu que la personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social dispose d'une réelle compétence en matière d'assurance maladie.

Ainsi, vous demande-t-elle de supprimer cette référence et d'adopter cet article ainsi modifié.

Section 3

-

Compétences des organismes d'assurance maladie relatives au remboursement des produits, actes ou prestations de santé remboursables

Article 23

(art. L. 251-4, L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale)

Fixation par l'UNCAM des taux de remboursement des médicaments et prestations

Objet : Cet article accorde à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie le pouvoir de définir les taux de remboursement des médicaments et prestations, dans des conditions et des limites déterminées par décret.

I - Le dispositif proposé

Le présent article transfère vers l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) une compétence générale en matière de fixation des taux de remboursement des médicaments, spécialités pharmaceutiques et prestations ; en conséquence, il lui appartiendra de déterminer le montant du reste à charge payé par l'assuré.

Conformément au **paragraphe I**, l'autonomie accordée à l'UNCAM pour déterminer les modalités d'application de cette nouvelle compétence sera encadrée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. En outre, le ministre chargé de la santé disposera d'un droit d'opposition à la décision prise par l'UNCAM, « *pour des motifs de santé publique* ».

Enfin, autre élément innovant du dispositif, l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire sera consultée pour avis sur le montant du reste à charge envisagé.

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale afin d'établir la compétence de l'UNCAM en matière de fixation du ticket modérateur. Ce transfert s'opère sans modification des critères légaux d'exigibilité ou d'exonération de celui-ci.

Le **paragraphe III** abroge l'article L. 251-4 du code de la sécurité sociale. Cet article règle les modalités du maintien ou du rétablissement de l'équilibre financier de la gestion du régime par le conseil d'administration de la CNAMTS – le cas échéant *via* une augmentation des cotisations approuvée par décret – ou, en cas de carence de ce conseil, directement par l'État. Il

convient d'ailleurs de rappeler que le conseil n'a jamais exercé cette compétence, à l'exception d'une proposition de plan stratégique émise en 1999 et rejetée par le Gouvernement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements :

- le premier, rédactionnel, intègre au texte la nouvelle dénomination de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ;

- le second, de fond, prévoit que, dans l'exercice de son droit d'opposition, le ministre chargé de la santé doit rendre une décision motivée.

III - La position de votre commission

Cet article marque une évolution sensible de la gouvernance de l'assurance maladie et ce, à double titre :

- tout d'abord, en affirmant la responsabilité de l'UNCAM dans la fixation des taux de remboursement, ce qui met en cohérence la responsabilité des gestionnaires et les outils dont ils disposent ;

- ensuite, en organisant la consultation des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ces derniers assurent une part importante des remboursements (92 % des Français sont couverts par une assurance complémentaire) et il était donc nécessaire d'organiser un partenariat entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires. Votre commission a plusieurs fois souligné le caractère préjudiciable d'une absence de dialogue entre les deux grands régimes d'assurance maladie¹.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Cf. notamment : *Les perspectives de l'assurance maladie : une réflexion dans l'urgence*, Alain Vasselle, Sénat n° 358 (2002-2003).

Article 24

(art. L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale)

Modalités d'inscription à la nomenclature des actes et prescriptions

Objet : *Cet article confie à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie le pouvoir d'inscrire des actes et prestations à la nomenclature des biens et services bénéficiant d'une prise en charge.*

I - Le dispositif proposé

Cet article, qui modifie la rédaction de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, contribue à la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie. En effet, le pouvoir de déterminer les conditions d'inscription ou de radiation des actes et prestations de la nomenclature des biens et services remboursables et de fixer leurs tarifs, désormais confié à l'UNCAM, était jusqu'à présent détenu par l'État.

Cette compétence est limitée à la nomenclature générale des actes professionnels et des actes de biologie médicale et sa mise en œuvre est subordonnée au double avis de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire.

La HAS doit se prononcer sur « *chacune des indications thérapeutiques ou diagnostiques sur l'évaluation du service attendu de l'acte ou de la prestation* ». Dans ce rôle, elle se substitue à l'ANAES qui intervenait jusqu'alors.

Son avis aura un double intérêt : apporter un regard scientifique à la procédure d'inscription au remboursement et contribuer au développement de la liquidation médicalisée que les caisses de sécurité sociale doivent mettre en œuvre.

Les règles de fixation des prix des actes et prestations seront fixées par des commissions communes réunissant des membres des syndicats représentatifs des professionnels de santé et des représentants de l'UNCAM, en présence d'un représentant de l'État.

Les décisions prises par l'UNCAM sont réputées approuvées, sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. En outre, le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique. Dans ce cas, il fixe la cotation tarifaire de l'acte ou de la prestation.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a procédé à une nouvelle rédaction de cet article, visant à mieux distinguer chaque étape de la procédure devant conduire à l'inscription d'une prestation ou d'un acte sur la liste des produits remboursables.

Les règles selon lesquelles la hiérarchisation des actes et prestations est établie sont fixées par des commissions réunissant les professionnels de santé et l'assurance maladie, créées dans le cadre d'un accord conventionnel.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie décide de l'inscription ou de la radiation de ces actes ou prestations, après avis de la Haute autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Les décisions de l'UNCAM sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Un régime dérogatoire est prévu pour la prise en charge des actes émergents.

III - La position de votre commission

Votre commission soutient la démarche suivie pour mettre en œuvre la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie. Elle constate que les décisions de l'UNCAM seront précédées d'une phase de consultation complète qui lui permettra de recueillir un avis scientifique prononcé par la HAS, de connaître les souhaits exprimés par les organismes de protection complémentaires et, bien sûr, d'appliquer les accords conventionnels.

Votre commission s'étonne toutefois que la procédure dérogatoire mise en œuvre pour les actes émergents ait prévu la consultation de l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé, alors que la HAS dispose d'une compétence générale en la matière.

Elle vous propose d'adopter **deux amendements** afin, d'une part, de prévoir la publication du tarif des actes médicaux au Journal officiel de la République française, d'autre part, de confier à la Haute autorité la compétence relative aux actes émergents.

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 25

(art. L. 162-16, L. 162-16-4 à L. 162-16-6, L. 162-17-3, L. 162-17-4, L. 162-17-7, L. 162-38, L. 165-2 à L. 165-4 et L. 165-6 du code de la sécurité sociale et art. L. 5126-4 du code de la santé publique)

Élargissement des missions du Comité économique des produits de santé

Objet : Cet article a pour objet de renforcer les moyens d'action du Comité économique des produits de santé et de donner un rôle plus important à l'assurance maladie dans la politique économique du médicament.

I - Le dispositif proposé

Alors qu'actuellement le tarif des actes et prestations médicales est déterminé dans le cadre d'une négociation collective entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, les prix des médicaments et des dispositifs médicaux sont fixés par l'État.

Cette décision est le résultat d'une négociation entre les laboratoires pharmaceutiques et le Comité économique des produits de santé (CEPS) qui débouche, la plupart du temps, sur une convention de prix.

Lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir un accord négocié entre les parties, le prix du médicament est fixé unilatéralement par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, le Comité économique des produits de santé est un comité interministériel a remplacé le Comité économique du médicament et s'est vu confier une compétence nouvelle en matière de régulation économique des dispositifs médicaux.

Il comprend un président, des représentants du ministère de la santé, du ministère de l'économie et des finances et du ministère de l'industrie.

Les accords-cadres signés en 1994 et 1999 entre l'État et l'industrie pharmaceutique ont précisé que le prix est déterminé en fonction :

- des prévisions de vente médicalement justifiées ;
- des actions de promotion au regard des stratégies thérapeutiques ;
- des économies entraînées par la spécialité dans la pathologie, le cas échéant.

Le troisième accord-cadre, signé le 13 juin 2003 entre l'État et l'industrie, fixe les premières étapes d'une politique nouvelle du médicament. Il définit un cadre de soutien au progrès thérapeutique au service du patient et donne une meilleure lisibilité à moyen terme de la politique du médicament. Mais cet accord prévoit des dispositions contraignantes pour l'industrie.

Le **paragraphe I** transfère le pouvoir de décision détenu par l'État au CEPS dans les cas suivants :

- fixation du tarif forfaitaire de responsabilité pour les médicaments figurant dans un groupe générique ;

- établissement du prix de vente au public de chacun des médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables ;

- détermination du prix des médicaments rétrocédés au public par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé, à défaut de procédure normale de déclaration de prix par les entreprises ;

- fixation du tarif forfaitaire de responsabilité des spécialités appartenant à un groupe générique ;

- mission générale du comité d'application des orientations destinées à assurer le respect de l'ONDAM dans ses prises de décision ;

- détermination du prix des spécialités en cas de refus par une entreprise de conclure un avenant à la convention qui le lie au comité, avenant motivé par l'évolution des dépenses, des données scientifiques ou des orientations reçues par le comité ;

- application des pénalités financières à l'encontre des entreprises dont certains produits sont frappés par l'AFSSAPS d'une interdiction de publicité ;

- application des pénalités financières infligées aux entreprises ayant dissimulé des informations de nature à modifier l'appréciation portée sur le service médical rendu par leurs produits ou sur l'amélioration de celui-ci ;

- fixation, en cas de défaut de convention, des marges concernant les dispositifs médicaux, y compris sous forme de génériques, alors que cette compétence appartient aux ministres de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale pour les autres produits et prestations de service remboursables ;

- détermination du tarif de responsabilité des dispositifs médicaux : transférée des ministres au comité, cette procédure est également précisée par l'introduction d'une distinction entre les dispositifs « *inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial* » et ceux « *inscrits par description générique* ». Dans les deux cas, est prévue une convention entre le comité et le fabricant ou le distributeur, mais de façon plus souple pour les génériques, et à défaut une décision du comité.

Le présent article fixe également la composition du CEPS : un président et deux vice-présidents nommés en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie et de la santé, quatre représentants de l'État, trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes complémentaires.

L'innovation majeure de cette composition tient à la place réservée à l'assurance maladie qui sera ainsi associée à la détermination du prix des spécialités pharmaceutiques.

Le présent article précise les règles déontologiques opposables aux membres du CEPS. Toute violation de ces règles est passible d'une peine de cinq ans d'emprisonnement et de 75.000 euros d'amende, conformément à l'article 432-12 du code pénal qui réprime la prise illégale d'intérêts.

Afin d'éviter tout risque de conflits d'intérêts, les membres du comité adressent à leur président, lors de leur prise de fonctions, une déclaration incluant tous « *leurs liens, directs ou indirects* » avec les organismes intervenant dans le champ de compétence du comité.

Le **paragraphe II** prévoit que les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont arrêtées conjointement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre trois amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté cinq amendements visant à :

- accorder aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et des finances, un pouvoir d'opposition aux décisions du CEPS dans un délai de quinze jours (quatre amendements) ;

- prévoir la participation de représentants du Gouvernement ne disposant pas d'une voix délibérative, aux travaux du CEPS.

III - La position de votre commission

Cet article vient compléter les différentes étapes suivies pour déterminer le prix des spécialités pharmaceutiques.

Votre commission soutient la démarche du Gouvernement qui consiste, d'une part, à créer une Haute autorité de santé chargée de prononcer des avis scientifiques et, d'autre part, à élargir la composition et les compétences du CEPS.

La participation de l'assurance maladie aux travaux du CEPS et le renforcement des pouvoirs de sanction attribués à ce dernier permettront sans aucun doute de développer une politique de médicament plus active.

Votre commission vous propose de compléter la rédaction de cet article en prévoyant, d'une part, que les tarifs fixés par le CEPS sont publiés au Journal officiel de la République française, et d'autre part, d'accorder un pouvoir d'opposition aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie.

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 26
(art. L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale)

Comité de l'hospitalisation

Objet : Cet article vise à créer un comité de l'hospitalisation placé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose la création d'un comité de l'hospitalisation, placé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à qui il confie deux missions : participer à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé et contribuer à la détermination et à la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation.

L'institution de ce comité intervient alors que les modalités de financement des établissements de santé viennent d'être profondément renouvelées, avec l'instauration de la tarification à l'activité (T2A).

Cette nouvelle tarification repose sur trois modalités de financement directement liées à l'activité :

- le paiement d'un **tarif par séjour** (dit groupe homogène de séjour-GHS) ;

- le paiement d'un **tarif par prestation** pour les activités de consultation et les actes externes d'urgence (hospitalisation publique), de prélèvement d'organes, ainsi que l'hospitalisation à domicile (activités non décrites par les GHS) ;

- le **paiement de certaines fournitures**, en plus des tarifs de prestation (certains médicaments coûteux et les dispositifs médicaux implantables (DMI) comme les prothèses). Une liste des molécules et des DMI concernés sera établie par voie réglementaire, en fonction de leur caractère onéreux et de l'hétérogénéité que leur prix introduit dans les tarifs par séjour.

Des modalités de financement mixte sont également prévues pour certaines activités de soins, correspondant à un montant de ressources annuelles fixe, mais déterminé en fonction de l'activité effective. Un forfait annuel financera ainsi les coûts fixes liés aux urgences.

Le dernier volet des modalités nouvelles concerne le financement non fondé sur une tarification à l'activité, mais sur des dotations annuelles avec le versement d'une enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Cette réforme, dictée par le pragmatisme, a pour objectif d'établir un financement qui distingue, d'un côté, les missions de soins qui ont vocation à être financées directement en fonction de l'activité et de l'autre, les missions d'intérêt général, ou missions de service public couvertes par le PMSI et qui

continueront à être financées par dotation, comme les dépenses liées à la recherche ou à l'enseignement.

Le comité de l'hospitalisation sera consulté sur les mesures relatives au financement, et notamment celles portant sur la définition des groupes homogènes de séjour (GHS) et sur le financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Il sera également informé des orientations de la politique salariale et statutaire et des conséquences financières des accords et protocoles passés entre l'État et les organisations syndicales.

Avant de formuler ses avis, il consultera les fédérations représentatives des établissements de santé.

Sa composition et ses règles de fonctionnement seront déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a proposé une nouvelle rédaction de l'article, apportant les modifications suivantes :

- le comité d'hospitalisation devient le conseil de l'hospitalisation ;
- ce conseil ne donnerait pas des avis mais ferait des recommandations. Lorsque la décision prise par le Gouvernement différerait de la recommandation du conseil, elle devrait être motivée ;
- ce conseil serait informé de chaque projet de protocole d'accords salariaux, sur lequel il donnerait un avis ;
- il pourrait également être saisi pour avis, à la demande du ministre, d'une organisation représentative des établissements et de santé ou de l'UNCAM, sur les projets de textes réglementaires relatifs à la sécurité sanitaire ;
- enfin, le conseil pourrait commander des études à des organismes extérieurs.

III - La position de votre commission

Cet article semble répondre à l'une des grandes critiques portées contre ce projet, qui ne concernerait pas assez l'hôpital et trop la médecine ambulatoire.

Votre commission rappelle que le Gouvernement a mis en œuvre un plan « Hôpital 2007 », qui s'organise autour de quatre grandes orientations : un soutien volontariste à l'investissement, la rénovation du mode de financement des établissements, l'assouplissement des règles de planification et une plus grande autonomie de gestion.

Cette réforme globale de l'hôpital est menée parallèlement à la réforme de l'assurance maladie.

Toutefois, malgré les efforts incontestables engagés par le Gouvernement, votre commission déplore que le présent projet ne renforce pas suffisamment l'articulation entre les soins de ville et l'hôpital et ne permette pas à l'assurance maladie de jouer un rôle plus important dans la gestion de l'enveloppe hospitalière.

Sous réserve de ces observations, elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 27

*(art. L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale
et L. 6115-4 du code de la santé publique)*

Sanctions du non-respect des règles de tarification par les établissements de santé

Objet : Cet article vise à associer l'assurance maladie aux procédures de sanction applicables aux établissements de santé ne respectant pas les nouvelles procédures de tarification à l'activité.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a profondément bouleversé les modalités de financement des établissements de santé en instaurant un nouveau mode de tarification fondé sur l'activité.

Le **paragraphe I** propose une nouvelle rédaction de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale qui vise à associer l'assurance maladie aux procédures de sanction applicables aux établissements de santé ne respectant pas les nouvelles procédures de tarification à l'activité.

Actuellement, cette compétence de sanction est confiée à l'État. Or, l'assurance maladie étant l'organisme payeur, chargé de surcroît des contrôles par l'intermédiaire de son service médical, il est apparu légitime de renforcer sa place dans ce dispositif.

La rédaction proposée confie le pouvoir de sanction à la commission exécutive de l'Agence régionale de l'hospitalisation dont les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire sont membres, à parité avec l'État.

Le montant de la sanction sera calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance

maladie afférentes à ceux-ci. La sanction reste plafonnée à 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Le **paragraphe II** est une mesure de coordination visant à compléter les missions de la commission exécutive de l'Agence régionale de l'hospitalisation visées à l'article L. 6115-4 du code de la santé publique.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de nature rédactionnelle, pour remplacer les « *médecins conseils* » par des « *praticiens conseils* ».

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 27 bis (nouveau)
(art. L. 631-1 du code de l'éducation)
Création d'un comité de la démographie médicale

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à créer un comité de la démographie médicale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le décret du 19 juin 2003 a créé un Observatoire national de la démographie des professions de santé, lequel intègre des comités régionaux. Cet article tend à lui accorder une reconnaissance législative par insertion dans le code de l'éducation et procède également à certains aménagements concernant son rôle et sa composition.

Désormais dénommé comité de la démographie médicale, il est chargé de rendre des avis en matière de *numerus clausus* des professions de santé. Sa composition est élargie aux représentants de la direction générale de la santé, de la direction de la sécurité sociale, de la direction de l'enseignement supérieur, des régimes d'assurance maladie et des doyens des facultés de médecine.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Section 4
-
Dispositif conventionnel

Article 28
(art. L. 162-5-9, L. 162-14-2, L. 162-15, L. 162-15-2 et L. 162-15-4
du code de la sécurité sociale)

Cadre des relations conventionnelles

Objet : Cet article a pour objectif de réformer le cadre des relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions de santé.

I - Le dispositif proposé

Comme le souligne le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, les conventions sont historiquement des instruments de contractualisation centrés sur le revenu des professionnels, soit qu'ils fixent les tarifs et honoraires, soit, de manière périphérique, qu'ils encouragent financièrement « *certaines comportements, par exemple de télétransmission, de formation continue, d'installation géographique* ».

Depuis plusieurs années, le champ de la convention s'est élargi aux questions relatives à la pratique professionnelle : références médicales, bonnes pratiques, accords de bon usage des soins.

Mais, comme l'a souligné le rapport de la Cour des comptes de 2003 consacré à la sécurité sociale, le bilan de la vie conventionnelle reste médiocre.

Le présent article aménage les dispositions conventionnelles existantes afin de simplifier la conclusion des conventions et mettre en place des mécanismes destinés à assurer leur applicabilité.

L'architecture conventionnelle instaurée par la loi du 6 mars 2002

1 - Un accord-cadre applicable à l'ensemble des professions de santé

Cet accord-cadre conclu pour une durée maximale de cinq ans a pour vocation de fixer des dispositions transversales communes à l'ensemble des professions et qui entrent dans le champ des conventions actuelles. Il peut déterminer les obligations respectives des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant, les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, les conditions d'une meilleure coordination des soins ou la promotion des actions de santé publique.

Sont concernés les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales et les entreprises de transports sanitaires. L'accord doit être conclu par la CNAMTS, une autre caisse et le Centre national des professions de santé. Il ne s'applique à une profession concernée que lorsqu'au moins une organisation syndicale représentative de cette profession a marqué son adhésion en le signant.

2 - Des conventions professionnelles

Ces conventions dont la durée est fixée à cinq ans au plus, déterminent :

- les tarifs des honoraires, rémunération et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes (ces tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires sont fixés dans le cadre d'avenants à chaque convention) ;

- les engagements des signataires, collectifs ou individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées. Ces engagements prennent la forme d'accords de bon usage des soins (article L. 162-12-7 du code de la sécurité sociale) qui constituent dans ce cas une annexe de la convention médicale professionnelle ou de contrats de bonne pratique (article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale).

3 - Des contrats de santé publique

Ces contrats de santé publique (article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale) doivent avoir été déterminés dans le cadre conventionnel, avant que les professionnels de santé puissent adhérer individuellement. Ces contrats fixent les engagements des professionnels et ouvrent droit à une rémunération forfaitaire.

Le **paragraphe I** modifie la rédaction de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, qui fixe les conditions d'application des conventions passées entre les professionnels de santé et les organismes gestionnaires du régime obligatoire d'assurance maladie.

Ces modifications ont pour objet de faciliter, d'une part, la transmission des conventions aux ministres, d'autre part, leur approbation par ces mêmes autorités. Elles :

- fixent les conditions dans lesquelles les conventions sont transmises aux ministres, y compris les accords interprofessionnels créés par le présent projet de loi (article 6) ;

- suppriment l'obligation de transmission aux ministres chargés de l'agriculture, de l'économie et du budget. L'obligation de transmission des conventions ne concerne donc plus que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

- déterminent les modalités selon lesquelles ces conventions sont approuvées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

- rappellent que la convention ne produit des effets juridiques qu'après approbation par le ministre ;

- proposent de réduire de quarante-cinq à vingt et un jours, le délai à l'expiration duquel l'accord est réputé approuvé ;

- limitent les motifs d'opposition des ministres aux cas de non-conformité aux lois et règlements et de présence de dispositions contraires à la politique de santé publique ou à la sécurité sanitaire ;

- prennent en compte le rôle confié à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en lieu et place de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;

- instaurent un droit d'opposition majoritaire destiné à éviter l'adoption de dispositions conventionnelles auxquelles serait opposée la majorité de la profession concernée.

Pour rendre l'application des accords plus facile, il est proposé que tous les textes conventionnels (accords-cadres, accords interprofessionnels, conventions nationales et avenants) soient publiés au Journal officiel. Il est enfin précisé que ces conventions s'appliquent aux professionnels de santé s'installant en exercice libéral ou à ceux souhaitant adhérer à la convention pour la première fois. L'adhésion des autres professionnels de santé est présumée, sauf s'ils font connaître leur refus.

Le **paragraphe II** précise une convention tacitement reconduite, sauf opposition d'au moins un signataire. Les conventions visées par cette disposition concernent toutes les professions de santé et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe III** crée une procédure d'arbitrage en cas de rupture des négociations, qu'il s'agisse des négociations préalables à une nouvelle convention ou de son renouvellement. Cette procédure se substitue au règlement conventionnel minimal actuellement fixé unilatéralement par l'État, qui ne correspond plus aux principes de la nouvelle gouvernance de la sécurité sociale définie par le présent projet de loi. La procédure consiste en un règlement arbitral soumis pour approbation aux ministres, qui ne peuvent s'y opposer que pour des motifs liés à la santé publique ou à la légalité de la convention.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A cet article, l'Assemblée nationale a adopté, outre quatre amendements de nature rédactionnelle, quatre amendements visant à :

- rétablir l'obligation de transmission des accords conventionnels aux ministres chargés de l'agriculture, de l'économie et du budget ;

- préciser que la représentativité des syndicats souhaitant faire valoir leur droit d'opposition majoritaire est calculée d'après le résultat des suffrages exprimés lors des élections aux unions professionnelles de santé mentionnées à l'article L. 4135-1 du code de la santé publique ;

- indiquer que les dispositions conventionnelles antérieures continuent à produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement arbitral ;

- prévoir qu'en cas de difficulté ou d'opposition, les parties à la convention peuvent faire appel au président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie pour désigner un arbitre, en lieu et place du Premier président de la Cour des comptes.

III - La position de votre commission

Votre commission souligne que les aménagements proposés par le présent article s'inscrivent dans le prolongement de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 qui prévoyait, comme le rappelle le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, que le refus d'approbation d'une convention par un ministre ne pouvait être motivé que par trois raisons : l'incompatibilité avec les objectifs de dépenses, le risque pour la santé publique, ou le risque pour l'égal accès aux soins.

Votre commission approuve notamment les dispositions du présent article concernant l'allégement des procédures d'approbation des conventions, la création d'une procédure d'arbitrage et la suppression du règlement conventionnel minimal.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 29

(art. L. 162-5-2, L. 162-5-11, L. 162-11, L. 162-12-3, L. 162-12-10, L. 162-12-18, L. 162-14-1, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 722-1-1, L. 722-4 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale pour 1999 et article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins)

Dispositif conventionnel d'aides à l'installation et de prise en charge des cotisations sociales des médecins libéraux

Objet : Cet article vise à élargir le champ d'intervention de la convention afin d'améliorer la gestion des soins de ville.

I - Le dispositif proposé

Depuis deux ans, à l'initiative de Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le Gouvernement s'est saisi de la question de la démographie médicale. L'action entreprise vise à traiter ce dossier dans sa globalité, au travers d'une action cohérente intégrant le relèvement du *numerus clausus* qui régit l'accessibilité aux professions de santé, la question du temps médical et celle des disparités d'installation des médecins et de l'ensemble des professionnels de santé sur le territoire.

L'analyse de la démographie médicale peut être menée de différentes façons. Les rapports commandés par le Gouvernement au Doyen Berland¹ et à Charles Descours², tout comme les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, abordent cette question selon deux approches :

- la première d'ordre quantitatif ;
- la seconde, qui s'inscrit dans une réflexion sur la répartition optimale de l'offre de soins sur le territoire, incluant l'hôpital et la médecine de ville.

Dans le cas des médecins libéraux, cette approche permet d'aborder la question de la démographie sous l'angle de la pénurie observée dans les zones à faible densité médicale et non par un effectif global national. La présence de généralistes est ainsi du simple au double entre la Seine-Saint-Denis et les Hautes-Alpes, ce qui démontre que la question de la densité médicale ne concerne pas uniquement les territoires ruraux.

Pour sa part, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés retient le critère des actes : un territoire déficitaire est une zone où plus de trois généralistes sur quatre comptabilisent plus de 7.500 consultations

¹ Mission « Démographie des professions de santé », Y. Berland, Décembre 2002.

² Rapport relatif à la permanence des soins, C. Descours, janvier 2003.

et visites annuelles. Selon cette analyse, moins de 1 % des habitants de métropole résideraient dans une zone déficitaire en médecins généralistes.

En tout état de cause, la réflexion s'oriente vers la question du libre choix d'installation et des moyens susceptibles d'attirer les professions de santé dans les zones à faible densité médicale.

Outre l'augmentation régulière du *numerus clausus* dont les pouvoirs publics espèrent qu'elle permettra de répondre aux besoins des zones à faible densité, d'autres mesures spécifiques ont été adoptées.

L'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a ainsi institué un dispositif d'aides incitatives à l'installation de professionnels de santé dans certaines zones rurales et urbaines sous-dotées, financé par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et le Fonds d'orientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL).

Le décret fixant les conditions dans lesquelles les zones visées sont définies a été publié le 30 novembre 2003. Il indique que « *le représentant de l'État dans la région procède au recensement des difficultés d'accès aux soins à partir des données relatives à la géographie, à la densité médicale, à la démographie et aux politiques publiques relatives à la politique de la ville et aux zones de revitalisation rurale ainsi que l'organisation des soins sur ces secteurs* ».

Outre les mesures législatives et réglementaires déjà en vigueur, d'autres initiatives ont été présentées.

Ainsi, pour inciter les médecins généralistes à s'installer dans les zones où la densité médicale est la plus faible, l'assurance maladie a mis en place un service de conseil aux médecins généralistes. Ce service, qui sera progressivement généralisé courant 2004, sera ensuite proposé à d'autres professionnels de santé libéraux, et dans un premier temps aux infirmières libérales.

Parallèlement, l'assurance maladie étudie actuellement des propositions d'aide financière (complément de rémunération sous la forme de forfaits annuels) pour inciter les médecins à s'installer dans les zones rurales et périurbaines sous-médicalisées. Le principe de ces dispositifs avait été défini dans le cadre des négociations conventionnelles avec les médecins généralistes au début de l'année 2002.

Par ailleurs, des mesures ont été retenues à l'occasion du comité interministériel d'aménagement du territoire de septembre 2003, notamment l'exonération de taxe professionnelle pour les professionnels de santé s'installant dans les zones de revitalisation rurale et des aides financières de l'État à l'installation ou au regroupement des médecins dans les zones menacées.

Enfin, des dispositifs de lutte contre la pénurie des zones sous-médicalisées figurent dans le plan Urgences, présenté le 30 septembre 2003, afin d'assurer un maillage, équitablement réparti sur le territoire, des médecins libéraux, en cabinet ou à l'hôpital local.

Le présent projet de loi propose de conforter ces mesures en confiant ce nouveau périmètre d'action aux partenaires conventionnels, représentants des professionnels et de l'assurance maladie.

Le **paragraphe I** complète sur deux points la rédaction de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale qui détermine le champ de la négociation conventionnelle entre les professions de santé et l'assurance maladie.

- Les dispositions nouvelles permettent de lui confier le soin de définir des dispositifs d'aides à l'installation des professionnels de santé libéraux dans les zones rurales et urbaines sous-médicalisées.

Pour permettre l'adaptation aux situations locales, elles prévoient aussi que les obligations qui incombent aux professionnels qui bénéficient de ces aides pourront être aménagées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie.

- Par ailleurs, la convention pourra déterminer les conditions de participation des caisses d'assurance maladie au financement des cotisations sociales des professionnels de santé, au titre des allocations familiales, de l'assurance vieillesse, des prestations maladie, maternité et décès, jusqu'à présent fixées par décret en Conseil d'État. L'assiette, le niveau de participation ainsi que les modalités de calcul et de répartition entre les régimes seront également définis par la convention, de même que « *les modalités de leur modulation en fonction du lieu d'installation ou d'exercice* ».

Par coordination, le **paragraphe II** complète la rédaction du premier alinéa de l'article L. 162-11 pour préciser que les conditions de la participation des caisses d'assurance maladie au financement des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux peuvent figurer dans des conventions départementales, à défaut de conventions nationales.

Par coordination toujours, le **paragraphe III** supprime les articles L. 162-5-11, L. 645-2-1 et L. 722-4-1, qui précisent les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent à la prise en charge d'une partie des cotisations sociales dues par les médecins conventionnés ; ces **paragraphes IV et V** abrogent les dispositions prévues par les articles L. 645-2, alinéas 3 à 5 et L. 722-4, alinéas 2 à 6, concernant les cotisations dues au titre des assurances vieillesse et du régime des praticiens et des auxiliaires médicaux conventionnés.

Le **paragraphe VI** modifie la rédaction de l'article L. 162-5-2, qui permet aux conventions, en cas de non-respect des références médicales prévues par celles-ci, de mettre à la charge du médecin tout ou partie des différentes cotisations sociales prises en charge par l'assurance maladie, s'il est conventionné, ou une somme équivalente s'il pratique des tarifs supérieurs à ceux de la convention. Ce dispositif sera remplacé par le versement d'une contribution par le médecin, dont les niveaux, les modalités d'application, de modulation ou de répartition entre régimes seront définis dans la convention des médecins généralistes et des spécialistes.

Le **paragraphe VII** procède à des modifications de cohérence au sein des articles L. 162-12-3 et L. 162-12-10.

Par coordination, le **paragraphe VIII** modifie la rédaction de l'article L. 162-12-18, aux termes duquel les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui ouvre droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération et à la majoration de la participation des caisses d'assurance maladie à leurs cotisations sociales.

Le **paragraphe IX** abroge le dernier alinéa de l'article L. 722-1-1, qui prévoit le montant de la participation des caisses d'assurance maladie au titre des cotisations sociales des médecins pratiquant des honoraires libres et qui ont demandé à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Enfin, le **paragraphe X** supprime, dans l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, les dispositions prévoyant qu'un décret détermine les conditions dans lesquelles le préfet définit les zones où les professionnels de santé, autres que les médecins, peuvent bénéficier d'aides à l'installation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

Il procède à une modification analogue de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins concernant le Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale, qui peut attribuer des aides en vue de faciliter l'installation des médecins libéraux dans des zones où est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre des aménagements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements visant à :

- prévoir que les centres de santé peuvent également bénéficier d'aides à l'installation ;

- indiquer que le nouveau dispositif d'aide à l'installation fera l'objet d'évaluations régionales annuelles et d'une évaluation nationale dans un délai maximum de trois ans ;

- préciser que les aides aux cotisations sociales apportées par l'assurance maladie sont limitées aux prestations sociales de base ;

- coordonner les dispositions applicables aux masseurs-kinésithérapeutes.

III - La position de votre commission

A l'occasion de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, votre commission avait émis des réserves sur l'efficacité à attendre des dispositions visant à orienter l'installation des professionnels de santé.

Le présent projet de loi a choisi de développer une concertation régulière avec les professions de santé et d'user de l'incitation plutôt que de la sanction.

Votre commission souhaite que le recours à une modulation de la participation de la caisse d'assurance maladie au paiement des cotisations sociales, en fonction du lieu d'installation ou d'exercice, qui constitue une nouveauté, puisse permettre de développer une véritable politique d'incitation.

A cet article, **elle vous propose un amendement de coordination et d'adopter cet article ainsi modifié.**

Article additionnel après l'article 29

Accords conventionnels entre l'assurance maladie et les centres de santé

Objet : Cet article additionnel complète le dispositif conventionnel existant entre l'assurance maladie et les centres de santé afin de permettre la conclusion d'accords de bon usage des soins ou de bonne pratique.

Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les centres de santé prennent la forme d'un accord national négocié en application de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale. Pour l'essentiel, cette convention fixe le montant de l'aide financière accordée par l'assurance maladie aux centres de santé.

Le cadre juridique actuel de ces relations ne permet pas d'envisager la signature d'accords portant sur les questions relatives au bon usage des soins ou aux recommandations de bonne pratique.

Alors que le présent projet de loi insiste sur la nécessité de développer des parcours de soins et la mise en place d'accords de bon usage des soins (AcBUS), de contrats de bonne pratique (CBP) ou de contrats de santé publique (CSP), il semble normal de pouvoir associer les centres de santé à ces objectifs.

Les représentants des centres de santé ont d'ailleurs fait part de leur souhait de participer à cette démarche ou d'être associés aux actions engagées sur le fondement de contrats conclus pour d'autres professions conventionnées.

C'est pourquoi il est proposé de modifier les articles L. 162-12-17, L. 162-12-18 et L. 162-12-20 afin d'étendre le cadre juridique de ces dispositifs aux centres de santé.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 29 bis (nouveau)

(art. L. 183-1-2 du code de la sécurité sociale)

Contrats dérogatoires destinés à faciliter l'exercice regroupé des professions de santé dans les zones de densité médicale insuffisante

Objet : Cet article, ajouté à l'Assemblée nationale, crée un nouveau cadre conventionnel régional tendant à inciter à l'exercice regroupé de plusieurs professions de santé, notamment dans les zones sous-médicalisées.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le présent article insère un article L. 181-1-2 dans le code de la sécurité sociale, afin de créer un nouveau cadre conventionnel régional tendant à promouvoir l'exercice regroupé de plusieurs professions de santé, notamment dans les zones rurales ou urbaines affectées par une offre de soins déficitaire.

Il permet aux Unions régionales des caisses d'assurance maladie qui, jusqu'à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, ne jouaient qu'un rôle limité en matière conventionnelle, de conclure des contrats avec des professionnels libéraux afin de les inciter à un exercice regroupé.

Ces contrats comportent des engagements sur l'amélioration de la qualité des soins ainsi qu'un dispositif d'évaluation.

Ils sont soumis pour avis aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral qui disposent de trente jours pour le rendre, à défaut de quoi l'avis est réputé favorable.

Ils sont enfin approuvés par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose un amendement de coordination à cet article et de l'adopter ainsi modifié.

Article 29 ter (nouveau)

Prolongation des conventions nationales avec les professions de santé

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, prolonge jusqu'au 31 décembre 2004, sous certaines conditions, les conventions nationales conclues entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le présent projet de loi modifie substantiellement les modalités selon lesquelles seront conclus les accords conventionnels entre les professions de santé et l'assurance maladie. Il confie la négociation à de nouveaux acteurs (Union nationale des caisses d'assurance maladie), ouvre de nouveaux sujets (modulation de la prise en charge des cotisations sociales en fonction de critères géographiques et médicaux) et accorde un droit d'opposition à l'encontre d'un accord conventionnel à une ou plusieurs organisations syndicales représentant la majorité de la profession concernée.

L'article additionnel, adopté par l'Assemblée nationale, vise à prolonger jusqu'au 31 décembre 2004 les conventions actuellement en vigueur, et dont la date d'échéance intervient entre le 1^{er} août et le 31 décembre 2004.

Cette mesure devrait permettre aux parties en présence d'attendre la promulgation des nouvelles dispositions avant d'entamer les négociations pour aboutir à un nouvel accord.

Il semblerait que seules deux conventions nationales, celle des directeurs de laboratoires et celle des orthoptistes, soient susceptibles de bénéficier de cette mesure de prolongation.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Section 5

-

Organisation de l'assurance maladie

Article 30

(art. L. 221-2 à L. 221-4 du code de la sécurité sociale)

Réforme des instances dirigeantes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Objet : Cet article aménage la répartition des compétences entre les instances dirigeantes de la CNAMTS afin d'instaurer un nouvel équilibre entre les fonctions d'orientation stratégique et celles de mise en œuvre opérationnelle.

I - Le dispositif proposé

Établissement public à caractère administratif, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) gère, sur le plan national, la branche maladie du régime général de sécurité sociale qui rassemble plus de cinquante millions de bénéficiaires et représente 80 % des dépenses annuelles d'assurance maladie.

A ses côtés, 128 Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en France métropolitaine et quatre Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer, seize Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), vingt-deux Unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM) et treize Unions de gestion des établissements de caisses d'assurance maladie (UGECAM), assurent la couverture de l'ensemble du territoire.

Cet article crée de nouvelles instances dirigeantes à la CNAMTS et aménage la répartition des compétences entre elles, afin d'instaurer un équilibre rénové entre les fonctions d'orientation stratégique et de mise en œuvre opérationnelle. A cet effet, le nouveau schéma d'organisation propose de distinguer trois fonctions : l'orientation stratégique confiée au conseil (paragraphe II), la gestion confiée au directeur général (paragraphe III) et le contrôle confié au Conseil de surveillance, qui conserve les mêmes prérogatives.

Le **paragraphe I** de cet article complète la rédaction de **l'article L. 221-2 du code de la sécurité sociale** afin de préciser que la CNAMTS est désormais dotée d'un conseil, qui remplace son actuel conseil d'administration, et d'un directeur général.

Le **paragraphe II** propose une nouvelle rédaction de **l'article L. 221-3 du même code** qui définit la composition et le fonctionnement du conseil.

Ce conseil est composé d'un nombre égal de représentants des assurés sociaux et de représentants des employeurs, tous désignés par leurs organisations syndicales ou professionnelles représentatives, ce qui réaffirme le principe de la gestion paritaire de l'assurance maladie.

Siègent également au conseil :

- des représentants de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) ;

- des représentants « *d'institutions désignées par l'État intervenant dans le domaine de l'assurance maladie* ». Cette rédaction soulève la question d'une éventuelle ouverture du conseil aux associations de malades et d'usagers ou à des organismes d'assurance complémentaire autres que les mutuelles, voire aux professionnels de santé ;

- enfin, des représentants élus du personnel, mais qui ne disposent que d'une voix consultative.

Le nombre de représentants de chaque catégorie sera fixé non plus par la loi mais par décret et leur mandat est de cinq. Le conseil élit en son sein son président.

Le rôle du conseil est profondément modifié par rapport à celui de l'actuel conseil d'administration, qui avait pour mission générale d'administrer la caisse.

La nouvelle rédaction de l'article L. 221-3 attribue au conseil une série de compétences, en matière de définition des orientations, des principes et des objectifs qui conduiront son action stratégique.

Deux compétences d'orientation méritent une attention plus particulière. La première concerne la contribution de l'assurance maladie à la politique de santé, à l'organisation du système de soins et au bon usage de la prévention des soins. La deuxième est relative à la détermination des orientations relatives à la politique de gestion du risque.

Cette attribution va dans le sens d'une meilleure articulation entre l'assurance maladie et le système de santé souhaitée par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Le conseil est également chargé d'élaborer le projet de budget de la CNAMTS de définir les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers.

Enfin, il procède aux désignations nécessaires à la représentation de la caisse dans d'autres instances et à l'examen de toute question relative à l'assurance maladie sur saisine du ministre en charge de la sécurité sociale.

De facto, cet article décharge le conseil de sa mission d'administration de l'établissement public, mission qui échoit au nouveau directeur général dont les modalités de désignation et les compétences sont définies dans le **paragraphe III**, qui insère un nouvel **article L. 221-3-1 au code de la sécurité sociale**.

Cet article prévoit que le conseil est saisi pour avis de la proposition de nomination envisagée. Il peut, à la majorité des deux tiers de ses membres, « *formuler son opposition* » à celle-ci, ce qui ne signifie pas formellement, qu'il puisse s'y opposer.

Le directeur général est nommé pour une durée de cinq ans, soit une durée identique à celle du mandat des membres du conseil.

Le directeur général est chargé de la direction de l'établissement, il a autorité sur l'ensemble du réseau régional et local de l'assurance maladie, et assume la responsabilité du bon fonctionnement de l'ensemble des caisses nationale, régionales et locales.

A cette fin, il dispose de la capacité de prendre toute décision nécessaire et d'exercer toute compétence non dévolue à une autre autorité, notamment au conseil. Il n'exerce donc pas une compétence d'attribution mais une compétence de principe. Cette disposition concourt naturellement à faire du directeur général un exécutif fort.

Au titre des compétences qui lui sont expressément dévolues figurent :

- la négociation et la signature de la convention d'objectifs et de gestion, signée entre la caisse et l'État, ainsi que des contrats pluriannuels de gestion conclus avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

- une compétence générale en matière de gestion de la caisse nationale et du réseau local, soit l'établissement et l'exécution des budgets, y compris la capacité de recourir à l'emprunt, l'organisation et le pilotage de l'ensemble des caisses et la mise en œuvre des systèmes d'information participant à la maîtrise de l'évolution des dépenses et au respect de l'ONDAM ; à ce titre, il semble devoir être responsable, pour l'assurance maladie, de la mise en œuvre du dossier médical personnel.

Pour exercer son mandat, le directeur général représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés et conventions, ordonne les dépenses et recettes de la caisse et recrute et dirige le personnel.

En outre, son pouvoir est renforcé par la capacité qui lui est reconnue de suspendre ou annuler une délibération (d'un conseil) ou une décision (d'un directeur) adoptée par une caisse locale ou régionale méconnaissant les engagements contractuels conclus par la CNAMTS dans le cadre de la convention d'objectif et de gestion (COG) ou d'un contrat pluriannuel de gestion.

Enfin, le directeur général rend compte au conseil de sa gestion de la caisse et du réseau, après la clôture des comptes de chaque exercice.

Le **paragraphe IV** coordonne au sein de l'actuel **article L. 221-4 du code de la sécurité sociale**, les dispositions relatives au conseil avec l'organisation particulière de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Sous réserve de dispositions qui lui seraient spécifiques, la commission des accidents du travail et maladies professionnelles, visée à l'article L. 221-5 du code de la sécurité sociale, exerce les missions dévolues au conseil par le paragraphe II du présent article et est régie par les mêmes règles de fonctionnement.

Le **paragraphe V** prévoit que le mandat des membres actuels du conseil d'administration de la CNAMTS, et de ceux de la commission de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles, prend fin à la date d'installation du nouveau conseil de la CNAMTS.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, outre six améliorations rédactionnelles, huit amendements visant à :

- distinguer dans la composition du conseil, d'un côté, les représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie désignés par l'État, de l'autre, les représentants de la Fédération nationale de la Mutualité française ;

- préciser que la politique de communication à l'égard des assurés et des professions de santé sera conduite dans le respect des guides de bon usage de soins et de bonnes pratiques établis par la Haute autorité de santé ;

- indiquer que la convocation du conseil est de droit quand elle est demandée par la moitié de ses membres ;

- supprimer toute référence à la durée du mandat ;

- autoriser formellement le conseil à s'opposer, à la majorité des deux tiers de ses membres, à la nomination de son directeur général ;

- imposer au directeur général l'obligation d'informer le Parlement, le comité d'alerte et le ministre chargé de la sécurité sociale, des circonstances imprévues susceptibles d'entraîner un dépassement des objectifs de dépenses ;

- préciser que le directeur général rend compte périodiquement au conseil de la mise en œuvre des orientations définies par ce dernier ;

- organiser la transition entre le conseil d'administration actuel et le futur conseil.

III - La position de votre commission

Votre commission observe que la composition du conseil de la CNAMTS reste proche de la situation actuelle, ce qui confirme le principe de la gestion paritaire mais ne la rénove pas en profondeur.

Néanmoins, il faut constater que, si les pouvoirs du conseil semblent réduits, c'est aussi en raison de la création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui bénéficie des nouvelles compétences transférées à l'assurance maladie dans le cadre du présent projet de loi.

Une compétence nouvelle du conseil de la CNAMTS mérite toutefois d'être soulignée. Elle concerne la contribution de l'assurance maladie à la politique de santé. En dépit d'une formulation presque anodine, cette mesure permettra, votre commission l'espère, une meilleure coordination entre le système de soins et les objectifs de santé publique.

Elle relève également un certain déséquilibre entre les pouvoirs confiés au conseil et ceux détenus par le directeur général, qui a été toutefois corrigé par l'Assemblée nationale, notamment en prévoyant que le directeur général rende régulièrement compte de son action au conseil.

Ces observations faites, votre commission vous propose **quatre amendements** qui précisent que :

- le directeur tient le conseil informé ;
- des conventions seront conclues entre la CNAMTS et les organismes qu'elle finance ;
- la CNAMTS est autorisée à procéder à des transactions pour clore les litiges ;
- les travaux du conseil de la CNAMTS et de la branche accidents du travail-maladies professionnelles seront coordonnés.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article additionnel après l'article 30

Capacité des organismes de sécurité sociale d'ester en justice

Objet : Cet article additionnel propose de modifier les conditions dans lesquelles les organismes de sécurité sociale peuvent ester en justice.

Actuellement, les organismes de sécurité sociale doivent prouver leur intérêt à agir lorsqu'ils intentent une procédure devant une juridiction pénale. Or, ce principe n'est pas sans poser de difficultés dans les contentieux de portée nationale (surfacturations, dépassements tarifaires, etc.).

Le présent article propose de compléter le code de la sécurité sociale afin que les Caisses nationales de sécurité sociale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale puissent ester devant les juridictions pénales de leur propre chef, pour la défense des intérêts afférents aux missions qui leur sont confiées.

Ce principe est complété par une mesure spécifique à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et à son réseau local.

Cette disposition autorise la CNAMTS à mettre en œuvre directement, ou avec l'aide des caisses locales (CGC, CPAM, CRAM, URCAM), des actions de contrôle portant sur les dossiers de remboursement et les fichiers informatiques y afférant, et ce afin d'y détecter des fraudes ou des comportements abusifs. Ces procédures, qui seront mises en œuvre avec l'autorisation de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) pourront déboucher sur l'engagement de toute procédure civile ou pénale jugée nécessaire.

Cette disposition permettra à la CNAMTS d'intensifier sa politique de contrôle et de coordonner ses actions en justice avec les différentes caisses du réseau.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 30 bis (nouveau)
**Association des partenaires sociaux à la réforme de
la gouvernance de la branche accidents du travail
et maladies professionnelles**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, organise l'association des partenaires sociaux à la réflexion sur la réforme de la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le rapport annexé à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 recensait les pistes envisagées par le Gouvernement pour l'évolution future de la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT/MP), qui s'articulent autour de deux objectifs principaux : rénover la gouvernance de la branche et statuer sur l'adaptation de notre système de réparation.

Le présent article propose une concertation anticipée sur ce thème, en invitant les partenaires sociaux à soumettre au Gouvernement et au Parlement, un an après la publication de la loi, des propositions de réforme de la

gouvernance de la branche AT/MP, ainsi que, le cas échéant, des propositions relatives aux conditions de gestion de ce risque.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 31

(art. L. 162-5, L. 162-5-12, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-12-17 à L. 162-12-20, L. 162-14, L. 162-15-4 et L. 162-32-1, art. L. 182-2-1 à L. 182-2-7 et art. L. 182-3-1 du code de la sécurité sociale)

Union nationale des caisses d'assurance maladie et Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire

Objet : Cet article crée l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire.

I - Le dispositif proposé

Cet article procède d'une double démarche qui vise :

- d'une part, à améliorer la gestion du régime obligatoire de base avec la création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie réunissant la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et la Caisse nationale d'assurance maladie et de maternité des travailleurs non salariés (CANAM) qui, à elles trois, assurent la couverture de plus de 95 % de la population ;

- d'autre part, à mieux coordonner les actions entreprises par les organismes gestionnaires du régime obligatoire d'assurance maladie et les organismes de protection complémentaire, en instituant l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire qui regroupe en son sein des représentants du secteur de la mutualité, des assurances et des instituts de prévoyance.

La création de cette dernière instance confirme le rôle essentiel joué par les assureurs complémentaires ; elle souligne que le niveau de la couverture de base ne suffit plus à garantir un accès satisfaisant aux soins, ce que l'instauration de la couverture médicale universelle avait déjà mis en évidence.

Le **paragraphe I** insère, après le chapitre II du titre VIII du livre I du code de la sécurité sociale, un nouveau chapitre II *bis* intitulé « *Union nationale des caisses d'assurance maladie - Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire* » composé de deux sections consacrées respectivement à chacune de ces instances.

La section 1, consacrée à l'UNCAM, comporte les sept articles suivants :

▪ **L'article L. 182-2-1** crée l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour mettre en œuvre la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie proposée par le présent projet de loi et les transferts de compétences, au profit des organismes gestionnaires, opérés à cette occasion.

L'Union aura pour rôle de coordonner l'action des trois caisses nationales d'assurance maladie et de nouer un véritable partenariat avec les professionnels. Ses missions seront les suivantes :

- négocier l'accord-cadre, les conventions, avenants et annexes avec les professions de santé et les centres de santé. Jusqu'à présent, ces conventions étaient négociées avec les caisses et se trouvaient validées lorsqu'elles étaient approuvées par la CNAMTS et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie. C'est désormais l'UNCAM qui négociera avec les partenaires de l'assurance maladie, qu'il s'agisse du Centre national des professions de santé ou des professions de santé elles-mêmes. Il en sera de même pour les accords interprofessionnels créés par l'article 6 du présent projet de loi :

- déterminer la liste des actes et des prestations inscrits sur la liste des produits remboursables et fixer leurs tarifs de remboursement ;

- déterminer le montant de la participation forfaitaire de l'assuré (reste à charge) visée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;

- assurer les relations de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire.

▪ **L'article L. 182-2-2** définit le statut de l'UNCAM : à l'instar des caisses nationales du régime général, celle-ci est un établissement public national à caractère administratif. En tant que tel, elle est soumise à la tutelle de l'État, représenté auprès d'elle par des commissaires du Gouvernement.

▪ **L'article L. 182-2-3** dote l'UNCAM :

- **d'un conseil**, composé de douze membres désignés, en son sein, par le conseil de la CNAMTS (six membres), en son sein par le conseil d'administration de la CANAM (trois membres) et en son sein par le conseil central d'administration de la CCMSA (trois membres). La clé de répartition des sièges tient compte de la représentativité de chacune des caisses ;

- **d'un collège des directeurs** composé des directeurs de la CCMSA et de la CANAM, disposant chacun d'une voix, et du directeur général de la CNAMTS à qui sont attribuées deux voix et qui assure les fonctions de

directeur général de l'Union ; là encore, la primauté de la CNAMTS est respectée.

▪ **L'article L. 182-2-4** définit les compétences du conseil de l'UNCAM qui délibère sur :

- les orientations de l'Union dans ses domaines de compétences ;
- la détermination de la participation de l'assuré (reste à charge), sur proposition du collège des directeurs ;
- les orientations de l'Union relatives à l'inscription, sur la liste des produits remboursables, des actes et prestations ;
- les orientations relatives à la négociation conventionnelle ;
- le budget annuel de gestion administrative.

▪ **L'article L. 182-2-5** définit les compétences du directeur général de l'UNCAM. Sur mandat du collège des directeurs, il est chargé de négocier et signer l'ensemble des accords conventionnels avec les professions de santé et les centres de santé, ainsi que les contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion interrégimes.

▪ **L'article L. 182-2-6** précise que la CNAMTS assure la gestion administrative de l'UNCAM sous l'autorité du directeur général.

▪ **L'article L. 182-2-7** prévoit que les ressources de l'UNCAM sont « *notamment* » constituées par des contributions des trois caisses nationales d'assurance maladie. En l'absence de précision apportée par le texte, on peut supposer que la clé de répartition utilisée entre les trois régimes sera celle visée à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.

La section 2 est consacrée à l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire. Elle comporte un **article unique L. 182-3-1** définissant la composition de l'Union, ses missions et l'articulation de son action avec celle de l'UNCAM.

L'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire rassemble :

- des représentants des **mutuelles**, régies par le code de la mutualité ;
- des **institutions de prévoyance**, régies par le code de la sécurité sociale, et qui sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif ayant pour objet, en vertu de l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale, de couvrir les risques de chômage et de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie, ainsi que de verser un capital d'assurance décès, vie ou maternité en fonction des engagements souscrits ;
- des entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances qui, « *sous forme d'assurance directe* », couvrent les mêmes catégories de risques, c'est-à-dire les **assureurs**.

Cette Union est dotée d'un conseil, d'ailleurs non défini, et sera consultée sur les décisions de l'UNCAM en matière d'inscription au remboursement des actes et prestations et de fixation de la participation des assurés (reste à charge).

Par ailleurs, un dialogue constant entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires sera mené, notamment autour des programmes annuels de négociation conventionnelle avec les professions de santé et les centres de santé, mais aussi pour la définition d'actions communes dans la gestion du risque.

Le **paragraphe II** prévoit les dispositions de coordination liées à la création de l'UNCAM et aux missions qui lui sont confiées, notamment en substituant celle-ci aux caisses nationales jusqu'alors décisionnaires. Sont visés :

- le contenu des conventions nationales passées avec les médecins, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales ;
- la gestion des sommes affectées à la formation professionnelle ;
- la conclusion d'accords nationaux de bon usage des soins et de contrats de bonnes pratiques ;
- la négociation avec les centres de santé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté, outre quatre améliorations rédactionnelles, sept modifications de fond visant à :

- modifier la dénomination de l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire en « *Union des organismes d'assurance maladie complémentaire* » ;
- préciser que l'UNCAM peut associer, avec l'accord des professionnels de santé, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire aux négociations conventionnelles ;
- prévoir que l'Union rend un avis motivé et public sur les projets de lois et de décrets relatifs à l'assurance maladie, à partir des délibérations de son conseil ;
- indiquer que les présidents des trois caisses nationales d'assurance maladie sont, de droit, membres du conseil de l'UNCAM, dont ils constituent le bureau ;
- énumérer les missions du collège des directeurs, dont la mise en œuvre des orientations fixées par le conseil en matière d'inscription des soins médicaux remboursés et de relations avec l'assurance maladie complémentaire ;

- joindre le régime local d'assurance maladie complémentaire d'Alsace-Moselle à l'Union des organismes d'assurance maladie complémentaire ;

- créer l'Union nationale des professions de santé qui regroupe toutes les professions de santé et chargée d'émettre un avis sur l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie et sur le niveau du reste à charge des assurés déterminé par l'UNCAM. Un programme annuel de concertation tripartite, l'associant aux deux autres unions, sera examiné.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve le principe de la création d'une structure réunissant les trois principales caisses d'assurance maladie afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et de lui confier de nouvelles compétences, la plus symbolique étant celle de l'inscription des soins médicaux sur la liste des produits remboursables.

Elle constate toutefois que, comme à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la répartition des compétences au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie privilégie le directeur nommé par l'État, ce qui est un moyen paradoxal de rénover le paritarisme.

Elle est également favorable à la création de l'Union nationale des organismes de protection complémentaire, qui permettra d'organiser le dialogue nécessaire entre les régimes obligatoire et complémentaire, afin d'organiser, de manière concertée, la prise en charge des remboursements.

Enfin, l'Assemblée nationale a fort justement rééquilibré le dialogue entre, d'une part, les régimes obligatoire et complémentaire, et d'autre part, les professions de santé en remplaçant le Centre national des professions de santé, en situation d'échec, par l'Union nationale des professions de santé.

Votre commission vous propose d'amender cet article afin de préciser que les règles de fonctionnement des caisses du régime général sont applicables à l'UNCAM et de clarifier les compétences de l'UNPS.

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 31 bis (nouveau)
(art. L. 863-1 à L. 863-5, art. L. 862-1, L. 862-3, L. 862-4 et L. 862-7
du code de la sécurité sociale)

**Instauration d'une aide pour l'acquisition
d'une couverture complémentaire de santé**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, crée une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé pour les personnes qui, du fait de leurs faibles ressources, en sont actuellement privées.

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Adopté à l'initiative du Gouvernement, cet article permet d'ouvrir le bénéfice d'une couverture complémentaire santé à des personnes qui en étaient exclues en raison d'un effet de seuil très pénalisant, conséquence des modalités d'application de la couverture maladie universelle complémentaire.

Le rapport Chadelat constatait ainsi, il y a un peu plus d'un an, que si la création de la CMU complémentaire en 1999 avait pris acte du fait que la couverture de base ne suffisait pas à garantir un accès satisfaisant aux soins, elle était néanmoins « *handicapée par un très fort effet de seuil. La situation est d'autant plus préjudiciable que ce seuil a été fixé à un niveau bas pour des raisons financières* ». Il estimait que « *5 % des Français, soit 3 millions de personnes, demeuraient exclues d'une protection complémentaire pour des raisons financières* ». Aussi ce rapport suggérait-il « *la création d'une aide personnalisée à l'achat d'une assurance maladie complémentaire de base* »¹.

Le présent article s'inscrit dans ce contexte. L'idée est d'apporter une solution aux personnes qui, malgré des revenus modestes, sont exclues du système de solidarité et qui, trop souvent, doivent renoncer aux soins pour des raisons financières. La mesure répond en outre à un engagement du Président de la République pris à Toulouse en juin 2003.

S'ajoute enfin à cette mesure une annonce du Premier ministre selon laquelle 300.000 enfants supplémentaires bénéficieront de la CMUC à compter du 1^{er} janvier 2005.

Selon le Gouvernement, deux millions de personnes seront concernées par le dispositif de cet article. Il s'agit des personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU complémentaire et un plafond supérieur de 15 %.

Le **paragraphe I** procède à la modification par coordination de numérotations de chapitres et d'articles.

¹ Pour un examen détaillé de la question, se reporter au rapport d'information « Assurance maladie : une réflexion dans l'urgence » n° 358 (2002-2003) de M. Alain Vasselle au nom de la commission des Affaires sociales.

Le **paragraphe II** insère un nouveau chapitre dans le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale intitulé « *Crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels* » et cinq nouveaux articles.

• **L'article L. 863-1** prévoit l'ouverture d'un droit à un crédit d'impôt pour les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une société d'assurance ou d'une institution de prévoyance par les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond en vigueur pour la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 15 %.

Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge (l'âge étant apprécié au 1^{er} janvier de l'année) des personnes composant le foyer. Il est fixé aux montants suivants :

- 150 euros par personne âgée de 25 à 59 ans,
- 75 euros par personne âgée de moins de 25 ans,
- 250 euros par personne âgée de 60 ans et plus.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt.

• **L'article L. 863-2** dispose que la mutuelle, la société d'assurance ou l'institution de prévoyance auprès de laquelle le contrat a été souscrit peut déduire du montant de la cotisation ou de la prime annuelle le crédit d'impôt, celui-ci ne pouvant excéder le montant de la cotisation ou de la prime.

• **L'article L. 863-3** concerne l'examen des ressources du demandeur. Celui-ci est effectué par la caisse d'assurance maladie. La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. L'autorité administrative et le directeur de la caisse sont habilités à demander toute pièce justificative au demandeur.

La caisse remet alors une attestation de droit au demandeur qui la présente à une mutuelle, une société d'assurance ou une institution de prévoyance pour obtenir la déduction prévue à l'article précédent.

• **L'article L. 863-4** précise que pour l'examen des ressources du demandeur, les caisses d'assurance maladie peuvent demander toute information nécessaire à l'administration des impôts et aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les communiquer.

• **L'article L. 863-5** prévoit que le fonds de financement de la CMU complémentaire rend compte annuellement au Gouvernement du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt.

Les autres dispositions du paragraphe II modifient par coordination plusieurs articles du code. Ainsi :

- la gestion du crédit d'impôt est confiée au fonds de financement de la CMU complémentaire ;

- les organismes de prévoyance peuvent déduire de la contribution, à laquelle ils sont assujettis en vertu de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, un montant correspondant au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur ;

- les dépenses du fonds de financement de la CMU seront financées par une dotation globale de l'assurance maladie.

L'entrée en vigueur de ce dispositif est prévue, par le **paragraphe III**, au 1^{er} janvier 2005.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve cette mesure qui était vivement attendue. Elle ne permet certes pas encore de régler tous les problèmes et « reporte » l'effet de seuil mais elle constitue un premier pas appréciable pour nombre de personnes exclues du bénéfice d'une protection complémentaire.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 32

*(art. L. 242-1 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale,
art. 83, 154 bis et 995 du code général des impôts
et article 9-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les
garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques)*

Coordination entre l'UNCAM et les organismes de protection sociale complémentaire

Objet : *Cet article a pour objet de renforcer la coordination entre les caisses d'assurance maladie et les organismes d'assurance complémentaire de façon, notamment, à éviter que ces derniers ne prennent en charge des dépenses que l'État ou l'assurance maladie souhaitent voir rester à la charge des assurés.*

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** crée un nouveau titre à la fin du livre VIII du code de la sécurité sociale intitulé « *Dispositions relatives au contenu des garanties en matière de santé bénéficiant d'une aide* ».

Il prévoit de lier le bénéfice des avantages prévus à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale - exclusion partielle de l'assiette des cotisations sociales pour les sommes versées par les employeurs au titre de la prévoyance sous forme de contrats collectifs et obligatoires - et à l'article 995 du code général des impôts - exonération de la taxe spéciale sur les conventions

d'assurance pour certains contrats¹ - au respect de règles relatives, d'une part, aux prestations qui peuvent être prises en charge, d'autre part, aux conditions de leur prise en charge.

Ces règles seront fixées par arrêté pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire.

Le dispositif ainsi mis en place revêt, à l'évidence, un caractère fortement incitatif. Il permet à l'État d'encadrer plus rigoureusement les modalités de couverture des assurés sociaux par les organismes de protection complémentaire.

Les règles fixées par l'arrêté constitueront, ainsi que l'indique l'exposé des motifs du projet de loi, un « *cahier des charges des contrats responsables* », seuls les contrats respectant ce cahier des charges pouvant, à l'avenir, bénéficier de l'exonération de cotisations sociales ou de la taxe sur les conventions d'assurance.

Le **paragraphe II** ménage une période transitoire pour l'adaptation des contrats collectifs en cours à la date de la publication de la présente loi. Ces contrats devront respecter les conditions instaurées au paragraphe I à compter du 1^{er} juillet 2008.

Le **paragraphe III** subordonne la déductibilité du revenu imposable des cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire obligatoires, prévue au 1^o quater de l'article 83 du code général des impôts, au fait que les contrats concernés ne couvrent pas la participation forfaitaire créée à l'article 11 du projet de loi. Il s'agit de faire en sorte que la contribution forfaitaire de un euro reste, en tout état de cause, à la charge des assurés afin de « responsabiliser » leurs comportements.

Le **paragraphe IV** étend le même dispositif aux cotisations et primes visées au deuxième alinéa du I de l'article 154 bis du code général des impôts relatif à la déductibilité du bénéfice imposable au titre des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux.

En complément de ces dispositions, les **paragraphe V et VI** modifient, d'une part, l'article 995 du code général des impôts afin de lier l'exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à la non prise en charge par le contrat de la contribution forfaitaire de un euro et, d'autre part, l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale de façon à inclure dans l'assiette de cotisations les sommes versées pour acquérir une couverture complémentaire qui prendrait en charge cette nouvelle participation forfaitaire.

Le **paragraphe VII** vise à faciliter la révision des contrats collectifs facultatifs et des contrats individuels.

¹ Il s'agit des contrats pour lesquels l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de son contrat et lorsque les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Ainsi, lorsque la participation de l'assuré pour un médicament spécialisé sera augmentée, l'organisme de prévoyance complémentaire pourra décider, lors du renouvellement du contrat, que la part supplémentaire laissée à la charge de l'assuré ne sera pas remboursée. Cette nouvelle disposition intervient par dérogation à l'article 6 de la loi du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, qui rendait obligatoire, pour l'organisme de protection complémentaire, le maintien du remboursement des frais exposés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a simplement précisé les dispositions du « cahier des charges » en ajoutant deux alinéas au paragraphe I :

- les organismes de prévoyance complémentaires ne devront pas prendre en charge la majoration de la participation de l'assuré lorsque celui-ci aura refusé de transmettre le nom de son médecin traitant, ni prendre en charge les prestations pour lesquelles l'assuré aura refusé l'accès à son dossier médical personnel ;

- en revanche, les organismes de prévoyance complémentaire devront prendre en charge les prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant et aux prescriptions de celui-ci, ainsi que l'ensemble des actes et prestations réalisés dans le cadre d'un protocole de soins.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 33

(art. L. 211-2, L. 211-2-1, L. 211-2-2, L. 217-3, L. 217-3-1, L. 217-6 et L. 227-3 du code de la sécurité sociale)

Réforme des instances dirigeantes des caisses primaires d'assurance maladie et autorité du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie sur le réseau

Objet : Cet article organise une nouvelle répartition des compétences au sein des caisses primaires d'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Les 128 Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) remplissent leurs missions dans le cadre, d'une part, de la convention pluriannuelle d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'État et la Caisse nationale de

l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), d'autre part, d'un contrat pluriannuel de gestion (CPG) signé entre la CNAMTS et chaque CPAM.

Ce contrat concrétise la participation de chaque CPAM aux engagements de la CNAMTS. Il est axé sur deux objectifs essentiels et complémentaires :

- l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers et notamment l'amélioration de l'accueil ;

- la gestion du risque au travers de plusieurs programmes à dimension à la fois nationale, régionale et locale, qui font l'objet d'une évaluation annuelle. Les actions de gestion du risque visent à améliorer la qualité des soins dans le cadre d'une politique de maîtrise des dépenses de santé.

Cette recherche de la qualité est reconnue par l'attribution d'une certification ISO 9001 (norme de qualité délivrée par un organisme certificateur international) à vingt CPAM, en attendant la mise en conformité des 108 restantes avant la fin 2005.

Le présent article propose une nouvelle répartition des compétences au sein de ces caisses primaires d'assurance maladie et, notamment, entre le conseil et le directeur, selon qu'il s'agit de fonctions d'orientation ou de fonctions opérationnelles.

Il organise également les relations entre le directeur général de la CNAMTS et les CPAM et prévoit les dispositions transitoires applicables entre le mandat des administrateurs actuels et celui des futurs membres des conseils de caisse primaire.

Le **paragraphe I** réforme l'organisation des CPAM en s'inspirant du modèle suivi pour la CNAMTS à l'article 30 du présent projet de loi.

Il prévoit tout d'abord que chaque caisse primaire est dotée d'un conseil et d'un directeur.

- **Le conseil** est composé d'un nombre égal de représentants des assurés sociaux et des employeurs, ainsi que de représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie et de représentants de la Fédération nationale de la Mutualité française. Cette répartition est identique à celle retenue pour la CNAMTS et, de la même manière, des représentants du personnel siègent au conseil avec voix consultative.

Ce conseil a pour rôle de déterminer, sur proposition du directeur :

- les orientations du contrat pluriannuel de gestion ;
- les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur ;
- les axes de la politique de communication à l'égard des usagers.

Par ailleurs, il délibère sur :

- la politique d'action sanitaire et sociale menée par la caisse dans le cadre des orientations définies par la CNAMTS ;
- les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers ;
- les opérations immobilières et la gestion du patrimoine de la caisse ;
- l'acceptation et le refus des dons et legs ;
- la représentation de la caisse dans les instances ou les organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.

Le conseil peut, par avis motivé rendu à la majorité des deux tiers, diligenter les contrôles nécessaires à l'exercice de ses missions. Il peut être saisi par le directeur de toute question relative au fonctionnement de la caisse.

• Pour sa part, **le directeur** est responsable du bon fonctionnement de la caisse primaire ; il met en œuvre les orientations du conseil et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

Il négocie et signe le contrat pluriannuel de gestion, nomme les agents de direction, signe les marchés et conventions, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes. Il rend compte de sa gestion au conseil après la clôture de chaque exercice.

Le **paragraphe II** précise les conditions dans lesquelles sont nommés les directeurs et agents comptables des organismes régionaux et locaux d'assurance maladie.

Ces personnels sont nommés par le directeur général de la CNAMTS à partir d'une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Le conseil de l'organisme concerné peut s'y opposer à la majorité des deux tiers.

Les **paragraphes III et IV** assurent les coordinations rendues nécessaires, dans le code de la sécurité sociale, par l'introduction de ces nouvelles dispositions.

Le **paragraphe V** prévoit que les contrats pluriannuels de gestion autres que ceux des organismes régionaux sont signés par le directeur général de la CNAMTS et le directeur de la caisse primaire concernée. Il précise également que ces conventions organisent la participation des CPAM au fonctionnement de l'URCAM compétente dans leur ressort territorial.

Le **paragraphe VI** dispose que le mandat des administrateurs en fonction dans les CPAM prendra fin à la date d'installation des nouveaux conseils.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements rédactionnels, ainsi que deux amendements visant à :

- distinguer, d'une part, la désignation des représentants de la Fédération nationale de la Mutualité française, d'autre part, la désignation de représentants d'institutions désignés par l'État intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ;

- organiser une procédure de traitement des réclamations d'usagers et ouvrir la possibilité aux CPAM de recourir à un médiateur commun.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose un amendement visant à confier à une caisse pivot la liquidation des soins dispensés hors de France et d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 33 bis (nouveau)

Compétences des caisses de Mutualité sociale agricole

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, accroît les compétences des caisses de Mutualité sociale agricole.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel complète la rédaction de l'article L. 723-2 du code rural qui définit les compétences des caisses départementales et pluridépartementales de Mutualité sociale agricole. Il dispose que ces caisses peuvent accompagner toute action visant à favoriser la coordination et l'offre de soins en milieu rural.

Cette démarche, qui vise à améliorer la qualité des soins et à assurer la meilleure répartition territoriale possible de l'offre de soins, s'inscrit pleinement dans les objectifs du présent projet de loi.

II - La position de la commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 33 ter (nouveau)

Compétences de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, accorde de nouvelles compétences à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Echelon national de la Mutualité sociale agricole, la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) est un organisme de droit privé, chargé d'une mission de service public. Elle contribue, avec les caisses départementales et pluridépartementales, à la mise en œuvre de la politique sociale agricole définie par le ministre de l'agriculture et représente la Mutualité sociale agricole auprès des tiers et notamment des pouvoirs publics.

Elle a pour missions :

- de conduire et fédérer l'institution de la Mutualité sociale agricole ;
- de coordonner, conseiller et assister les 78 caisses départementales ou pluridépartementales ;
- d'assurer des fonctions de gestion spécifiques.

Cet article additionnel, adopté par l'Assemblée nationale, insère un article L. 723-12-1 dans le code rural, qui dispose que la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, à l'instar du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, contribue à la définition :

- des orientations de la politique de gestion du risque ;
- des principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes ;
- des objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur ;
- des axes de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé.

Ces nouvelles dispositions permettront à la CCMSA de développer une politique propre dans ces domaines et de participer aux coordinations organisées, notamment au niveau régional, par les unions régionales des caisses de sécurité sociale.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 34

(art. L. 123-2-1, L. 224-7 et L. 615-13 du code de la sécurité sociale)

Remplacement du statut réglementaire des praticiens conseils par un statut conventionnel

Objet : *Cet article aligne le statut des membres du service médical de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés sur celui des personnels des organismes de sécurité sociale.*

I - Le dispositif proposé

Organisé et dirigé par la CNAMTS, son service médical est constitué en un service national unique, indépendant des caisses régionales et primaires. Il comporte trois niveaux d'intervention : un échelon national (ENSM), 17 échelons régionaux (ERSM) et 133 échelons locaux (ELSM). L'ENSM participe, notamment, à la refonte des nomenclatures, aux négociations des conventions médicales et aux études destinées à modifier la législation.

Le médecin conseil national apporte un conseil médical au directeur de la CNAMTS et au conseil d'administration. Il dirige l'ENSM et anime le réseau des échelons régionaux et locaux. Il est assisté de praticiens conseils chargés de mission.

Depuis quelques années, le service médical se transforme de plus en plus en instance de conseil, de pédagogie et d'expertise plutôt que de sanction.

Le **paragraphe I** prévoit que les conditions de travail des praticiens conseils exerçant pour le compte de la CNAMTS font l'objet de conventions collectives spéciales qui ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément de l'État.

De facto, cette disposition étend aux membres du service médical le régime conventionnel de droit commun régissant le statut professionnel des agents de la sécurité sociale. L'exposé des motifs du présent projet de loi précise que « *cette mesure fait suite à une large concertation entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des praticiens conseils* ».

Les **paragraphes II** et **III** procèdent à des coordinations rendues nécessaires par l'évolution du statut des praticiens conseils.

Le **paragraphe IV** organise la prolongation des conventions collectives en vigueur jusqu'à l'agrément de la nouvelle convention.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements de nature rédactionnelle.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 34
**Dispositions relatives au Centre national d'études
supérieures de sécurité sociale**

Objet : Cet article additionnel vise à modifier l'appellation du Centre national d'études supérieures de sécurité sociale et à adapter diverses mesures relatives à son personnel.

Créé par le décret du 12 mai 1960, le Centre d'études supérieures de sécurité sociale (CESS) a été transformé, par un décret du 10 juin 1977, en établissement public national à caractère administratif dénommé Centre national d'études supérieures de sécurité sociale (CNESSS).

Ses missions ont été redéfinies par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 relative à la création de la couverture maladie universelle, qui lui a confié la charge de la formation et du perfectionnement du personnel d'encadrement, des agents de direction et des agents comptables. Il est financé, pour partie, par les organismes ou régimes de sécurité sociale.

Cet établissement est aujourd'hui confronté à des défis réels, que ce soit pour répondre efficacement à l'évolution démographique des agents de direction de la sécurité sociale ou pour s'adapter aux mutations du système de protection sociale.

Le conseil d'administration du CNESSS a souhaité modifier l'appellation actuelle du centre pour mieux refléter le rôle de ses élèves et renforcer son attractivité. Il a proposé de lui substituer l'appellation d'« Ecole nationale supérieure de la sécurité sociale ».

Par ailleurs, le présent article vise à supprimer toute référence au caractère exceptionnel du recrutement d'agents de droit privé régis par les conventions collectives relatives à la sécurité sociale afin de faciliter la mobilité de ces personnels. Ces agents sont en effet appelés à occuper normalement des fonctions au sein de l'établissement en remplacement des fonctionnaires d'État qui ont assuré le lancement du CNESSS et dont le nombre décroît d'année en année.

La seconde mesure relative à la gestion du personnel tend à ouvrir la possibilité d'assurer l'intéressement de ces agents, à l'instar de ce qui se pratique déjà pour les agents de la sécurité sociale employés par la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale d'allocations familiales ou la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 35

(art. L. 161-38 et L. 161-28-2 à L. 161-28-4 du code de la sécurité sociale)

Création de l'Institut des données de santé

Objet : Cet article prévoit la création d'un groupement d'intérêt public dénommé « Institut des données de santé » qui aura pour mission de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie et au partage anonyme des données de santé.

I – Le dispositif proposé

La création de l'Institut des données de santé est destinée à combler un vide maintes fois observé mais particulièrement mis en avant dans le récent rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Celui-ci considère en effet que « *la gestion du risque suppose une information partagée sur la pratique médicale* ». Il développe cette idée en indiquant que tant la gestion du risque maladie que la qualité et la continuité des soins appellent « *de nombreux progrès dans la collecte, le rapprochement, le partage de données relatives aux pratiques soignantes et aux parcours médicaux* ». Il insiste enfin sur le fait que « *ces évolutions, pour nécessaires qu'elles sont, ne doivent pas porter atteinte à la liberté fondamentale qu'est le respect du secret médical individuel. Mieux on saura garantir de manière efficace cette confidentialité des données médicales identifiantes, en la limitant au strict cercle des soignants directs et des autorités de contrôle légalement habilitées, mieux on pourra progresser, simultanément, aussi bien dans le partage des informations entre soignants que dans le plus large accès aux données médicalisées de gestion du risque* ».

C'est donc dans cet esprit que le présent article crée l'Institut des données de santé.

Le **paragraphe I** insère une nouvelle section dans le chapitre 1^{er} du titre VI du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale intitulée « Institut des données de santé », composée d'un article L. 161-38 nouveau qui définit le statut et les missions de cet Institut.

L'Institut est créé sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) régi par les dispositions de l'article 21 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France.

Il est constitué « *notamment entre l'État, des organismes nationaux d'assurance maladie, des organismes assurant une prise en charge complémentaire et des organismes représentant des professionnels de santé et des établissements de santé* ».

Sa mission est double :

- assurer la cohérence et veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie ;
- veiller à la mise à disposition des données issues des systèmes d'information de ses membres « *dans des conditions garantissant l'anonymat fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés* ».

On observera le caractère relativement flou des dispositions de cet article, tant en ce qui concerne la composition de l'Institut que ses missions. Seule l'idée du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie semble être véritablement reprise, la configuration précise de la nouvelle entité n'apparaissant pas encore bien claire. Il semble donc qu'il y ait encore une certaine marge avant la création d'un « INSEE de la santé » comme on a déjà pu qualifier ce nouvel organisme.

En effet, le Haut conseil avait bien identifié les deux natures d'informations qui peuvent être récoltées et s'avérer utiles pour la gestion du risque maladie :

- « *l'information individuelle identifiante* » qui permet à la fois de suivre la consommation d'un assuré particulier et la pratique d'un professionnel et qui permet la mise en œuvre de contrôles individuels ;
- « *les informations générales non identifiantes* », anonymes aussi bien en ce qui concerne les assurés que les prescripteurs, destinées à comprendre les comportements de consommation, d'administration de soins, de prescriptions de certains médicaments, etc.

L'Institut devra donc veiller à l'utilisation correcte et différenciée de ces deux types d'informations. Il devra en outre coordonner les informations issues des divers outils qui ont commencé à se mettre en place, principalement :

- à l'hôpital, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ;
- en ville, le codage des actes de biologie, le codage des médicaments et bientôt celui des actes médicaux ;

- le Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), défini à l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale, qui rassemble l'ensemble des données issues du PMSI, des codages et, d'une façon générale, toutes les informations sur les consommations de soins remboursés.

L'exploitation de ces seules données ne paraissait toutefois pas suffisante au Haut conseil qui insistait dans son rapport sur l'utilité « *d'outils statistiques plus restreints en volume et plus riches en informations* ». En constatant l'intérêt des bases de données privées constituées sur des échantillonnages ciblés, il regrettait qu'aucun organisme public ne dispose d'instrument équivalent.

Il serait donc sans doute judicieux que l'Institut s'empare également de cette préoccupation et organise la mise en place de systèmes d'information ciblés et adaptés.

Le **paragraphe II** abroge les articles L. 161-28-2 à L. 161-28-4 du code de la sécurité sociale relatifs au Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie, créé par l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Placé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, ce conseil devait « *garantir la qualité du recueil et du traitement des données relatives aux dépenses d'assurance maladie* ».

L'Institut des données de santé ayant un objet similaire mais plus large, il paraît logique de supprimer, par voie de conséquence, le conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie.

On notera que les présidents des commissions chargées des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat étaient membres de ce conseil. Il conviendrait qu'ils soient également associés aux structures ou, à tout le moins, tenus au courant des travaux du nouvel Institut.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements de conséquence :

- l'un pour modifier la numérotation de la nouvelle section « *Institut des données de santé* » insérée dans le code de la sécurité sociale ;

- l'autre pour prendre en compte le fait que l'article 21 de la loi d'orientation et de programmation pour la recherche relatif aux GIP a été abrogé par l'ordonnance n° 2004-545 du 11 juin 2004 relative à la partie législative du code de la recherche ; celle-ci a en effet inscrit les dispositions relatives aux GIP dans les articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche.

L'Assemblée nationale a par ailleurs adopté un amendement de précision sur les missions du nouvel Institut, en spécifiant deux points :

- les **destinataires** des informations qui pourront être transmises sous le contrôle de l'Institut ne seront pas seulement ses membres mais également la Haute autorité de santé, les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral ainsi que des organismes désignés par décret en Conseil d'État ;

- la **finalité** de la transmission des données sera la gestion du risque maladie ou des préoccupations de santé publique.

III - La position de votre commission

Le **paragraphe II** de l'article 35 supprime le Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie dont les activités sont reprises par l'Institut des données de santé créé au paragraphe I de l'article.

Or, les présidents des commissions en charge des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat étaient membres de ce conseil. N'étant plus membres de l'Institut, dont la composition sera légèrement différente du Conseil, il serait néanmoins opportun qu'ils soient informés des activités du nouvel organisme et donc destinataires de son rapport annuel d'activité.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Section 6
-
Organisation régionale

Article 36 A (nouveau)

Création des unions des professionnels de santé exerçant à titre libéral

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, propose la création d'unions régionales des professionnels de santé exerçant à titre libéral.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Créées dans chaque région par la loi 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, les unions régionales des médecins libéraux (URML) assurent des missions relatives à la qualité des soins (évaluations des pratiques professionnelles), à l'information et à la formation des médecins.

Le présent article additionnel, adopté par l'Assemblée nationale, crée des unions des professionnels de santé exerçant à titre libéral sur le modèle des URML, regroupant dans chaque région ces professionnels, à l'exclusion des médecins. Les missions de ces unions seront définies par décret.

Cet article procède également à une nouvelle rédaction de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale.

Désormais, le caractère représentatif de ces organisations syndicales sera apprécié au regard des élections aux URML, pour les médecins, et aux unions des professionnels de santé exerçant à titre libéral, pour les autres professions de santé, et non plus sur la base d'une enquête de représentativité menée par le Gouvernement.

Les modalités de détermination de cette représentativité et les critères de pondération entre régions seront fixés par décret.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve la création de ces unions régionales des professionnels de santé exerçant à titre libéral qui complètent le dispositif institutionnel encadrant ces professions. Si le parallélisme avec les URML est

maintenu, celles-ci bénéficieront désormais des services d'un organisme capable de leur apporter une expertise en matière de qualité des soins et d'évaluation des pratiques professionnelles.

De même, elle observe que cet article apporte une réponse claire à la question de la représentativité des professions de santé. Cette mesure est bienvenue car, avec l'instauration d'un droit d'opposition à l'encontre d'un accord conventionnel, octroyé à une ou plusieurs organisations syndicales, elle avait pris une importance nouvelle.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 36

*(art. L. 183-1, L. 183-2, L. 183-2-1 à L. 183-2-3 et L. 183-3
du code de la sécurité sociale)*

Renforcement des unions régionales des caisses d'assurance maladie

Objet : Cet article modifie l'organisation et les missions des unions régionales des caisses d'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Créées en 1996, les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) rassemblent les organismes gestionnaires du régime obligatoire d'assurance de la région considérée.

Ces unions sont chargées de définir une politique régionale commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des soins de ville. A cette fin, elles déterminent les actions prioritaires à mener, procèdent à leur suivi et à leur évaluation. Elles contribuent également à la mise en œuvre des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional.

Le **paragraphe I** modifie la rédaction de l'article L. 183-1 du code de la sécurité sociale afin de redéfinir les missions des URCAM.

Ces dernières se voient confier la tâche de déterminer un programme régional de gestion du risque, commun à l'ensemble des organismes d'assurance maladie de leur ressort territorial. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a estimé que les gestions du risque sont une « *fonction qui s'attache au fonctionnement courant du système : au respect, bien sûr, des règles administratives du remboursement, mais aussi à la recherche de son optimisation médicale, respect des bonnes pratiques, évaluation et formation des professionnels, incitation des usagers à adopter des comportements de prévention* ». Dans la mesure où les URCAM se sont vu dotées de

compétences en matière conventionnelle, elles pourront privilégier des actions susceptibles d'améliorer la qualité des soins.

Pour faciliter l'exécution de ce programme, les URCAM disposent de plusieurs leviers :

- les accords de bonne pratique professionnelle et de coordination de soins qu'elles peuvent négocier ;
- l'accès permanent aux données statistiques nécessaires à la gestion du risque ;
- le concours du service de contrôle médical, mais aussi des services administratifs des caisses situées dans leur ressort territorial ;
- la conclusion d'un contrat de services avec les organismes locaux de sécurité sociale.

Le **paragraphe II** procède à des coordinations rendues nécessaires par la nouvelle organisation des CPAM.

Le **paragraphe III** insère trois nouveaux articles L. 183-2-1 à L. 182-2-3 dans le code de la sécurité sociale.

Ces articles organisent la répartition des compétences entre le conseil et le directeur de l'URCAM sur le modèle retenu pour la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et les caisses primaires d'assurance maladie, c'est-à-dire en procédant à la séparation des fonctions d'orientation et des fonctions opérationnelles.

Ils prévoient la mise en œuvre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion interrégimes, conclu entre chaque URCAM et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Ce contrat met en œuvre au niveau régional les objectifs quantifiés d'amélioration de l'efficacité des soins, d'amélioration des pratiques et de bon usage, précise les indicateurs associés à ces objectifs et les modalités d'évaluation de ces résultats.

Ces articles définissent également les modes de nomination des directeurs et agents comptables des URCAM.

Le **paragraphe IV** organise les modalités de nomination et de révocation des directeurs et des agents comptables des URCAM.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A cet article, outre trois amendements de précision, l'Assemblée nationale a adopté cinq amendements visant à :

- confier à l'URCAM le soin de veiller à la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect de priorités de santé arrêtées au niveau régional ;

- préciser que le collège des directeurs de l'UNCAM peut décider de confier la gestion administrative de l'Union régionale à un organisme local d'assurance maladie ;

- souligner que les propositions budgétaires soumises au conseil par le directeur sont réputées approuvées sauf opposition du conseil à la majorité qualifiée ;

- préciser que le directeur général de l'UNCAM peut mettre fin aux fonctions des directeurs et agents comptables d'une union régionale après avis des directeurs de la CANAM et de la MSA ;

- définir les conditions dans lesquelles un praticien peut exercer les fonctions de directeur d'une union régionale.

III - La position de votre commission

Le renforcement des compétences des URCAM fera d'elles des partenaires à part entière des agences régionales d'hospitalisation, mais également des groupements régionaux de santé publique (GRSP).

URCAM et GRSP ont d'ailleurs des missions comparables, les premières seront en charge de la politique régionale de gestion du risque, les seconds mettront en œuvre la politique régionale de santé publique et, dans les deux cas, leur mission consistera à traduire localement des objectifs nationaux et à coordonner l'action des échelons inférieurs.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 37

(art. L. 162-47 du code de la sécurité sociale)

Missions conjointes des ARH et des URCAM

Objet : Cet article renforce les liens entre les agences régionales d'hospitalisation (ARH) et les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

I - Le dispositif proposé

Cet article renforce les liens entre les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) et les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Le **paragraphe I** modifie l'intitulé de la section 10 « Réseaux » du chapitre II du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale en « Organisation des soins ».

Le **paragraphe II** divise cette section en deux sous-sections, la première rétablissant l'intitulé « *Réseaux* » et comprenant les articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe III** détermine le contenu de la sous-section 2 « *Coordination des soins* », composée de l'article L. 162-47. Celui-ci dispose qu'une convention est conclue entre l'URCAM et l'Agence régionale d'hospitalisation de chaque région, afin de fixer les orientations relatives à la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire, et d'organiser la permanence des soins.

Les directeurs de l'URCAM et de l'ARH sont chargés d'établir conjointement le programme annuel des actions destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance de soins à visée préventive ou curative. Ils définissent également un programme de gestion annuelle du risque dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires.

Le **paragraphe IV** prévoit que les orientations relatives à la répartition territoriale des professionnels de santé sont jointes à l'annexe du schéma régional d'organisation sanitaire.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A cet article, l'Assemblée nationale a adopté six amendements visant à :

- créer une mission régionale de santé ;
- soumettre les orientations et propositions définies par cette mission en ce qui concerne la répartition territoriale des professionnels de santé et le dispositif de permanence des soins à l'avis de la conférence régionale de santé ;
- prévoir que cette mission est dirigée alternativement par le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM ;
- soumettre les projets de programme en matière de coordination des soins et de gestion du risque à l'avis de la conférence nationale de santé ;
- prévoir que la conférence nationale de santé tient la mission informée de ces travaux ;
- indiquer que la mission apporte son appui aux programmes mis en œuvre par le groupement régional de santé publique.

III - La position de votre commission

Votre commission considère que cet article est essentiel à un double titre.

Tout d'abord, il s'attache à créer les conditions d'une meilleure coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. Pour ce faire, il organise un dialogue entre les URCAM et les ARH sur quatre thèmes :

- la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux. Ce point est d'autant plus important que les URCAM disposeront désormais d'une véritable compétence conventionnelle au niveau régional pour promouvoir la qualité des pratiques, mais également pour inciter les professionnels de santé à un exercice regroupé, notamment dans les zones sous-médicalisées ;

- l'organisation de la permanence des soins, c'est-à-dire la coordination, sur le territoire régional, des permanences assurées, d'une part, par les médecins libéraux ou les maisons médicales de garde, d'autre part, par les services d'urgences des établissements de santé ;

- la définition d'une politique commune de gestion du risque permettra de promouvoir les recommandations de bonne pratique chez tous les professionnels de santé exerçant en ville, dans les centres de santé ou dans les établissements de santé ;

- l'intégration, à titre indicatif, des orientations de répartition de l'offre de soins de ville au sein des SROS chargés de la répartition de l'offre de soins hospitalière rendra possible une meilleure coordination de cette offre entre ville et hôpital.

Ensuite, il convient de ne pas exclure que cette coordination, à laquelle pourraient se joindre les groupements régionaux de santé publique, préfigure la création prochaine d'agences régionales de santé.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 37 bis (nouveau)

Expérimentation de la mise en place d'agences régionales de santé

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à mener une expérimentation tendant à la mise en place d'une agence régionale de santé.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel dispose que, dans un délai d'un an après l'entrée en vigueur de la présente loi, une expérimentation tendant à la mise en place d'une agence régionale de santé sera menée pendant une durée de quatre ans. Le Gouvernement désignera, parmi les régions volontaires, celles qui conduiront cette expérimentation en se fondant sur le fonctionnement des missions régionales de santé constituées entre les Agences régionales

d'hospitalisation (ARH) et les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

L'objectif est d'approfondir la coordination entre les soins de ville et l'hôpital, la définition de l'offre de soins sur le territoire de la région ou encore l'organisation de la permanence des soins.

Toutefois, cette expérimentation demeurera, à certains égards, incomplète puisque les groupements régionaux de santé publique, chargés de la mise en œuvre des plans régionaux de santé publique, ne participent pas à ces missions régionales de santé alors même qu'ils accueillent, au sein de leur conseil d'administration, les représentants des URCAM et des ARH.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable au principe de l'expérimentation prévue par le présent article et souhaite que cette expérimentation fasse l'objet d'une évaluation approfondie.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 38

(art. L. 121-1, L. 121-2, L. 151-1, L. 153-5, L. 153-8, L. 200-3, L. 221-1, L. 221-5, L. 224-1, L. 224-5-2, L. 224-9, L. 224-10, L. 227-2, L. 228-1, L. 231-1 à L. 131-12, L. 251-2 à L. 251-4, L. 262-1 et L. 281-2 à L. 281-6 du code de la sécurité sociale)

Coordination

Objet : Cet article tire les conséquences des modifications institutionnelles intervenues dans l'organisation des échelons de l'assurance maladie et assure les coordinations nécessaires dans le code de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Cet article organise les différentes coordinations résultant des dispositions proposées par le projet de loi.

Pour l'essentiel, ces mesures prennent en compte la transformation du conseil d'administration en conseil, au sein de la CNAMTS, des URCAM et des CPAM.

Sont également visées les dispositions relatives à la nomination d'un directeur général de la CNAMTS, qui remplace son actuel directeur, et celles relatives aux nouveaux pouvoirs conventionnels accordés à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté une nouvelle rédaction de l'article, destinée à clarifier et harmoniser ses dispositions.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

TITRE III
-
**DISPOSITIONS RELATIVES AU FINANCEMENT DE
L'ASSURANCE MALADIE**

Article 39

(art. L. 131-7 du code de la sécurité sociale)

Mesures visant à garantir les ressources de la sécurité sociale

Objet : Cet article propose une série de mesures tendant à garantir aux régimes de sécurité sociale la compensation, par l'État, des diminutions de recettes dont il est à l'origine.

I - Le dispositif proposé

• *Mise en perspective historique*

Entreprise lors de la crise économique des années 1970, la politique d'incitation à l'embauche, notamment de la main-d'œuvre la moins qualifiée, par l'exonération partielle ou totale de cotisations sociales patronales, s'est plus particulièrement développée au cours des années 1980.

Décidées par l'État, ces politiques se traduisaient, le plus souvent, par une perte de recettes de cotisations, non compensée, pour les régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette absence de compensation avait ainsi nourri, parmi d'autres éléments, la célèbre polémique sur les « charges indues » supportées par la sécurité sociale, qui servait d'ailleurs parfois de prétexte aux partenaires sociaux pour justifier leur propre inaction.

Afin de mettre fin à cette polémique stérile, et de placer chacun devant ses responsabilités, l'article 5 de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994, dite « loi Veil », codifié depuis à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, dispose que : « *Toute mesure d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'État pendant toute la durée de son application.* »

Conformément à cette disposition, les mesures d'exonérations de cotisations antérieures à 1994 sont demeurées non compensées et, de ce fait, restées à la charge de la sécurité sociale. Il s'agit, principalement, du contrat emploi-solidarité (loi du 19 décembre 1989), du contrat emploi-consolidé (loi du 29 juillet 1992) et de l'exonération pour l'embauche d'un premier salarié

(loi du 13 janvier 1989). Les autres dispositifs sont des exonérations accordées au titre des emplois familiaux et des mesures en faveur du temps partiel.

En revanche, les nouveaux dispositifs d'exonérations de cotisations entrés en vigueur à partir de 1994 ont été, du moins jusqu'en 2000, compensés à la sécurité sociale par le budget de l'État¹.

Ce dispositif de financement des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale présentait le mérite de la transparence et plaçait chacun des acteurs concernés, État et sécurité sociale, face à ses propres responsabilités. Or, il a été profondément bouleversé en 2000, avec l'entrée en vigueur effective des nouveaux « allègements 35 heures ».

La loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 avait prévu la mise en place, à compter du 1^{er} février 2000, d'un nouvel allègement de charges sociales fusionnant, dans le cadre des 35 heures, le dispositif précédent d'aide sur les bas salaires et celui en faveur de la réduction du temps de travail. Le coût de ces allègements s'élevait à 15 milliards d'euros annuels, qui auraient dû rester à la charge intégrale du budget de l'État, conformément aux dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

Or, le gouvernement de Lionel Jospin n'a pas voulu assumer le coût budgétaire de cette politique et a créé le fameux FOREC, détournant ainsi l'esprit des dispositions de la loi Veil.

Ce fonds de financement avait pour mission de rembourser aux régimes sociaux le coût de l'ensemble des allègements de cotisations. Il était doté pour cela de recettes provenant du budget de l'État mais également du produit de contributions affectées à la sphère sociale, régimes et fonds concourant à leur financement. En conséquence, le FOREC compensait bien - mais insuffisamment² - les exonérations de cotisations liées aux 35 heures, mais cette compensation constituait partiellement un trompe-l'œil puisque les ressources utilisées provenaient des régimes sociaux eux-mêmes. La sécurité sociale « s'autocompensait » ainsi le coût des exonérations sociales.

• *Les dispositions du présent article*

Les dispositions du présent article tirent les conséquences de cette expérience en durcissant les dispositions posées par l'article 5 de la loi Veil du 25 juillet 1994.

1 Réduction dégressive sur les bas salaires, dite « ristourne Juppé » ; allègement en faveur de l'incitation à la réduction collective du temps de travail institué par la loi n° 96-502 du 11 juin 1996, dite « exonération de Robien » ; aide incitative créée par l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998, dite « Aubry I » (ces dispositifs ayant été fusionnés dans le « dispositif Fillon » entré en vigueur au 1^{er} juillet 2003) ; exonérations de cotisations d'allocations familiales pour les salariés des exploitants agricoles et des entreprises relevant de certains régimes spéciaux de sécurité sociale.

2 Il a d'ailleurs laissé une dette de 2,3 milliards d'euros que le gouvernement de Lionel Jospin a tenté d'annuler en loi de financement pour 2002, mais le Conseil constitutionnel a censuré cette opération. Le Gouvernement de Jean-Pierre Raffarin a procédé au remboursement de cette dette auprès de la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

Le **paragraphe I** formalise ce changement en proposant un nouvel intitulé pour le chapitre premier *bis* du titre III du livre premier du code de la sécurité sociale : il remplace une garantie des ressources de la sécurité sociale par l'actuelle « *prise en charge par l'État de certaines cotisations de sécurité sociale* ».

Le **paragraphe II** modifie les dispositions de l'article unique L. 131-7 de ce chapitre, qu'il complète par trois mesures :

- **l'introduction d'une garantie pour les contributions** (impositions et taxes affectées) affectées à la sécurité sociale, identique à celle dont elle bénéficie déjà pour ses cotisations. Cette disposition importante est néanmoins ambiguë : s'agit-il de compenser les seules mesures visant à réduire le produit de contributions collectées (exonération de CSG pour les retraités non imposables par exemple) ou bien aussi celles qui modifient la répartition du produit d'un impôt affecté à la sécurité sociale ? L'expérience du FOREC a montré que l'on pouvait détourner l'esprit de la loi Veil en diminuant le montant des impositions affectées aux différents régimes et en compensant les allègements de cotisations avec le produit de ces contributions détournées. Pour être convaincant, le dispositif ici proposé devra s'appliquer à ces deux cas de figure :

- l'introduction d'une garantie identique pour **les mesures de réduction ou d'abattement de l'assiette** de ces cotisations et contributions ;

- **l'introduction d'une compensation pour les transferts de charges intervenant entre la sécurité sociale et l'État**. Une telle disposition aurait empêché, par exemple, de mettre à la charge de la CNAF, le financement de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire ou de faire basculer des pans significatifs du budget de la santé publique sur les comptes de l'assurance maladie.

La conjonction de ces trois éléments devrait mettre fin à la polémique existant entre l'État et les partenaires sociaux sur le thème des « charges indues ».

Le **paragraphe III** propose d'indemniser la sécurité sociale à hauteur d'un milliard d'euros par la rétrocession d'une fraction supplémentaire du produit du droit de consommation sur les tabacs encore détenu par l'État. On peut y voir le souci du Gouvernement de réparer la non-compensation, à l'assurance maladie, de certaines exonérations de cotisations sociales antérieures à 1994, c'est la position du rapporteur de l'Assemblée nationale, ou, comme l'a indiqué votre commission, un début de réparation des conséquences financières de l'effet FOREC¹.

¹ Cf. *Exposé des motifs du présent texte* : « Cette mesure permet de réaffecter à l'assurance maladie une partie des recettes qui lui avaient été retirées au profit du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) afin de financer les allègements de cotisations sociales liées à la réduction du temps de travail. »

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite de l'intention que traduisent les dispositions du présent article. Le respect de l'intégrité des comptes sociaux et l'étanchéité des finances respectives de l'État et de la sécurité sociale constituent, pour elle, une préoccupation déjà ancienne justifiant, ses travaux en témoignent, une attention de tous les instants.

Elle ne rappellera pas, à cette occasion, les remarques d'ordre général relatives au pilotage des finances publiques et se bornera à formuler deux observations sur le dispositif proposé.

- Sur le caractère relatif et contingent des garanties

Relatif, car les dispositions ici proposées sont de nature législative et que le législateur peut se soustraire à l'application des règles précédemment édictées. Tant que le contenu de ces garanties ne figurera pas dans les normes organiques régissant les lois de financement de la sécurité sociale, ce risque demeurera. La révision, annoncée pour la session prochaine, de ces normes sera l'occasion d'assurer l'effectivité du respect de ces dispositions. Votre commission y sera attentive.

Contingent, en ce que ces dispositions n'auront de réalité que lorsqu'elles seront effectivement appliquées. Les comptes de l'ACOSS affichent plus de 750 millions d'euros d'exonérations de cotisations devant donner lieu à compensation depuis l'année 2000, sans que cette compensation ait été versée. Les régimes de sécurité sociale ne disposent d'aucun moyen pour contraindre les services de l'État à acquitter leur dette.

- Sur l'imprécision de leur portée

En l'état, les dispositions s'adressent aux régimes de sécurité sociale : la compensation des pertes de recettes fiscales vise « *la sécurité sociale* », qui n'est pas en soi une entité juridique.

Deux catégories d'organismes doivent pourtant être mentionnées et bénéficier de cette garantie de recettes :

- les fonds concourant au financement des régimes de sécurité sociale, visés à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, parmi lesquels figure notamment le fonds de solidarité vieillesse (FSV). Ces fonds entrent dans le périmètre des lois de financement de la sécurité sociale et participent au financement des régimes. L'État a pu les utiliser pour procéder à la captation des ressources des régimes sociaux. Le FSV, pour sa part, a cédé une fraction significative de ses recettes fiscales les plus importantes au FOREC (l'intégralité des droits de consommation et de circulation sur les boissons alcoolisées, la taxe sur les contrats de prévoyance) ou pour le

financement de l'allocation personnalisée d'autonomie qui n'appartient pas au champ de la sécurité sociale (CSG). C'est pourquoi leurs recettes doivent, dans l'intérêt des régimes de sécurité sociale qu'elles servent à financer, bénéficier des mêmes garanties que ces derniers ;

- **la CADES**, qui ne constitue pas un organisme de sécurité sociale¹ et ne relève pas du champ des lois de financement de la sécurité sociale. Plusieurs mesures décidées depuis 1998 ont affecté soit l'assiette, soit le montant perçu de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) obérant la faculté de cette Caisse à rembourser effectivement et de manière anticipée la dette des régimes de sécurité sociale.

Même s'il a été considéré à l'Assemblée nationale que les recettes affectées aux fonds et à la CADES étaient couvertes par le dispositif proposé par cet article, **votre commission propose par amendement, de le prévoir explicitement.**

Elle propose également de préciser que ces organismes sont parties au mécanisme de compensation des transferts de charges prévu par cet article.

En effet, dans le cas contraire, l'État pourrait les utiliser comme des « chambres de compensation » entre son budget et les régimes, mettant à la charge d'un fonds une dépense qu'il souhaite faire supporter à un régime de sécurité sociale, puis diminuant le financement dudit fonds à ce régime au titre d'une autre dépense. La précédente législature a fourni de nombreux exemples de l'application de cette technique. Enfin, il reste encore à l'État la possibilité de créer un fonds pour se décharger d'une dépense qui lui incombe en faisant financer cette dernière par un régime de sécurité sociale. Le fonds servant à financer l'achat d'un stock de médicaments pour lutter contre une éventuelle attaque bio terroriste (Biotox) relève de cette inspiration.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 40

*(art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale
et art. L. 324-12 et L. 324-14 du code du travail)*

Consolidation du recouvrement des recettes de la sécurité sociale

Objet : Cet article vise à modifier les règles relatives à l'assujettissement au régime général et les règles relatives à la lutte contre le travail dissimulé.

I - Le dispositif proposé

¹ La CADES est un organisme divers d'administration centrale.

Le paragraphe I modifie la liste des catégories professionnelles assujetties au régime général pour y inclure les personnes visées au 2° de l'article L. 781-1 du code du travail, c'est-à-dire « *les personnes dont la profession consiste essentiellement, soit à vendre des marchandises ou denrées de toute nature, des titres, des volumes, publications, billets de toute sorte qui leur sont fournis exclusivement ou presque exclusivement par une seule entreprise industrielle ou commerciale, soit à recueillir les commandes ou à recevoir des objets à traiter, manutentionner ou transporter, pour le compte d'une seule entreprise industrielle ou commerciale, lorsque ces personnes exercent leur profession dans un local fourni ou agréé par cette entreprise et aux conditions et prix imposés par ladite entreprise* ».

Cette affiliation résout notamment la question ancienne de l'affiliation des personnes gérant un fonds de commerce dans le cadre d'un accord de franchisage.

Dans un premier temps, la Cour de cassation avait considéré que les accords de franchisage excluaient l'existence d'un lien de subordination et avait écarté l'assujettissement des personnes visées (Chambre sociale de la Cour de cassation, 27 septembre 1989). Mais, par trois arrêts rendus le 4 décembre 2001, cette même Cour est revenue sur sa jurisprudence en jugeant que les dispositions du code du travail leur étaient applicables « *sans qu'il soit besoin d'établir l'existence d'un lien de subordination* ».

Il est ici proposé de reprendre la jurisprudence de la Cour de cassation, en prévoyant que lorsque les dispositions du 2° de l'article L. 781-1 du code du travail sont réunies, les personnes visées sont assujetties au régime général.

Le paragraphe II vise à renforcer l'arsenal juridique de lutte contre le travail dissimulé.

Travail illégal et travail dissimulé

Le travail illégal

Le travail illégal est une notion générique désignant un ensemble d'infractions à l'ordre public, économique et social renvoyant à une incrimination précisément établie par le code du travail.

Ces infractions sont notamment le travail dissimulé, le marchandage, le prêt illicite de main d'œuvre, l'emploi direct ou indirect d'un étranger dépourvu de titre de travail, le détournement des règles organisant le travail temporaire, le placement payant, l'emploi non déclaré d'un salarié par un particulier, le cumul d'emplois et la fraude aux revenus de remplacement.

Les URSSAF sont compétentes pour traiter exclusivement les infractions de travail dissimulé.

Le travail dissimulé

Parmi les infractions relevant du travail illégal figure le travail dissimulé, appelé, « travail clandestin » antérieurement à la loi du 11 mars 1997. La définition

juridique de ce délit précise les deux formes de fraudes susceptibles d'être sanctionnées : la dissimulation d'activités économiques et la dissimulation de salariés.

Ainsi, se rendent coupables de travail dissimulé, aussi bien la personne qui exerce une activité économique sans avoir déclaré son entreprise, que celui qui dissimule tout ou partie des salariés qu'il emploie que ce soit pour la totalité ou une partie seulement des heures réellement effectuées par ceux-ci.

Ce délit ne peut être relevé à l'encontre du salarié non déclaré par son employeur. Victime de la dissimulation de son emploi organisée par ce dernier, le salarié ne peut être tenu pour responsable ou coresponsable. De même, en définissant le travail dissimulé, le législateur n'a fait aucune référence à la nationalité de l'auteur ou de la victime de l'infraction. La loi n'établit donc aucune relation *a priori* entre la situation administrative des étrangers et le travail dissimulé.

Ce paragraphe propose successivement :

- 1° : de permettre aux agents habilités à effectuer des contrôles d'obtenir copie des documents auxquels la loi leur donne accès afin de rendre plus faciles la constitution de preuves et la conduite de leur mission. Ces documents sont ceux qui établissent que l'entreprise a rempli ses obligations sociales, ainsi que ceux justifiant de ses relations commerciales avec des tiers (devis, bons de commandes ou de travaux, factures et contrats, etc.) et qui témoignent de l'activité réelle de l'entreprise ;

- 2° : d'étendre la liste des personnes susceptibles d'être auditionnées par ces agents, aux personnes ayant été rémunérées ou présumées telles, afin notamment de faciliter la mise à jour d'infractions passées ;

- 3° : d'autoriser ces agents à dresser des procès-verbaux des auditions et à demander aux personnes auditionnées de prouver leur identité et leur adresse.

Le paragraphe III modifie le régime des responsabilités du donneur d'ordre en cas de travail dissimulé.

Ce régime a fait l'objet d'une première modification par la loi du 31 décembre 1991 relative au travail clandestin. Cette loi a instauré une solidarité financière pour le paiement des impôts et cotisations sociales entre celui qui exerce le travail clandestin et celui qui utilise ces services dans le cadre d'une relation contractuelle directe, d'une sous-traitance ou d'un contrat passé en France avec une entreprise établie à l'étranger.

La loi du 11 mars 1997, ayant le même objet, a étendu la solidarité financière au paiement des pénalités et des majorations, ainsi qu'aux indemnités dont pourrait être bénéficiaire un salarié dissimulé. Elle a obligé le donneur d'ordre à s'assurer, lors de la conclusion d'un contrat, que son sous-traitant s'acquitte de ses obligations sociales.

Le 1° de ce paragraphe renforce cette obligation en imposant le principe d'un contrôle semestriel et ce jusqu'à la fin du contrat. Ainsi, le

donneur d'ordre ne pourra pas être déchargé de ses obligations pour s'être contenté d'un seul contrôle initial de son sous-traitant.

Le 2° de ce paragraphe permet, par coordination, de sanctionner les infractions passées, en remplaçant la référence à l'exercice présent d'un travail dissimulé par la référence au procès-verbal pour délit de travail dissimulé. Ainsi, une infraction passée faisant l'objet d'un procès-verbal pourra désormais engager la responsabilité du donneur d'ordre.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre commission

Votre commission rappelle que le renforcement de la lutte contre le travail dissimulé - et plus largement contre le travail illégal - figure parmi les objectifs de la convention d'objectif et de gestion signée entre la branche chargée du recouvrement et l'État.

Le rapport de bilan 2002 de la lutte contre le travail illégal publié par l'ACOSS en juin 2003 est à cet égard encourageant. Celui-ci rappelle néanmoins que *« même si des coups lui ont été portés, le travail illégal demeure une réalité. Il emprunte des formes de plus en plus sophistiquées dans un environnement lui-même plus mouvant, plus complexe, plus dispersé »*.

L'activité de contrôle est significative et s'appuie sur un ciblage et des partenariats. En 2002, plus de 37.000 salariés ont été contrôlés, ce qui a donné lieu à 1.335 verbalisations et la mise en recouvrement de 33 millions d'euros de contributions et cotisations - dont la moitié concernant deux secteurs d'activités : les services et les bâtiments et travaux publics.

Le législateur devait à l'évidence conforter les moyens juridiques accordés aux agents des URSSAF et des autres administrations qui participent à ces contrôles (forces de l'ordre, inspection du travail, agents des douanes et des impôts). Votre commission propose en conséquence de renforcer le mode de constitution de la preuve, en permettant aux agents en charge du contrôle d'exiger la remise d'une copie immédiate, quel que soit leur support, des documents concernés.

Tel est l'objet de cet article que votre commission vous demande d'adopter ainsi amendé.

Article 41

(art. L. 136-2, L. 136-7-1 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale)

Dispositions relatives à la contribution sociale généralisée

Objet : Cet article modifie l'assiette et les taux de la contribution sociale généralisée.

I - Le dispositif proposé

Le présent article modifie les dispositions régissant l'assiette et les taux de la contribution sociale généralisée (CSG).

Le paragraphe I abaisse de 5 % à 3 % le montant de l'abattement représentatif des frais professionnels appliqués aux traitements et salaires pris en compte pour le calcul de la CSG.

Actuellement, la contribution est prélevée sur une assiette correspondant à 95 % du salaire, en raison de la différence de situation des salariés et des non-salariés, ces derniers étant imposés sur une assiette nette de tous frais professionnels.

Les réformes du 10 décembre 2002, relative à l'évaluation des avantages en nature en vue du calcul des cotisations de sécurité sociale, et du 20 décembre 2002, relative aux frais professionnels déductibles pour le calcul des cotisations de sécurité sociale, ont modifié les modalités de prise en compte des frais et avantages dont bénéficient les salariés, afin d'y intégrer de nouveaux éléments (déplacements, moyens technologiques, etc.).

Dès lors que l'abattement de 5 % était cumulable avec les possibilités de déductions susmentionnées, il était nécessaire de procéder à un ajustement de l'économie générale du dispositif. Aussi, le présent paragraphe réduit de deux points l'abattement pratiqué sur l'assiette salariale pour le calcul de la CSG.

Le paragraphe II modifie les taux des différentes CSG et l'affectation de leur produit entre les différents organismes bénéficiaires.

Le 1^o réécrit le I de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale pour distinguer les taux applicables aux revenus d'activité, du capital et des jeux. Le taux en vigueur est uniformément fixé à 7,5 %. Il est proposé de laisser ce taux inchangé pour les premiers, de le porter à 8,2 % pour les deuxièmes et à 9,5 % pour les troisièmes.

Le 2^o modifie les dispositions du II de l'article L. 136-8 où figure le taux dérogatoire applicable aux revenus de remplacement. Le projet de loi laisse inchangé le taux applicable aux indemnités journalières et allocations de chômage imposables à l'impôt sur le revenu (6,2 %) mais majore de 0,4 % le taux applicable aux pensions de retraites et préretraites (6,6 %).

Le paragraphe III modifie les taux applicable à la CSG sur les jeux, en majorant toutes les catégories de ce produit de 2 %.

Modifications proposées pour les taux et l'assiette de la CSG

Catégorie	Revenus assujettis	Assiette en vigueur	Assiette proposée par le projet de loi	Taux en vigueur	Taux proposé par le projet de loi
CSG sur les revenus d'activité		95 % du revenu brut	97 % du revenu brut	7,5 %	inchangé
CSG sur les revenus de remplacement	IJ et allocations chômage imposables à l'IR	100 % de la pension brute, de la préretraite et des IJ	100 % de la pension brute, de la préretraite et des IJ	6,2 %	inchangé
	Pensions, rentes, préretraites imposables à l'IR	95 % de l'allocation chômage	97 % de l'allocation chômage	6,2 %	6,6%
	Non imposables à l'IR mais imposables à la taxe d'habitation			3,8 %	inchangé
CSG sur les placements				7,5 %	8,2%
CSG sur le patrimoine				7,5 %	8,2%
CSG sur les jeux	Jeux de la Française des jeux	23 % des sommes mises	inchangée	7,5 %	9,5%
	Paris hippiques	14 % des sommes engagées	inchangée		
	Casinos - jeux automatiques	68 % du produit brut	inchangée		
	Casinos	gains des joueurs supérieurs à 1.500 euros	inchangée	10%	12%

Par ailleurs, **le 3° du paragraphe II modifie la répartition du produit de la CSG** qui figure à l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

La modification des clefs de répartition des taux est construite de façon à réserver, autant que possible¹ aux seuls régimes d'assurance maladie, le produit de l'élargissement de l'assiette et du taux de la CSG qui pourrait assurer un surcroît de recettes de 2,3 milliards d'euros.

Ces opérations entraînent :

¹ Il n'est en réalité pas techniquement possible d'affecter la totalité du produit de l'accroissement d'assiette prévu par le I du présent article, en raison de la nécessité de l'indivisibilité de certains taux. Ainsi, le produit de l'élargissement de l'assiette de CSG appliqué aux indemnités chômage ne fait pas l'objet d'une redistribution au profit exclusif de l'assurance maladie.

- une modification des taux de CSG sur les revenus d'activité attribués respectivement aux régimes d'assurance maladie, à la CNAF, au FSV et au FFAPA-CNSA¹. Le taux de cette CSG demeure inchangé (7,5 %) mais son assiette est élargie par le I de cet article. Pour réserver le produit de cet élargissement aux régimes d'assurance maladie, il est donc nécessaire de minorer le taux perçu par les autres organismes et majorer celui versé au bénéfice de l'assurance maladie. **Cette diminution ne comporte aucune incidence sur le montant de CSG versé annuellement à la CNAF, au FSV ou au FFAPA- CNSA, ces organismes percevant un taux réduit sur une assiette élargie ;**

- une augmentation des taux de CSG perçus par les régimes d'assurance maladie sur l'ensemble des autres revenus, ces régimes étant bénéficiaires de la totalité de l'augmentation des taux proposés par le présent article (0,4 % sur certains revenus de remplacement, 0,7 % sur les revenus du capital et du patrimoine, 2 % sur les jeux).

Le tableau ci-dessous récapitule les modifications introduites par le présent article dans la répartition de la CSG affectée à la CNAF (1°), au Fonds de solidarité vieillesse (2°), au FFAPA-CNSA (3°) et aux régimes d'assurance maladie (4°).

¹ Caisse nationale d'allocation familiale, Fonds de solidarité vieillesse, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - Se substitue depuis le 1^{er} juillet au Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie.

	Taux de CSG en vigueur	Proposé par le projet	Répartition actuelle	Proposée par le projet
CSG sur les revenus d'activité des personnes physiques salariées (salaires et traitements)	7,5 %	7,5 %	1,10 % à la CNAF	1,08 % à la CNAF
			1,05 % au FSV	1,03 % au FSV
			0,1 % au FFAPA-CNSA	0,1 % au FFAPA-CNSA
			5,25 % à la branche maladie	5,29 % à la branche maladie
CSG sur les revenus d'activité non salariées des personnes physiques (bénéfices industriels et commerciaux, bénéfices non commerciaux, revenus agricoles etc.)	7,5 %	7,5 %	1,1 % à la CNAF	inchangé
			1,05 % au FSV	inchangé
			0,1 % au FFAPA-CNSA	inchangé
			5,25 % à la branche maladie	inchangé
CSG sur les revenus de remplacement :			1,1 % à la CNAF	inchangé
			1,05 % au FSV	inchangé
			0,1 % au FFAPA-CNSA	inchangé
			3,95 % à la branche maladie	4,35 % à la branche maladie
2) Autres revenus de remplacement imposables à l'IR	6,2 %	inchangé	1,1 % à la CNAF	inchangé
			1,05 % au FSV	inchangé
			0,1 % au FFAPA-CNSA	inchangé
			3,95 % à la branche maladie	inchangé
3) Personnes imposables au titre de la taxe d'habitation mais pas à celui de l'impôt sur le revenu	3,8 %	inchangé	3,8 % à la branche maladie	inchangé
CSG sur les revenus du patrimoine et les produits de placement	7,5 %	8,2 %	1,1 % à la CNAF	inchangé
			1,05 % au FSV	inchangé
			0,1 % au FFAPA-CNSA	inchangé
			5,25 % à la branche maladie	5,95 % à la branche maladie
CSG sur les jeux	7,5 %	9,5 %	1,1 % à la CNAF	inchangé
			1,05 % au FSV	inchangé
			0,1 % au FFAPA-CNSA	inchangé
			5,25 % à la branche maladie	7,25 % à la branche maladie

Le **paragraphe IV** organise les modalités d'entrée en vigueur de cette réforme :

- la réduction de l'abattement d'assiette forfaitaire sur les revenus d'activité s'applique pour la première fois aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2004 (**1°**) ;

- le relèvement du taux de CSG sur les revenus du patrimoine s'applique aux revenus perçus en 2004 et déclarés en 2005 (**2°**). L'augmentation du taux sur les revenus de placement s'applique sur les produits acquis de ce placement à compter du 1^{er} janvier 2005 – qu'ils fassent ou non l'objet d'un prélèvement libératoire (**3°**) ;

- le relèvement du taux de CSG appliqué sur les jeux s'applique au produit brut des mises et aux gains engagés ou réalisés à partir du 1^{er} janvier 2005 (**4° à 6°**).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements visant d'une part à prendre le revenu de l'année n-2 pour déterminer le caractère imposable ou non de la personne assujettie à la CSG et d'autre part à formuler une précision d'ordre rédactionnel.

III - La position de votre commission

La référence aux revenus de l'année n-2 pour la détermination du caractère imposable de l'assujetti introduisant un élément de confusion, **votre commission vous demande de la supprimer et d'adopter cet article ainsi modifié.**

Article 42

(art. L. 245-2 et L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale)

Relèvement de la contribution sur les dépenses de promotion des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux et de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques

Objet : Cet article majore les taux des contributions acquittées respectivement par les fabricants de dispositifs médicaux et par les laboratoires pharmaceutiques au titre de leurs dépenses de promotion et d'information à l'intention des professions médicales.

I - Le dispositif proposé

• Le **paragraphe I** procède au doublement du taux de la contribution des fabricants de dispositifs médicaux sur les dépenses de promotion.

Jusqu'en 2003, seules les dépenses engagées par les laboratoires pharmaceutiques pour promouvoir leurs spécialités médicales remboursables ou agréées faisaient l'objet d'une contribution. En raison de l'évolution rapide du coût de certains dispositifs médicaux, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a instauré une contribution sur la promotion des produits à usage médical remboursés, autres que les médicaments, mise à la charge des fabricants et des distributeurs des produits de santé mentionnés au I de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Liste des produits prévus à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

I - Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements

II - Les orthèses et prothèses externes

III - Les dispositifs médicaux implantables, implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine

IV - Les véhicules pour handicapés physiques (VHP), fauteuils roulants.

L'assiette retenue pour cette contribution est identique à celle des dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques. Toutefois, elle bénéficie d'un abattement forfaitaire spécifique de 100.000 euros et les entreprises dont le chiffre d'affaires sur ces produits, réalisé en France, est inférieur à 7,5 millions d'euros sont exonérées. Le taux de taxation, lui aussi unique, avait été fixé à 10 % par le projet de loi de financement de la sécurité sociale initial, mais réduit à 5 % lors de son examen à l'Assemblée nationale. On notera qu'en matière de dispositifs médicaux, les dépenses de promotion

représentent 20 à 25 % du chiffre d'affaires. En conséquence, **doubler le taux de cette contribution pour la porter à 10 %, soit le taux prévu dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 initial, laisse espérer un rendement d'environ 25 millions d'euros.**

• Le **paragraphe II** procède au relèvement du taux de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques.

Après les réformes successives intervenues en loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et 2004, cet article propose de modifier à nouveau les taux de la contribution due par les laboratoires pharmaceutiques au titre de leurs dépenses de promotion des médicaments auprès des praticiens. Les majorations, significatives, pourraient rapporter 40 millions d'euros en 2005.

LFSS 2003		PLFSS 2004		PLFSS 2004 après Assemblée nationale		LFSS 2004		Projet de loi réforme assurance maladie	
Rapport R entre l'assiette et le chiffre d'affaires	Taux de la contribution par tranche	Part P de l'assiette	Taux de la contribution par tranche	Rapport R entre l'assiette et le chiffre d'affaires	Taux de la contribution par tranche	Rapport R entre l'assiette et le chiffre d'affaires	Taux de la contribution par tranche	Rapport R entre l'assiette et le chiffre d'affaires	Taux de la contribution par tranche
R < 10 %	13 %	P < 2,5 M€	17 %	R < 7,5 %	15 %	R < 6,5	16 %	inchangé	20 %
10 % < R < 12 %	19 %	2,5 M€ < P < 6 M€	20 %	7,5 % < R < 12 %	19 %	6,5/12	21 %	inchangé	29 %
12 % < R < 14 %	27 %	6 M€ < P < 18 M€	24 %	12 % < R < 14 %	27 %	12/14	27 %	inchangé	36 %
R > 14 %	32 %	P > 18 M€	28 %	R > 14 %	32 %	> 14	32 %	inchangé	39 %

Cette contribution, instituée en 1983 et recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui en verse le produit à la CNAMTS et au Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique, a pour finalité d'inciter les laboratoires pharmaceutiques à limiter leurs actions de promotion.

Historique de la taxe : réformes de 2003 et 2004

Le dispositif antérieur à 2003 se caractérisait avant tout par une grande complexité car les éléments d'assiette énumérés dans le code de la sécurité sociale (L. 245-2 et R. 245-1) n'avaient pas un caractère exhaustif. Lors du contrôle de l'assiette, chaque inspecteur était donc amené à apprécier l'intégration de certains éléments. Ces incertitudes créaient une grande lourdeur des procédures et suscitaient un contentieux abondant que le législateur avait tenté de régler par une mesure de portée rétroactive (article 13 de la loi de financement pour 2004) à laquelle le Conseil constitutionnel s'était d'ailleurs opposé¹.

La réforme proposée par la loi de financement pour 2003 a permis d'énumérer les éléments à prendre en compte pour le calcul de la taxe :

- les rémunérations de toute nature, y compris l'épargne salariale et les charges sociales et fiscales, des visiteurs médicaux, salariés ou indépendants, qui font de

¹ Décision n° 2003-486 du 11 décembre 2003.

l'information par démarchage ou de la prospection pour des médicaments remboursables auprès des professionnels et des établissements de santé ;

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

- les achats d'espaces publicitaires mentionnant un médicament remboursable.

La précision de la définition devait permettre de « pacifier » les relations entre les laboratoires pharmaceutiques et l'organisme collecteur de la taxe, l'ACOSS. Son caractère restrictif permettait aussi d'exclure de l'assiette des dépenses sans incidence directe sur les prescriptions, comme les frais de colloques scientifiques et ceux liés aux éventuelles études post-AMM (autorisations de mise sur le marché).

Les abattements sur l'assiette, antérieurement prévus par la loi, ont été reconduits dans leur principe, mais avec des montants modifiés :

- un abattement général, comportant une part forfaitaire (500.000 euros), qui avantageait les petits laboratoires, et une part proportionnelle (3 % des dépenses salariales exposées pour la promotion des médicaments), qui prenait en compte l'activité de pharmacovigilance des visiteurs médicaux ;

- un abattement en faveur des médicaments génériques, étendu à toutes les spécialités pharmaceutiques auxquelles s'appliquait un tarif de responsabilité (pour 30 % au lieu de 40 % du chiffre d'affaires réalisé à ce titre) ;

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

Le taux de la contribution due par chaque entreprise demeurait calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui étaient fonction du rapport entre d'une part, l'assiette, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France.

Les taux de la contribution due pour chaque tranche ont été augmentés mais tous les seuils de passage d'une tranche à l'autre du barème ont été diminués d'un tiers. Le Gouvernement ayant alors souhaité maintenir constant le rendement de cette contribution, il avait calculé de nouveaux montants d'abattements et un nouveau barème pour compenser la réduction, estimé par lui à 25 % de l'assiette.

Pour apprécier le seuil de 15 millions d'euros en dessous duquel un laboratoire n'était pas redevable de la taxe, il était toujours fait référence au chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos (reprise de l'article R. 245-2 du code de la sécurité sociale), mais il avait également été prévu une nouvelle exception à cette exonération : le seuil devant désormais être appliqué globalement si un laboratoire possédait au moins la moitié du capital d'un ou plusieurs autres laboratoires.

En raison du rythme rapide de l'augmentation des dépenses de médicaments, **le Gouvernement a proposé, en loi de financement pour 2004, de redéfinir les règles de taxations des dépenses de promotion sur les médicaments**, la promotion étant soupçonnée de remplir un rôle non négligeable dans la surprescription et la surconsommation de médicaments.

Cette réforme visait trois objectifs :

- exclure les médicaments sous tarif forfaitaire de responsabilité de l'abattement concédé au titre des médicaments génériques, inclusion qui avait été prévue par la réforme de 2003 ;

- **créer un nouveau barème de taxation, en ne fondant plus ce dernier sur le rapport entre les dépenses de promotion et le chiffre d'affaires, mais sur les**

seules dépenses de promotion. Cette nouvelle assiette définie, le projet de loi proposait d'instaurer des taux progressifs ;

- **modifier les conditions d'application du seuil de chiffre d'affaires en deçà duquel le laboratoire ne serait pas redevable de cette taxe.** Il était envisagé de ne retenir que le chiffre hors taxe réalisé sur les spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou faisant l'objet d'un enregistrement et inscrites sur la liste des médicaments remboursables, afin de calibrer la taxe sur sa cible première : les médicaments faisant l'objet d'un remboursement.

L'essence de cette réforme - la modification de l'assiette - n'a pas convaincu l'Assemblée nationale, qui a proposé le maintien de l'assiette antérieure contre une double compensation :

- une augmentation de l'abattement forfaitaire, porté de 500.000 euros à 1,5 million d'euros, afin de compenser aux petits laboratoires, favorisés par une taxation sur les seules dépenses et non sur le rapport dépenses/chiffre d'affaires, le coût du maintien de l'assiette en vigueur ;

- une diminution du seuil d'entrée dans la taxe de 2,5 % ainsi que la création d'une contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires hors taxe des entreprises pour les seuls médicaments remboursables, en excluant les génériques, afin de rééquilibrer la perte de recettes occasionnée par l'ajournement de la réforme de l'assiette.

Le Gouvernement avait alors accepté cette modification mais, par la voix de Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, avait toutefois précisé qu'« *il ne renoncerait pas pour autant à réguler la promotion du médicament et à remettre le sujet en discussion ultérieurement* ».

L'amendement adopté à l'Assemblée nationale réduisant en réalité le produit initialement escompté, le Sénat a neutralisé cette perte de recettes en abaissant le seuil d'entrée dans la taxe et en augmentant les taux des deux premières tranches.

• Le **paragraphe III** fixe à 2005 l'entrée en vigueur des modifications prévues aux paragraphes I et II.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 43

(art. L. 138-20 et L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale)

Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques et maîtrise des dépenses de médicaments

Objet : *Cet article pérennise la contribution acquittée par les entreprises et laboratoires pharmaceutiques, calculée sur leur chiffre d'affaires, introduite à titre exceptionnel par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.*

I - Le dispositif proposé

Les dispositions du présent article proposent de pérenniser la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, créée à l'initiative de l'Assemblée nationale par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004¹ afin de compenser la perte de recettes produite par l'ajournement de la modification de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques.

Le **paragraphe I** propose pour ce faire de rétablir la section 2 *bis* du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, relative à l'ancienne taxe sur le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 mais abrogée par la loi de financement pour 2003.

Il est donc rétabli, au sein de ce chapitre, un article L. 245-6-1 qui reprend pour l'essentiel, en les précisant, les dispositions de l'article 12-VII qui n'avaient pas été codifiées en raison de leur caractère exceptionnel.

Le premier alinéa de cet article élargit le champ des entreprises assujetties à cette taxe. Le dispositif exceptionnel n'incluait que les entreprises redevables de la taxe perçue au profit de l'AFSSAPS (L. 5121-17 du code de la santé publique). Toutes les entreprises exploitant un médicament à usage humain et donnant lieu à remboursement devront désormais l'acquitter.

Le deuxième alinéa définit l'assiette de la contribution. Cette assiette est constituée du chiffre d'affaires hors taxe réalisé sur le territoire national sur les seuls médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, à l'exclusion des spécialités génériques. Contrairement à la contribution exceptionnelle, l'assiette prévoit désormais la déduction des remises accordées par les entreprises concernées.

Le troisième alinéa fixe le taux de la contribution, identique à celui en vigueur, qui s'élève à 0,525 %. Elle est recouvrée par l'ACOSS au bénéfice de la CNAMTS et demeure non déductible des résultats soumis à l'impôt sur les sociétés.

¹ Article 12-VII.

Le quatrième alinéa précise les modalités de versement de la contribution. Elle est acquittée de manière provisionnelle, le 15 avril, sur la base d'une assiette égale à 95 % du chiffre d'affaires de l'année précédente. Une régularisation est effectuée à la même date, l'année suivante.

Le paragraphe II prévoit les conditions de recouvrement de la taxe, par renvoi aux dispositions prévues par l'article L. 138-20 du code de la sécurité sociale. Cette précision paraît redondante dès lors que le troisième alinéa du paragraphe I formule déjà cette indication.

Le paragraphe III précise la date d'entrée en vigueur de cette réforme. La contribution sera due pour la première fois sur l'exercice 2005. Celle-ci sera versée de manière provisionnelle le 15 avril 2005, sur la base de 95 % du chiffre d'affaires réalisé en 2004, et régularisée le 15 avril 2006.

Le paragraphe IV vise à fixer, pour les trois prochaines années, la valeur du « taux K » à 1 % afin de contraindre l'évolution des dépenses de médicaments. En raison des engagements pris par les laboratoires et les entreprises pharmaceutiques, notamment sur la diffusion de spécialités génériques, la fixation à 1 % du taux, c'est-à-dire de leur chiffre d'affaires annuel prévisionnel, est crédible et n'appelle pas de contestation des laboratoires eux-mêmes.

Votre commission rappelle ici, pour mémoire, la présentation des enjeux du « taux K » faite dans son rapport pour la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une contribution en cas de dépassement de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), due par les laboratoires pharmaceutiques n'ayant pas passé de convention avec le comité économique des produits de santé.

Ceux-ci y sont assujettis lorsque le **taux de progression de leur chiffre d'affaires hors taxe**, réalisé en France sur les médicaments remboursables, excède celui de l'ONDAM, dénommé taux K pour le calcul de la contribution.

L'article L. 138-10, qui prévoit ce taux K, crée ainsi un lien entre l'évolution du montant de l'ONDAM voté par le Parlement, d'une année sur l'autre, et celle du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés pour la même période de référence. Si le taux de croissance de leur chiffre d'affaires est supérieur à celui de l'ONDAM, les entreprises sont alors redevables d'une contribution globale, progressive en fonction du dépassement de l'ONDAM :

- si le dépassement est de moins de 0,5 %, la contribution due est égale à 50 % du dépassement ;
- s'il est compris entre 0,5 % et 1 %, elle est de 60 % du dépassement ;
- s'il est supérieur à 1 %, elle est de 70 %.

Les entreprises ayant passé une convention avec le comité économique des produits de santé sont exonérées du paiement de cette contribution, à condition que cette convention :

- fixe le prix de tous les produits de la gamme de l'entreprise ;

- comporte des engagements de l'entreprise portant sur le chiffre d'affaires de chacun des produits dont le non-respect entraîne, soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise.

De fait, cette contribution rapporte très peu. Pour autant, **la détermination du taux K est importante car elle fixe le cadre de la négociation des remises conventionnelles entre le comité économique des produits de santé et l'industrie pharmaceutique.**

Pour les laboratoires exonérés de la clause de sauvegarde, le mécanisme de remise mis en place a conduit de fait à récupérer, en termes bruts, l'équivalent de ce qu'aurait rapporté la clause de sauvegarde si elle s'était appliquée à tous les laboratoires.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements de coordination.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 44

(art. L. 245-13 du code de la sécurité sociale)

Contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés

Objet : Cet article crée une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) dont le produit est affecté au régime général d'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Le présent article propose de créer une contribution additionnelle à la CSSS au profit de l'assurance maladie.

Pour ce faire, le **paragraphe I** rétablit une section 4 dans le chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, comportant l'article unique L. 245-13¹.

Cet article institue une contribution additionnelle à la CSSS, assise, recouvrée, exigible et contrôlée selon les mêmes modalités que cette taxe. Son taux est de 0,03 %, soit 20 % du taux plafond de la CSSS. Le Gouvernement

¹ On observera que cet article figurait auparavant au sein de la section III bis et qu'il contenait précédemment les dispositions relatives à la taxe sur les bières fortes, dispositions abrogées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

fait valoir que cette cotisation pourrait produire jusqu'à 900 millions d'euros en 2005.

Le **paragraphe II** ajoute cette nouvelle contribution dans la liste des recettes de la caisse nationale d'assurance maladie.

Le **paragraphe III** fixe la date d'entrée en vigueur de la contribution au 1^{er} janvier 2005.

Le **paragraphe IV** prévoit un rapport d'évaluation, remis au Parlement avant le 31 décembre 2007, des dispositions du présent article et des dispositions de l'article 40. L'exposé des motifs affirmant que « *ce rapport examinera notamment la possibilité de faire évoluer l'assiette des cotisations sociales* », votre commission en conclut que ledit rapport portera sur les dispositions du présent article et sur l'article 41 relatif à la contribution sociale généralisée (CSG).

La contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S)

Créée par la loi du 3 janvier 1970, la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés a pour assiette leur chiffre d'affaires hors taxe. Cette contribution a été instituée au profit des régimes de sécurité sociale de certaines professions non salariées. Son régime juridique a été modifié à de nombreuses reprises.

Y sont assujetties non seulement les différentes catégories de sociétés à forme commerciale, mais également les entreprises publiques et les sociétés nationales, indépendamment de leur statut juridique, qui se trouvent dans le secteur concurrentiel et fonctionnent selon les règles du droit privé. Sont donc visées les sociétés anonymes, SARL, EURL, sociétés en commandite, entreprises publiques, SNC, GIE, GEIE, banques, caisses d'épargne... La liste des entreprises exonérées est limitativement fixée à l'article L. 651-2 du code de la sécurité sociale.

Son taux est déterminé par décret dans la limite d'un plafond (0,13 %), et calculé sur le chiffre d'affaires hors taxe.

Son produit, de l'ordre de 3,4 milliards d'euros en 2003, est partagé entre la CANAM, la CANCAVA, l'ORGANIC, la CBREBTP et le FIPSA (ex BAPSA), à due concurrence de leurs besoins de financement. Le solde est versé au fonds de solidarité vieillesse et au fonds de réserve des retraites.

Cette contribution a fait l'objet d'une contestation devant les juridictions nationales et communautaires, en ce qu'elle aurait contredit l'article 33 de la sixième directive européenne ayant pour objet d'harmoniser les législations des Etats membres relatives aux taxes sur les chiffres d'affaires. La Cour de justice des Communautés européennes a alors jugé que la C3S revêtait, en raison de son affectation exclusive au financement de régimes de sécurité sociale, la nature d'une cotisation de sécurité sociale et ne constituait pas une imposition intérieure discriminatoire prohibée par l'article 95 du traité CE.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre commission

Sur le fond, votre commission ne conteste pas la légitimité d'un prélèvement supplémentaire sur les entreprises visant à financer l'assurance maladie. Toutefois, au nom de la lisibilité du système de prélèvements sociaux et fiscaux, elle exprimera à nouveau les réserves que lui inspire la technique consistant à créer des contributions additionnelles à une taxe. Ainsi, la loi du 1^{er} juillet 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées a également créé une cotisation additionnelle à la taxe de 2 % sur les revenus du capital, portant de ce fait cette dernière à 2,3 %.

Cette méthode, qui tend à se généraliser, permet certes de ne pas partager entre différents organismes le produit d'un impôt et donner lieu ainsi à la modification du taux affecté à chacun d'entre eux (d'une année sur l'autre). Toutefois, l'incidence qu'elle comporte sur la lisibilité du système de prélèvement français mériterait, en raison de l'ampleur du phénomène, d'être évaluée.

Votre commission constate, en outre, que la modification du régime de la CSSS introduite par l'ordonnance du 18 décembre 2003 a introduit une confusion entre les dispositions des articles L. 651-5-1 et L. 651-5 du code de la sécurité sociale. Aussi, vous demande-t-elle de corriger cette erreur.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 45

*(articles premier, 2, 4, 7 et 14 à 18 de l'ordonnance n° 96-5
du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale)*

Dette sociale

Objet : Cet article prévoit les modalités d'apurement de la dette de la CNAMTS.

I - Le dispositif proposé

Le présent article propose de modifier les missions de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) pour lui confier la charge de l'apurement des déficits cumulés et prévisionnels de la branche maladie, au titre des exercices 1999-2007.

Historique des missions de la CADES

Sa mission initiale (ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)

- apurer, sur une durée de treize années et un mois, la dette cumulée du régime général de la sécurité sociale, correspondant au financement des déficits des exercices 1994 et 1995 à hauteur de 18,3 milliards d'euros et au financement du déficit prévisionnel pour 1996 à hauteur de 2,6 milliards d'euros ;

- effectuer sur la même période un versement annuel de 1,9 milliard d'euros à l'État ;

- verser, au cours de la seule année 1996, 0,45 milliard d'euros à la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Les évolutions ultérieures

Cette mission a été, par la suite, élargie ou modifiée comme suit :

- au 1^{er} janvier 1998, elle a été étendue au refinancement de la dette cumulée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) depuis le 1^{er} janvier 1996 (11,4 milliards d'euros au titre des exercices 1996 et 1997 s'ajoutant aux 2,6 milliards d'euros, déjà financés par la CADES en 1996) et au préfinancement du déficit prévisionnel de l'exercice 1998 (1,8 milliard d'euros), soit un montant total de 13,2 milliards d'euros. En conséquence, la durée de vie de la CADES a été rallongée de cinq ans et la perception de la CRDS, dont le taux et l'assiette sont inchangés, prolongée de janvier 2009 à janvier 2014 ;

- à compter du 1^{er} janvier 2001, le versement annuel à l'État a été réduit à 1,85 milliard d'euros afin de compenser partiellement les mesures d'exonération de CRDS sur les indemnités des chômeurs et retraités non imposables dont le coût s'élevait à 485 millions d'euros (*article 89 de la loi de finances pour 2001*) ;

- la loi de finances pour 2002 a prévu, dans son article 38, de remplacer les sept derniers versements de 1,85 milliard d'euros de la caisse à l'État (soit 12,9 milliards d'euros) par quatre versements de 3 milliards (soit 12 milliards d'euros). La fin du versement à l'État a été ainsi ramenée au 31 décembre 2005 ;

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a confié à la caisse l'apurement de la moitié des créances des organismes de sécurité sociale entrant dans le champ du FOREC au titre de l'exercice 2000, à hauteur de 1,1 milliard d'euros ;

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a inscrit dans les missions de la caisse le remboursement de la seconde moitié de cette créance (1,1 milliard d'euros)

Ses ressources

Elles sont constituées essentiellement de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), imposition de toute nature à assiette très large, puisque assise sur toutes les catégories de revenus d'activité, de remplacement et du capital.

Le rendement de la CRDS s'élève à environ 4,7 milliards d'euros en 2003. Il peut être estimé, en prévision, à 4,9 milliards d'euros en 2004.

L'assiette de la CRDS est constituée à hauteur de 88 % des revenus d'activité et de remplacement.

Depuis 1999, la branche maladie de la sécurité sociale est en déficit permanent.

Soldes des quatre branches du régime général

(en milliards d'euros et en droits constatés)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Maladie	- 0,7	- 1,6	- 2,1	- 6,1	- 11,1	- 12,9	- 34,5
Accidents du travail	0,2	0,4	0,0	0,0	- 0,5	- 0,5	- 0,4
Vieillesse	0,8	0,5	1,5	1,7	0,9	- 0,4	5,0
Famille	0,2	1,4	1,7	1,0	0,4	- 0,2	4,5
Total régime général	0,5	0,7	1,2	- 3,5	- 10,2	- 14,0	- 25,3

A la différence des reprises intervenues en 1996 et 1998, les dettes transférées par le présent projet de loi à la CADES ne concernent que l'assurance maladie, les autres branches affichant une capacité de financement sur la période 1999-2004.

Aussi le 1^o de cet article tire-t-il les conséquences de la situation de la branche maladie : de manière pragmatique, il n'assigne plus une date de péremption à la CADES mais prévoit sa disparition à l'extinction de ses missions.

Cette modification revêt une importance symbolique considérable. Depuis son origine, il a été refusé à la sécurité sociale qu'elle puisse recourir aux mêmes facilités que l'État, à savoir une faculté d'emprunt indéterminée et l'absence de plan d'apurement de sa dette véritablement contraignant.

Désormais, la sécurité sociale est placée dans une zone intermédiaire ; il faudra toujours une disposition législative pour transférer à la CADES l'amortissement de déficits futurs, mais la loi ne fixe plus de date d'extinction de la dette.

Les 2^o et 3^o précisent les modalités de reprise de la dette par la CADES en modifiant l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. La mission de la caisse s'étend désormais :

- à la couverture des déficits de la branche maladie du régime général pour 2003 et 2004, soit environ 35 milliards d'euros. Cette reprise interviendra en deux temps. Une première fraction de 10 milliards sera transférée dès le 1^{er} septembre prochain. Le solde sera transféré au plus tard le 31 décembre suivant, dans la limite de 25 milliards d'euros. Cette intervention précoce permettra de limiter l'impact des dettes de l'assurance maladie sur la trésorerie du régime général. Il est en outre à noter que les autres régimes de base d'assurance maladie ne sont pas concernés par cette reprise ;

- à la couverture des déficits prévisionnels de la CNAMTS au titre des exercices 2005 et 2006, dans la limite de 15 milliards d'euros. Ces versements interviendront à des dates et pour des montants fixés par décret après avis du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Les dispositions de cet article abrogent implicitement le VI de l'article 4 de l'ordonnance relatif au remboursement, par la CADES, de la dette du FOREC aux régimes de sécurité sociale. Le versement relatif à la seconde moitié ayant été effectué en avril 2004, ces dispositions étaient désormais inutiles.

Les 4° et 5° prévoient la pérennisation du prélèvement de la CRDS, sans coordination avec les dispositions du 1° et du 2°. Aussi peut-on en conclure que, même une fois la dette apurée, la CRDS continuerait d'être prélevée.

Les 6° à 11° coordonnent, au sein de l'ordonnance précitée, les conséquences de l'allongement, sans date d'extinction prévue, des missions de la CADES.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à affecter les excédents éventuels de la branche maladie à la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

III - La position de votre commission

Votre commission ne répétera pas ici les remarques précédemment formulées sur l'apurement de la dette. Elle se bornera à formuler une observation et deux propositions :

- elle s'interroge sur la portée de l'amendement adopté par l'Assemblée nationale. Si la légitimité du principe qu'il pose n'est pas contestable – l'assurance maladie contribue à l'amortissement de sa dette en versant à la CADES ses excédents éventuels – sa mise en œuvre concrète pourrait se révéler problématique.

La notion de « branche maladie » n'est pas définie en droit. Il aurait fallu faire référence aux régimes d'assurance maladie. Mais une telle initiative pourrait sembler en elle-même inéquitable dans la mesure où seuls les déficits de la CNAMTS sont transférés à la CADES. L'ensemble des régimes d'assurance maladie serait mis à contribution pour le remboursement d'une dette qu'ils n'ont pas creusée ;

- elle proposera de préserver le caractère provisoire de la CRDS, même si la perception de cette contribution est désormais prévue jusqu'à l'extinction – non datée – des missions assignées à la CADES ;

- enfin, elle proposera, par coordination avec les deux articles additionnels qu'elle propose d'introduire par amendement après le présent article de réduire de 25 à 16 milliards d'euros le plafond de dette susceptible d'être transféré au 31 décembre 2004.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 45
**Indemnisation du préjudice financier subi par la sécurité sociale
et imputable au financement des trente-cinq heures**

Objet : Cet article additionnel prévoit à l'horizon 2008 la rétrocession par le budget de l'État d'une fraction des droits de consommation sur les tabacs et sur les boissons alcoolisées au profit respectif de la CNAMTS et du FSV.

Les dispositions du présent article prévoient le transfert par l'État, dans des conditions prévues par la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 :

- à la CNAMTS d'une fraction du produit des droits de consommation sur les tabacs que détiendra encore l'État une fois le transfert d'un milliard effectué (soit 1,5 milliard d'euros) ;

- au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), dont la situation financière est durablement fragilisée, une fraction de 1,5 milliard d'euros du produit des droits de consommation sur les alcools prévus à l'article 403 du code général des impôts.

Depuis 1999, les finances sociales ont été victimes de ponctions répétées qui expliquent une portion significative des déficits actuels et de la dette cumulée de la CNAMTS.

Ces ponctions ont été réalisées dans le but de financer les 35 heures ou de mettre à la charge de la sécurité sociale des dépenses relevant du budget de l'État (débudgétisation de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire, reprise par le fonds de solidarité vieillesse de la dette de l'État à l'égard des régimes AGIRC-ARRCO, plan BIOTOX, financement de diverses mesures par la CNAM relevant précédemment du budget de la santé).

La complexité des montages visant à assurer ces opérations rend difficile l'évaluation à « l'euro prêt » du montant du préjudice subi par les comptes sociaux. Aussi, par convention, votre commission retient l'hypothèse d'un « chiffrage raisonnable » pour ce préjudice à partir des recettes appartenant précédemment à la sécurité sociale et transférées progressivement et, sans contrepartie, au FOREC.

Ces recettes sont au nombre de trois :

- les droits sur les alcools qui constituaient une recette historique du champ de la protection sociale (affectés au FSV puis partagés entre la CNAMTS et le FSV) ;

- la taxe sur les véhicules terrestres à moteur bénéficiant à la CNAMTS jusqu'en 2002 ;

- la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance, attribuée au FSV jusqu'en 2002.

**Estimation représentative du préjudice financier du champ de la protection sociale
(2000-2004)**

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Droits alcools et boissons	1.900	2.850	2.650	2.500	2.500	12.400
Véhicule terrestre à moteur	-	-	900	900	900	2.700
Protection complémentaire	-	-	550	550	500	1.650
Total	1.900	2.850	4.100	3.950	3.950	16.750

Le Gouvernement admet l'existence du préjudice financier - sous la forme d'une perte de recette annuelle - qu'il propose de compenser en 2005, à hauteur d'un milliard d'euros, par le transfert à la CNAMTS d'une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs (*cf. article 39 du présent projet de loi*).

Généreuse au regard de la situation actuelle du budget général, cette avancée ne constitue toutefois qu'une première étape indemnisant la perte annuelle des organismes sociaux pour un quart (1 milliard sur 4 milliards).

Votre commission estime que la situation du budget général n'autorise sans doute pas d'accroître ce transfert dès 2005. Aussi propose-t-elle d'inscrire cet objectif à échéance 2008, permettant dans le cadre du programme pluriannuel des finances publiques de la France, d'assurer la juste indemnisation de la sécurité sociale.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article additionnel après l'article 45

Transfert à l'État de la charge d'amortir la dette sociale

Objet : Cet article confie à l'État la charge d'amortir une fraction de la dette sociale à hauteur de 9 milliards d'euros.

Le présent article additionnel transfère à l'État la charge d'amortir les déficits cumulés de la CNAMTS à hauteur de 9 milliards d'euros.

Les modalités de cette reprise de dette seront prévues par la prochaine loi de finances.

Le précédent article additionnel prévoit la restitution à la sécurité sociale des recettes ayant été détournées, notamment au bénéfice du FOREC.

Cette restitution ne devant intervenir qu'à compter de l'année 2008, le présent article propose de compenser ce manque à gagner en transférant à l'État la charge d'amortir les dettes de la sécurité sociale à hauteur de 3 milliards par année, jusqu'à cette date.

**Les pertes de recettes dues au titre des années 2005 et 2006
pourraient être compensés par une reprise de dette**

(en milliards d'euros)

	2005	2006	2007	Total
Préjudice financier annuel	4	4	4	12
Droits tabac affectés à la CNAMTS par le projet de loi sur l'assurance maladie	- 1	- 1	- 1	- 3
Total	3	3	3	9

Cette somme compense intégralement ce préjudice financier.

- Cette **proposition est sans effet sur le déficit du budget de l'État**, puisque les opérations de dettes n'aggravent pas ce déficit (hormis le coût des intérêts) et elle est neutre en termes maastrichtiens (la dette de la CADES figurant dans la dette publique globale française, il est indifférent qu'elle soit prise en charge par l'État ou par un établissement public) ;

- **elle permet de réaliser une économie d'amortissement** (le coût de refinancement de la dette de l'État étant inférieur à celui de la dette de la CADES) ;

- **elle permet de réduire le montant de dette transféré à cette caisse** et ainsi sa durée de vie ;

- **elle satisfait les partenaires sociaux** – ceux-ci dénonçant régulièrement les « charges indues » ou les « ponctions » dont est l'objet la sécurité sociale.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

*

Votre commission vous propose d'adopter l'ensemble du projet de loi ainsi amendé.

TRAVAUX DE COMMISSION

Réunie le mercredi 21 juillet 2004 sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'examen du rapport de M. Alain Vasselle sur le projet de loi n° 420 (2003-2004), adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif à l'assurance maladie.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a d'abord rappelé qu'il avait présenté un rapport en juin 2003 intitulé « assurance maladie : une réflexion dans l'urgence » qui traduisait déjà la nécessité de la réforme de l'assurance maladie. Il a ensuite formulé plusieurs remarques sur la situation actuelle de l'assurance maladie et, en particulier, sur sa situation financière dégradée, précisant que le déficit de l'assurance maladie devrait s'établir aux alentours de 13 milliards d'euros en 2004 et que les dépenses dépassaient désormais de 10 % les ressources. En conséquence, il a expliqué que l'assurance maladie avait à nouveau accumulé une dette atteignant près de 35 milliards d'euros sur la période 1998-2004, qui pourrait s'élever à 50 milliards d'euros après prise en compte des déficits prévisionnels de 2005 et 2006.

Il a reconnu que la faible croissance des deux dernières années avait contribué à creuser le déficit mais que cet aspect conjoncturel ne pouvait masquer les déséquilibres structurels de l'assurance maladie. Ainsi, il a souligné que le vieillissement de la population et le coût du progrès technique médical avaient un certain impact mais que sur le long terme, selon une étude réalisée pour le compte du Sénat, l'augmentation de la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB) suivait un rythme décroissant.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a alors rappelé que les conclusions établies par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dénonçaient les lacunes et dysfonctionnements du système de l'assurance maladie, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) estimant pour sa part que 3 milliards de dépenses pourraient être évités sans entraîner de diminution du bien-être des patients.

Les actions déjà engagées par l'assurance maladie pour remédier à cette situation sont restées insuffisantes, plusieurs rapports ayant montré que des économies potentielles de 5 milliards d'euros étaient possibles à la CNAM, soit environ 80 % de son déficit non conjoncturel. Le diagnostic effectué par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie concluait clairement au pilotage déficient du système.

*En revanche, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a contesté l'analyse critique du Haut conseil sur le bilan de l'apport des lois de financement de la sécurité sociale. Il a en effet souligné que ces lois permettaient un débat démocratique annuel, qu'elles avaient été à l'origine du rétablissement de deux branches de la sécurité sociale et que leur échec à rétablir l'équilibre financier du régime général devait beaucoup aux traditions françaises de pilotage budgétaire. Il a insisté sur la nécessaire, mais difficile, autonomie des finances sociales et regretté que les excédents qui auraient dû être dégagés par les comptes sociaux en période de forte croissance n'étaient pas disponibles pour compenser les déficits conjoncturels dans les phases basses, l'État ayant souvent soustrait ces excédents et contribué à creuser une partie de ces déficits.*

Il a remarqué que l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) concentrait l'essentiel des critiques mais que cela était dû à une présentation particulièrement irréaliste de son évolution au cours de la précédente législature. Néanmoins, il a estimé possible une réforme médicalisée de l'ONDAM et présenté cet objectif comme l'un des fondements du projet de loi.

***M. Alain Vasselle, rapporteur**, a ensuite indiqué que l'assurance maladie souffrait avant tout d'une absence de conscience collective, alors que les gestionnaires, les assurés, les tuteurs et les prestataires avaient un intérêt commun à la bonne gestion du système de soins. Aussi a-t-il souligné la nécessité, pour la réforme, de préserver un système qui était l'un des meilleurs au monde mais aussi l'un des plus coûteux.*

Il a ensuite décrit les trois objectifs du projet de loi : engager une réforme profonde du système en corrigeant ses dysfonctionnements, rénover le pilotage de l'assurance maladie et assainir les finances sociales en améliorant la clarification des flux financiers.

Il a indiqué que le Gouvernement avait cherché un premier moyen de réforme dans deux dispositifs qui avaient fait leur preuve à l'étranger : le dossier médical et le recours à un médecin traitant. Ainsi, le dossier médical personnel serait constitué sous forme d'une base de données regroupant, dans des conditions de stricte confidentialité, les données personnelles du patient dans un but d'optimisation des soins. L'instauration d'un médecin traitant, sorte de chef de file du parcours de soins du patient, notamment pour l'accès à un médecin spécialiste, participerait à la meilleure coordination des soins.

Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a insisté sur la nécessité de promouvoir des comportements vertueux des professionnels de santé pour améliorer la qualité des soins, en développant l'usage des bonnes pratiques et en favorisant la conduite systématique d'actions de formation, d'évaluation et d'accréditation. Il a ajouté que ce contrôle des pratiques s'inscrivait dans le cadre d'une association plus étroite des praticiens au sein de réseaux de soins dont la création était souhaitée par les pouvoirs publics. A cet effet, il a indiqué que le projet de loi rénovait les relations conventionnelles et offrait l'occasion d'ouvrir un nouveau dialogue entre les prescripteurs et les gestionnaires de l'assurance maladie.

Il a ensuite présenté les mesures relatives à l'élimination des gaspillages et des abus, destinées à compléter la démarche du Gouvernement en faveur de la qualité des soins : des pénalités financières seront prévues à l'encontre des assurés, des professionnels ou des employeurs à l'origine de dépenses injustifiées, les sommes indûment versées pourront être récupérées, la prise en charge des affections de longue durée sera mieux contrôlée dans le cadre d'un protocole de soins opposable, le contrôle des arrêts de travail sera renforcé. Enfin, il a évoqué la nouvelle contribution forfaitaire d'un euro qui sera demandée pour chaque consultation ou acte de biologie médicale, créée dans le but de mieux responsabiliser les assurés. Il a précisé que cette contribution ne pourrait donner lieu à remboursement par des organismes d'assurance complémentaire. Il a enfin décrit les mesures de contrôle de l'utilisation de la carte Vitale sur laquelle une photo devrait prochainement être apposée.

Puis, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a exposé les mesures de politique du médicament contenues dans le texte : développement des génériques et meilleure information des praticiens grâce à la mise en place d'une charte de qualité de la visite médicale. Il a toutefois rappelé que, sans raison médicale apparente, la dépense moyenne de médicaments par habitant restait supérieure en France de 50 % à certains pays voisins comme l'Allemagne.

Il a ensuite présenté le volet du projet de loi consacré à la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie et notamment l'association plus étroite des régimes à trois domaines clé du pilotage de la branche maladie : l'inscription au remboursement, l'association à la politique du médicament et l'association à la politique hospitalière.

En renforçant ainsi de façon significative les pouvoirs des caisses, il a souligné qu'il était apparu nécessaire de réformer les instances dirigeantes de la CNAM et de mieux coordonner les différentes caisses nationales au sein de la future Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), dont l'objet principal serait la régulation financière du système. Il a détaillé la nouvelle répartition des pouvoirs entre le conseil d'administration et le directeur général de ces instances, ce dernier étant conduit à assumer des fonctions importantes. Il a ajouté que des mesures déconcentrées étaient également prévues, et notamment la création d'une

mission régionale de santé qui permettrait une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins ainsi qu'une meilleure permanence des soins.

Enfin, il a présenté la nouvelle Haute autorité de santé, instance qui serait nommée par les plus hautes autorités de l'État et serait chargée de l'évaluation du service rendu par les produits, actes ou prestations de santé ainsi que de l'élaboration et la diffusion des bonnes pratiques. Il a fait observer que ses futures compétences regroupaient pour partie celles qui étaient actuellement exercées par l'Association française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS) et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), ce qui l'avait incité à proposer de transférer la totalité des compétences de l'ANAES à la Haute autorité afin de renforcer les pouvoirs de cette dernière.

***M. Alain Vasselle, rapporteur,** a enfin présenté les dispositions du projet de loi destinées à un assainissement durable des finances sociales. Outre l'infléchissement significatif des comportements des professionnels et des assurés, l'amélioration du système de soins attendue de la réforme devrait permettre une contribution de 8,7 milliards d'euros au redressement financier de la sécurité sociale, soit 60 % de son déficit prévisionnel à l'horizon 2007. Néanmoins, il a souligné qu'un effort financier supplémentaire était nécessaire et qu'il serait équitablement réparti entre les usagers (hausse du forfait hospitalier et contribution d'un euro par consultation), les contribuables (augmentation de la contribution sociale généralisée [CSG] et de la contribution sociale de solidarité des sociétés [C3S]) et l'État qui devrait verser un milliard d'euros provenant des droits de consommation sur les tabacs. Il a souligné que cette dernière mesure témoignait d'une volonté de clarifier les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, ce qui était également confirmé par l'annonce d'un prochain réexamen des règles régissant les lois de financement de la sécurité sociale, l'organisation de la compensation au régime de sécurité sociale des pertes de recettes décidées par l'État et la réparation, à partir de 2005, du préjudice subi par la sécurité sociale au titre du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).*

Il a enfin présenté les modalités retenues pour traiter la question de l'endettement accumulé, à savoir la réouverture de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), technique déjà utilisée en 1996 et 1998. Il a néanmoins précisé qu'il n'y aurait pas d'augmentation associée de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), le Gouvernement ayant choisi de seulement prolonger la durée de vie de la CADES. Il ne paraissait en effet pas judicieux d'augmenter les prélèvements obligatoires dans le contexte actuel de timide reprise économique.

***M. Alain Vasselle, rapporteur,** a alors proposé à la commission d'adopter le texte sous réserve des amendements qu'il lui présentait.*

M. Louis Souvet, après avoir souligné l'urgence de mesures de rétablissement du système de santé, a formulé plusieurs remarques sur le vieillissement de la population, sur la nécessaire responsabilisation des usagers, en prenant l'exemple des cures thermales, et sur le comportement, pas toujours vertueux, des hôpitaux.

M. André Lardeux a estimé que le grand mérite du projet de loi était de se préoccuper pour la première fois depuis cinquante ans d'une des causes majeures du déficit : les comportements. Il a considéré que la contribution d'un euro était une bonne chose pour responsabiliser les assurés mais qu'elle faisait l'objet de trop d'exonérations et qu'il lui paraissait utile de l'étendre aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) qui avaient une consommation médicale supérieure aux autres assurés. Il a insisté sur le problème des urgences à l'hôpital et la nécessité de l'amélioration du système des gardes en ville. Il a estimé que la réouverture de la CADES était une solution transitoire acceptable mais qu'il faudrait à l'avenir cesser de reporter les déficits sur les générations futures. Il a également considéré indispensable une harmonisation des indemnités journalières versées par l'assurance maladie et par la branche accidents du travail – maladies professionnelles, notamment au regard de leur statut fiscal. Enfin, il s'est interrogé sur la place de la Mutualité sociale agricole (MSA) dans le nouveau système de gouvernance de l'assurance maladie.

Mme Michelle Demessine a d'abord contesté les conditions du travail parlementaire et les délais imposés pour l'examen de ce projet de loi. Puis elle a critiqué la logique comptable et coercitive mise en place par le texte qui constituait un escamotage des objectifs recherchés et une supercherie, puisqu'on installait en fait les leviers préalables à une étatisation, puis une privatisation de l'assurance maladie. Elle n'a pas nié la nécessité de la réforme mais estimé qu'elle devait se faire dans l'esprit de 1945, c'est-à-dire dans l'esprit du « salaire différé ». Elle a regretté les profondes inégalités dans l'accès aux soins qui résulteraient de ce texte dont l'objet était avant tout de répondre aux préoccupations fondamentales du Gouvernement : la baisse du coût du travail et la marchandisation de la société. Elle a néanmoins affirmé que des alternatives existaient comme le montreraient les amendements du groupe communiste républicain et citoyen.

M. Jean-Pierre Fourcade a indiqué que les deux points qui lui paraissaient être au cœur du débat étaient la distinction claire entre les éléments structurels et conjoncturels du déficit de l'assurance maladie, une reprise de la croissance ne pouvant suffire aujourd'hui à résorber le déficit, et la défense des lois de financement de la sécurité sociale, nécessaires pour encadrer les flux financiers sociaux. Il a insisté sur la nécessité de modifier les comportements des usagers, des professionnels de santé, des personnels des caisses et de l'industrie pharmaceutique mais souligné que cela prendrait du temps. Il a enfin exposé trois regrets : l'absence de regroupement des moyens de contrôle au niveau de l'UNCAM, la trop grande prise en compte, par le texte, des circonstances d'urgence et la situation de la CADES. Il a approuvé

la non-majoration de la CRDS mais souhaité qu'en cas de reprise économique, on accélère les remboursements à cette caisse.

M. Claude Domeizel a déploré les mauvaises conditions d'organisation des travaux et l'attitude du Gouvernement qui revenait à demander un vote conforme du projet de loi au Sénat. Il a ensuite rappelé qu'il avait demandé à de nombreuses reprises communication du montant et de la répartition des créances de l'assurance maladie mais que ces informations ne lui avaient jamais été transmises. Il a estimé que la démarche comptable du Gouvernement était une mauvaise porte d'entrée pour réformer l'assurance maladie et que le projet de loi n'instaurait pas une égalité de tous devant la santé.

M. Nicolas About, président, s'est engagé à relancer la CNAM pour obtenir les informations demandées par M. Claude Domeizel.

M. Jean Chérioux a rappelé que l'esprit des pères fondateurs de la sécurité sociale était un esprit de consensus, de responsabilité des acteurs politiques mais également des acteurs sociaux, puisqu'à l'époque, le système était géré par un paritarisme intégral. Il a souligné que, dès l'origine, on avait pris en compte la question du comportement des assurés en créant un ticket modérateur d'ordre public et qu'à cet égard, les mesures contenues dans le projet de loi pour responsabiliser les acteurs étaient conformes à l'esprit des pères fondateurs. Puis il a estimé que la surconsommation actuelle de médicaments était liée à un phénomène d'angoisse et sans doute aussi à une politique de la prévention mal organisée. Enfin, il a souhaité que les indemnités journalières soient désormais prises en charge par la branche accidents du travail – maladies professionnelles et que le contrôle indispensable des arrêts de travail soit mené par cette branche.

M. Dominique Leclerc a indiqué qu'il adhérerait totalement à la philosophie de ce projet de loi qui avait le mérite de s'intéresser à l'ensemble de la chaîne du système de santé : la gouvernance, la responsabilisation et le financement. Il a insisté sur le courage politique qui consistait à s'attaquer aux problèmes de responsabilisation des assurés et des professionnels. Il a en effet relevé qu'une maîtrise médicalisée des dépenses nécessitait une meilleure responsabilisation et un contrôle efficace des différents acteurs. Il s'est félicité de la mesure destinée à encadrer les affections de longue durée grâce à la mise au point d'un protocole de soins, mais il a estimé qu'il restait des interrogations sur la pratique des médecins hospitaliers à l'égard de ces assurés. Puis il a souhaité qu'il y ait plus de transparence dans la connaissance des frais de gestion de la CNAM et du contenu des conventions passées entre les mutuelles et l'assurance maladie.

M. Gilbert Chabroux a regretté que le plan du Gouvernement soit entériné par le rapporteur, notamment le volet de financement de la réforme qui lui paraissait extrêmement hasardeux. Il a considéré que l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé représentait une amorce de privatisation, le crédit d'impôt étant accordé directement aux mutuelles et

assurances privées. Il a estimé que l'on mettait en place une médecine à deux vitesses en offrant une liberté tarifaire aux spécialistes. Il s'est ensuite interrogé sur les effets de la contribution forfaitaire d'un euro, estimant inacceptable d'inclure dans le dispositif les consultations effectuées au titre d'accidents du travail. Il a regretté que l'on culpabilise les assurés et que l'on mette à contribution les salariés et les retraités sans rien demander aux entreprises, l'augmentation prévue de la C3S étant minime. Enfin, il a estimé irresponsable de surcharger les générations futures.

M. François Autain a indiqué que cette loi ne lui paraissait pas équitable et qu'elle n'était pas historique puisque de nombreux plans de redressement lui succéderaient, ce texte ne permettant pas de répondre au problème du déficit. Il s'est ensuite interrogé sur le rôle des assurances complémentaires qui prendraient une place de plus en plus importante dans le système, sur la coexistence entre le médecin traitant et le médecin référent, ainsi que sur les conséquences d'une suppression de l'ANAES telle que la proposait le rapporteur. Il a constaté qu'un des buts recherchés par le Gouvernement était de se décharger de ses responsabilités sur d'autres organismes et notamment sur le tout-puissant futur directeur général de l'UNCAM. Il a estimé que la réouverture de la CADES était une solution de facilité et déploré que l'on organise la couverture d'un déficit futur et non plus seulement d'une dette passée.

M. Jean-Pierre Cantegrit, intervenant en tant que président de la caisse de sécurité sociale des Français de l'étranger, a souligné la bonne santé de cette caisse qui disposait de comptes en équilibre depuis sa création en 1978. Il a indiqué qu'on y constatait peu de consommateurs de petits soins, qu'elle avait de bons indicateurs de gestion, un faible taux d'arrêts de travail parmi ses employés, un bon niveau de récupération et précisé que son conseil d'administration avait été renouvelé tous les six ans contrairement aux caisses du régime général. Il a ajouté qu'il présenterait trois amendements techniques d'adaptation de la réforme à cette caisse au cours du débat sur le projet de loi.

M. Jean-Claude Etienne est revenu sur le problème de la consommation médicamenteuse exponentielle et des différences constatées avec les autres pays, notamment européens. Il a remarqué que les Français habitant l'étranger n'avaient pas ce comportement, et qu'en particulier, ils ne consommaient pas autant de psychotropes que les Français de métropole.

En réponse aux divers intervenants, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a approuvé l'idée de mieux coordonner les soins de ville et d'hôpital et considéré que la mise en place du dossier médical personnel devrait permettre d'avancer dans cette direction. Il a réaffirmé que le pari du Gouvernement était celui d'un changement des comportements. Il a insisté sur le rôle essentiel du contrôle et confirmé que si le Gouvernement n'avait pas encore souhaité franchir l'étape du transfert des moyens de contrôle au niveau central, cela pourrait néanmoins se faire dans les années à venir. Il a reconnu que beaucoup d'exceptions avaient été mises en place autour de la

contribution forfaitaire d'un euro, mais il a rappelé que la création du forfait hospitalier s'était faite dans des conditions similaires et que, depuis, la plupart des exceptions prévues à l'origine avaient été supprimées.

Il a indiqué que la réouverture de la CADES était inévitable compte tenu de la situation, mais qu'il conviendrait de ne pas abuser de cette procédure. Il est convenu de la nécessité de mener une réflexion sur la meilleure gestion des indemnités journalières mais a rappelé que, dès à présent, des mesures étaient prévues dans le projet de loi pour renforcer le contrôle des arrêts de travail. Il a souligné que l'orientation du texte était bien une maîtrise médicalisée des dépenses mais que le Gouvernement avait une démarche pragmatique et que des ajustements pourraient, le cas échéant, être opérés. Il fondait néanmoins beaucoup d'espoir sur le changement des comportements.

***M. Alain Vasselle, rapporteur,** est ensuite revenu sur la création de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire, indiquant que celle-ci s'appliquerait aux personnes ayant un revenu inférieur au plafond de la CMU + 15 % et souligné que cela ne constituait pas un début de privatisation, puisque, par ailleurs, les organismes complémentaires, et notamment les sociétés d'assurances, étaient très encadrés par les dispositions de l'article 32 du projet de loi. Il a ensuite précisé les conditions dans lesquelles les spécialistes pouvaient appliquer une majoration d'honoraires, rappelant que le principe du passage préalable par le médecin traitant devrait entraîner de moindres consultations de spécialistes. Il a indiqué que les médecins référents, soit environ 6.000 aujourd'hui, étaient maintenus par le texte.*

***M. Nicolas About, président,** a alors souhaité que l'on précise dans la loi que l'assuré qui dispose d'un médecin référent puisse le désigner comme son médecin traitant.*

*Enfin, **M. Alain Vasselle, rapporteur,** a précisé le rôle qui sera respectivement confié à la Haute autorité de santé et à l'UNCAM.*

La commission a ensuite procédé à l'examen des articles.

A l'article premier A (nouveau) (développement de la télémédecine), la commission a adopté un amendement de suppression, la mesure étant reportée à l'article 18 ter.

A l'article premier (principes fondateurs de l'assurance maladie), elle a adopté un amendement de réécriture et de clarification des principes généraux de l'assurance maladie.

Elle a ensuite adopté sans modification les articles 2 A nouveau (secret médical), 2 (dossier médical personnel), 2 bis (nouveau) (cession de données de santé) et 2 ter (nouveau) (identification de l'assuré dans le cadre du dossier médical personnel).

A l'article 3 (prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique ou sévère), la commission a adopté un amendement d'harmonisation rédactionnelle.

Elle a adopté l'article 4 (médecin traitant) sans modification.

A l'article 5 (dépassements d'honoraires des médecins), elle a adopté un amendement de précision.

Elle a adopté les articles 5 bis (nouveau) (conditions d'application d'un dépassement d'honoraires à un bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire [CMUC]), 6 (accords conventionnels interprofessionnels) et 7 A (nouveau) (consultations dans les maisons médicales) sans modification.

A l'article 7 (promotion des bonnes pratiques), la commission a adopté un amendement rédactionnel pour tenir compte de la création de conseils de l'ordre pour certaines professions paramédicales par la loi relative à la politique de santé publique.

A l'article 8 (évaluation et amélioration des pratiques professionnelles médicales), elle a adopté un amendement tendant à rendre obligatoire l'évaluation des pratiques professionnelles au même titre que la formation médicale continue.

A l'article 8 bis (nouveau) (création d'un observatoire des risques médicaux), la commission a adopté un amendement rédactionnel.

A l'article 8 ter (nouveau) (accréditation des médecins exerçant en établissement de santé), la commission a adopté un amendement visant à intégrer l'ANAES au sein de la Haute autorité de santé.

Elle a adopté les articles 8 quater (nouveau) (prise en charge par l'assurance maladie de produits de substitution aux opiacés) et 9 (information des assurés) sans modification.

A l'article 9 bis (nouveau) (certification des sites Internet dédiés à la médecine), elle a adopté un amendement de suppression, ces dispositions étant reprises à l'article 19.

La commission a également adopté un amendement de suppression de l'article 9 ter (nouveau) (numéro d'appel national délivrant des informations sur l'offre médicale).

Puis elle a adopté sans modification l'article 10 (liquidation médicalisée).

A l'article 11 (création d'une contribution forfaitaire à la charge des assurés), elle a adopté un amendement permettant la récupération de la participation forfaitaire auprès des assurés bénéficiant du système de tiers payant.

A l'article 12 (accès des professionnels de santé aux informations détenues par les caisses d'assurance maladie et contrôle de l'utilisation de la

carte Vitale), la commission a adopté deux amendements rédactionnels et supprimé le paragraphe IV qu'elle a intégré dans une nouvelle rédaction de l'article 12 bis.

A l'article 12 bis (nouveau) (information des assurés sociaux), elle a adopté un amendement confiant chaque année à la CNAMTS le soin d'adresser aux assurés un relevé de leurs dépenses.

A l'article 13 (institution de pénalités financières en cas d'abus ou de fraude des professionnels, des établissements de santé et des assurés), la commission a adopté un amendement clarifiant la procédure de notification des sanctions financières appliquées en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale.

Elle a adopté sans modification les articles 13 bis (nouveau) (aide à la reprise du travail des assurés ayant connu une interruption de travail supérieure à trois mois), 14 (renforcement du contrôle des prescripteurs de transports ou d'arrêts de travail), 15 (renforcement du contrôle des bénéficiaires d'indemnités journalières) et 15 bis (nouveau) (prolongation d'un arrêt de travail).

A l'article 16 (procédure de répétition de l'indu auprès des assurés), la commission a adopté deux amendements, le premier pour rétablir la possibilité pour les caisses de procéder au recouvrement des indus sur les prestations à venir, le second pour supprimer la prise en charge par l'intermédiaire du Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) des créances de la CNAMTS auprès des assurés.

Elle a adopté l'article 17 (élargissement de la définition du médicament générique) sans modification.

A l'article 18 (amélioration de la qualité de la visite médicale et du conditionnement des médicaments), elle a adopté deux amendements rédactionnels et un amendement pour préciser que les organismes chargés d'évaluer la qualité et la conformité des visites médicales seraient accrédités par la Haute autorité de santé.

Elle a supprimé l'article 18 bis (nouveau) (accréditation des logiciels d'aide à la prescription médicale), par coordination avec un amendement à l'article 19.

Elle a adopté l'article 18 ter (nouveau) (définition de la télémédecine) sans modification.

Après l'article 18 ter, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel reprenant les dispositions de l'article premier A et intégrant la télémédecine dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROS)

Elle a adopté l'article 18 quater (nouveau) (transmission par courriel d'une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments) sans modification.

A l'article 19 (Haute autorité de santé), la commission a adopté cinq amendements afin de donner un rôle plus actif à la Haute autorité de santé dans l'élaboration des référentiels et de lui permettre d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale, pour harmoniser le cadre d'emploi du personnel avec celui des autres agences sanitaires, pour garantir l'indépendance de ces instances délibérantes et pour effectuer une précision.

A l'article 20 (transfert à la Haute autorité de santé de certaines compétences de l'Association française de sécurité sanitaire et des produits de santé [AFSSAPS]), elle a adopté un amendement effectuant les coordinations nécessaires à l'intégration de l'ANAES dans la Haute autorité de santé.

Elle a supprimé les articles 21 A (nouveau) (contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale) et 21 B (nouveau) (mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale), estimant que ces mesures auraient mieux leur place dans la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Elle a adopté sans modification l'article 21 (association des caisses à la préparation du budget de l'assurance maladie).

A l'article 22 (création d'un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie), elle a adopté un amendement supprimant de la liste des personnalités siégeant au comité le président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Elle a adopté l'article 23 (fixation par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie [UNCAM] des taux de remboursement des médicaments et prestations) sans modification.

A l'article 24 (modalités d'inscription à la nomenclature des actes et prescriptions), la commission a adopté deux amendements, l'un pour prévoir la publication du tarif des actes médicaux, le second pour confier à la Haute autorité de santé la responsabilité de l'ANAES relative aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie des actes innovants.

A l'article 25 (élargissement des missions du Comité économique des produits de santé), elle a adopté deux amendements, le premier tendant à remplacer la notion d'opposition subrogatoire par celle d'opposition conjointe des ministres concernés, le second prévoyant la publication du tarif des spécialités pharmaceutiques.

Puis elle a adopté sans modification les articles 26 (comité de l'hospitalisation), 27 (sanctions du non-respect des règles de tarification par les établissements de santé), 27 bis (nouveau) (création d'un comité de la démographie médicale) et 28 (cadre des relations conventionnelles).

A l'article 29 (dispositif conventionnel d'aides à l'installation et de prise en charge des cotisations sociales des médecins libéraux), elle a adopté un amendement de correction d'une erreur matérielle.

Après l'article 29, la commission a adopté un amendement visant à introduire un article additionnel ayant pour objet d'étendre aux centres de santé les accords conventionnels relatifs au bon usage des soins et aux recommandations de bonne pratique.

A l'article 29 bis (nouveau) (contrats dérogatoires destinés à faciliter l'exercice regroupé des professions de santé dans les zones de densité médicale insuffisante), elle a adopté un amendement de coordination.

Elle a adopté sans modification l'article 29 ter (nouveau) (prolongation des conventions nationales avec les professions de santé).

A l'article 30 (réforme des instances dirigeantes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés [CNAMTS]), elle a adopté quatre amendements, pour préciser les pouvoirs du directeur général à l'égard du conseil d'administration, instaurer une convention entre l'assurance maladie et l'organisme bénéficiaire d'une subvention de celle-ci, reconnaître à la CNAMTS le droit de procéder à des transactions et coordonner les travaux de la commission des accidents du travail et du conseil de la CNAMTS.

Après l'article 30, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel visant à donner aux organismes de sécurité sociale le droit d'ester en justice.

Elle a adopté sans modification l'article 30 bis (nouveau) (association des partenaires sociaux à la réforme de la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles).

A l'article 31 (Union nationale des caisses d'assurance maladie [UNCAM] et Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire), la commission a adopté un amendement de coordination et un amendement visant à supprimer l'avis de l'Union nationale des professions de santé (UNPS) sur les propositions de décision de l'UNCAM en matière de taux de prise en charge des médicaments et sur les propositions émises chaque année par les caisses d'assurance maladie en matière d'équilibre financier.

Elle a adopté sans modification l'article 31 bis (nouveau) (instauration d'une aide pour l'acquisition d'une couverture complémentaire de santé) et l'article 32 (coordination entre l'UNCAM et les organismes de protection sociale complémentaire).

A l'article 33 (réforme des instances dirigeantes des caisses primaires d'assurance maladie et autorité du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie sur le réseau), elle a adopté un amendement tendant à permettre aux organismes d'assurance maladie de confier la gestion des dossiers de liquidation des prestations en nature pour des soins dispensés hors de France à un service unique.

Elle a adopté sans modification les articles 33 bis (nouveau) (compétences des caisses de Mutualité sociale agricole), 33 ter (nouveau) (compétences de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole) et 34 (remplacement du statut réglementaire des praticiens conseils par un statut conventionnel).

Après l'article 34, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel pour modifier la dénomination du Centre national d'études supérieures de sécurité sociale (CNESS) et pour ouvrir la possibilité d'accorder un intéressement au personnel de cet établissement.

A l'article 35 (création de l'Institut des données de santé), la commission a adopté un amendement pour préciser que l'Institut transmettra chaque année son rapport d'activité au Parlement.

Elle a adopté sans modification les articles 36 A (nouveau) (création des unions des professionnels de santé exerçant à titre libéral), 36 (renforcement des unions régionales des caisses d'assurance maladie [URCAM]), 37 (missions conjointes des agences régionales de l'hospitalisation [ARH] et des URCAM), 37 bis (nouveau) (expérimentation de la mise en place d'agences régionales de santé), et 38 (coordination).

A l'article 39 (mesures visant à garantir les ressources de la sécurité sociale), elle a adopté un amendement visant à étendre la garantie de recettes prévue au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et à la CADES.

A l'article 40 (consolidation du recouvrement des recettes de la sécurité sociale), elle a adopté un amendement visant à renforcer les pouvoirs de contrôle des agents habilités à lutter contre le travail dissimulé.

A l'article 41 (dispositions relatives à la contribution sociale généralisée), la commission a adopté un amendement de correction d'une erreur matérielle.

Elle a adopté sans modification les articles 42 (relèvement de la contribution sur les dépenses de promotion des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux et de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques) et 43 (contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques et maîtrise des dépenses de médicament).

A l'article 44 (contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés), elle a adopté un amendement de correction d'une erreur matérielle.

A l'article 45 (dette sociale), la commission a adopté deux amendements, le premier pour transférer à l'État la charge d'amortissement d'une fraction de la dette sociale (9 milliards d'euros), le second pour prévoir que le prélèvement de la CRDS s'effectuera jusqu'à l'extinction des missions de la CADES.

Après l'article 45, elle a adopté deux amendements tendant à insérer des articles additionnels, le premier pour transférer à l'État, dans la limite de 9 milliards d'euros, la dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) imputable au déficit cumulé de la CNAMTS, le second pour rétrocéder annuellement 1,5 milliard de droits sur les tabacs à l'assurance maladie et 1,5 milliard de droits sur les alcools au FSV à l'horizon 2008.

M. Nicolas About, président, a estimé que ces deux derniers amendements étaient cohérents avec les positions constantes de la commission et avec l'esprit du projet de loi.

*La commission a ensuite **adopté le projet de loi ainsi modifié.***

ANNEXE

-

**LES DÉTERMINANTS MACRO-ÉCONOMIQUES
DES DÉPENSES DE SANTÉ**

**Les déterminants macro-économiques des dépenses de santé :
comparaison entre quelques pays développés**

Catherine BAC

CEPII

Version 6 juillet 2004

Table des matières

1. Les dépenses de santé en Europe et aux États-Unis	216
1.1. LES ÉVOLUTIONS RÉCENTES	216
1.2. LE FINANCEMENT DES DÉPENSES	221
1.3. LES RÉFORMES DES SYSTÈMES DE SANTÉ	223
<i>a. Le recours à la concurrence</i>	223
<i>b. La décentralisation</i>	224
1.4. LES SYSTÈMES DE SANTÉ AUJOURD’HUI.....	227
1.5. LE « PARCOURS-TYPE » DES MALADES	230
<i>a. La France</i>	230
<i>b. Les Pays-Bas</i>	230
<i>c. Le Royaume-Uni</i>	231
<i>d. La Suède</i>	232
2. Les facteurs de croissance des dépenses de santé.....	232
2.1. UN EXAMEN RÉTROSPECTIF DES DÉPENSES DE SANTÉ.....	232
<i>a. Les facteurs explicatifs</i>	233
<i>b. Quelques évaluations empiriques</i>	239
2.2. PROJECTIONS DE DÉPENSES DE SANTÉ.....	245
<i>a. L’effet du vieillissement de la population</i>	246
<i>b. Projection des tendances des dépenses à moyen terme</i>	257
3. CONCLUSION.....	268
BIBLIOGRAPHIE.....	270

Dans les pays européens, la majeure partie du financement des dépenses de santé est publique. Dans un contexte de ralentissement de la croissance et de limite du déficit public, le rythme soutenu de la croissance des dépenses de santé pose un problème de financement. Des réformes ont été engagées pour essayer de réguler ces dépenses.

Les politiques de régulation ont généralement trois objectifs : la maîtrise des coûts, l'efficacité et l'équité du système de santé. Dans cette étude, on s'intéresse à l'effet des réformes sur les coûts. La comparaison internationale effectuée ici a donc uniquement un caractère positif (un pays dépense plus qu'un autre) et non normatif (le système de santé d'un pays est-il meilleur que celui d'un autre ?). Elle permettra de situer le niveau et le taux de croissance des dépenses de santé de la France par rapport à ses voisins européens, et de voir quels enseignements on peut tirer des expériences étrangères. En particulier, si l'organisation du système a un réel impact sur les dépenses.

Dans une première partie descriptive, les tendances récentes d'évolution des dépenses de santé sont présentées. Ces tendances sont complétées par une présentation des systèmes de santé et des principales caractéristiques des réformes mises en œuvre. Dans une seconde partie, un exercice de projection des dépenses à moyen terme est effectué en accordant une attention particulière aux évolutions démographiques.

I. 1. Les dépenses de santé en Europe et aux États-Unis

A. 1.1. LES ÉVOLUTIONS RÉCENTES

L'évolution des dépenses est analysée à partir des données de l'OCDE²⁹. Elles concernent sept pays européens (Allemagne, Espagne, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède) ainsi que les États-Unis sur la période 1970 à 2001. Les pays européens sont retenus sur la base de leur représentativité (en termes de réforme et d'organisation) mais aussi en raison de la disponibilité des données.

²⁹ Base Eco-Santé 2003.

Il s'agit des dépenses totales de santé au sens de l'OCDE, qui regroupent les dépenses hospitalières, les dépenses de médecine ambulatoire ainsi que les dépenses en biens médicaux et en pharmacie. Ces dépenses peuvent avoir différents modes de financement (financement public, assurances privées ou bien encore paiement direct par les ménages). Même si des efforts concernant l'homogénéité des séries ont été réalisés par les comptables nationaux des pays de l'OCDE, les résultats de ce type de comparaison doivent toujours être considérés avec prudence en raison des différences de méthodologie entre les pays et au cours du temps.

Comme le montrent les tableaux 1 et 2 ci-dessous, les dépenses de santé ont, dans les années soixante-dix, augmenté en volume à un rythme plus rapide que le PIB, et leur part dans le PIB a augmenté dans tous les pays de l'échantillon. Dans les années 1980, les dépenses ont ralenti partout sauf aux Etats-Unis, suite en particulier à une première vague de réformes en Europe dans la seconde moitié des années 1980. Mais cela n'a pas suffi à stopper la progression des dépenses en pourcentage du PIB, car la croissance économique elle-même ralentissait. Ce mouvement s'est poursuivi dans les années 1990. Les dernières données publiées montrent pour plusieurs pays une croissance plus forte des dépenses en volume en 2000 et 2001, que l'on peut relier à la bonne conjoncture de l'année 2000. Au total, les dépenses de santé ont suivi les inflexions de la croissance économique, mais avec un rythme moyen plus élevé, et les dépenses de santé en % du PIB ont augmenté de 2 à 6 points entre 1970 et 2000, la meilleure performance (2 points) ayant été obtenue par les Pays-Bas et la Suède, la moins bonne (6 points) par les Etats-Unis.

Tableau 1 : Taux de croissance annuels moyens des dépenses de santé en volume, en %*

	Allemagne	Espagne	France	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Italie	Etats-Unis
1970-1979	6,6	8,6	6,3	3,9	4,2	4,7		5,6
1980-1989	2,1	4,6	4,1	2,8	3,6	1,9		6,2
1990-1999	2,4	4,5	2,6	3,9	4,1	2,0	1,7	4,5
2000-2001	2,1	3,5	4,2	3,7	5,3	4,4	6,1	5,5

*dépenses nominales déflatées par le prix du PIB

Tableau 2 : Part des dépenses de santé dans le PIB, en %

	Allemagne	Espagne	France	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Italie	Etats-Unis
1970	6,2	3,6	5,6	6,9	4,5	6,7		6,9
1980	8,7	5,4	7,3	7,5	5,6	8,8		8,7
1990	8,5	6,7	8,6	8	6	8,2	8,0	11,9
2000	10,6	7,5	9,3	8,6	7,3	8,4	8,2	13,1

Notes : Allemagne de l'ouest jusqu'en 1990 ; pour la France les données antérieures à 1990 ont été approximées à partir de la rétroprojection des Comptes de la Santé (2003) ; pour les Pays-Bas 1972 au lieu de 1970.

Source : Eco-Santé 2003.

La hausse de la part des dépenses de santé dans le PIB peut résulter d'une augmentation en volume plus rapide que celle du PIB ou de l'évolution des prix relatifs de la santé par rapport à ceux du PIB. Les gains de productivité étant limités dans le secteur de la santé, on s'attend à une hausse tendancielle du prix relatif des biens du secteur de la santé par rapport au prix du PIB, qui renforce les évolutions en volume. Cependant certaines réformes telles que la mise en concurrence des offreurs de soins peut aussi faire évoluer vers le bas les prix dans ce secteur. Le graphique 1 décompose l'évolution du rapport des dépenses de santé au PIB entre un effet volume et un effet prix relatif. La méthode est décrite dans l'encadré 1.

Selon les pays, l'un des deux facteurs – volumes ou prix relatifs – joue un rôle prépondérant. En France, la croissance du volume explique l'augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB tandis qu'au Etats-Unis, en Italie et au Royaume-Uni sur la fin de la période, la dérive des prix de la santé par rapport au prix du PIB est le facteur prépondérant.

Encadré 1 : décomposition de l'augmentation du rapport entre dépenses de santé et PIB

On note S les dépenses de santé en volume, P_s l'indice de prix du secteur santé, Y le PIB en volume et P l'indice de prix du PIB. La part des dépenses de santé dans le PIB s'écrit :

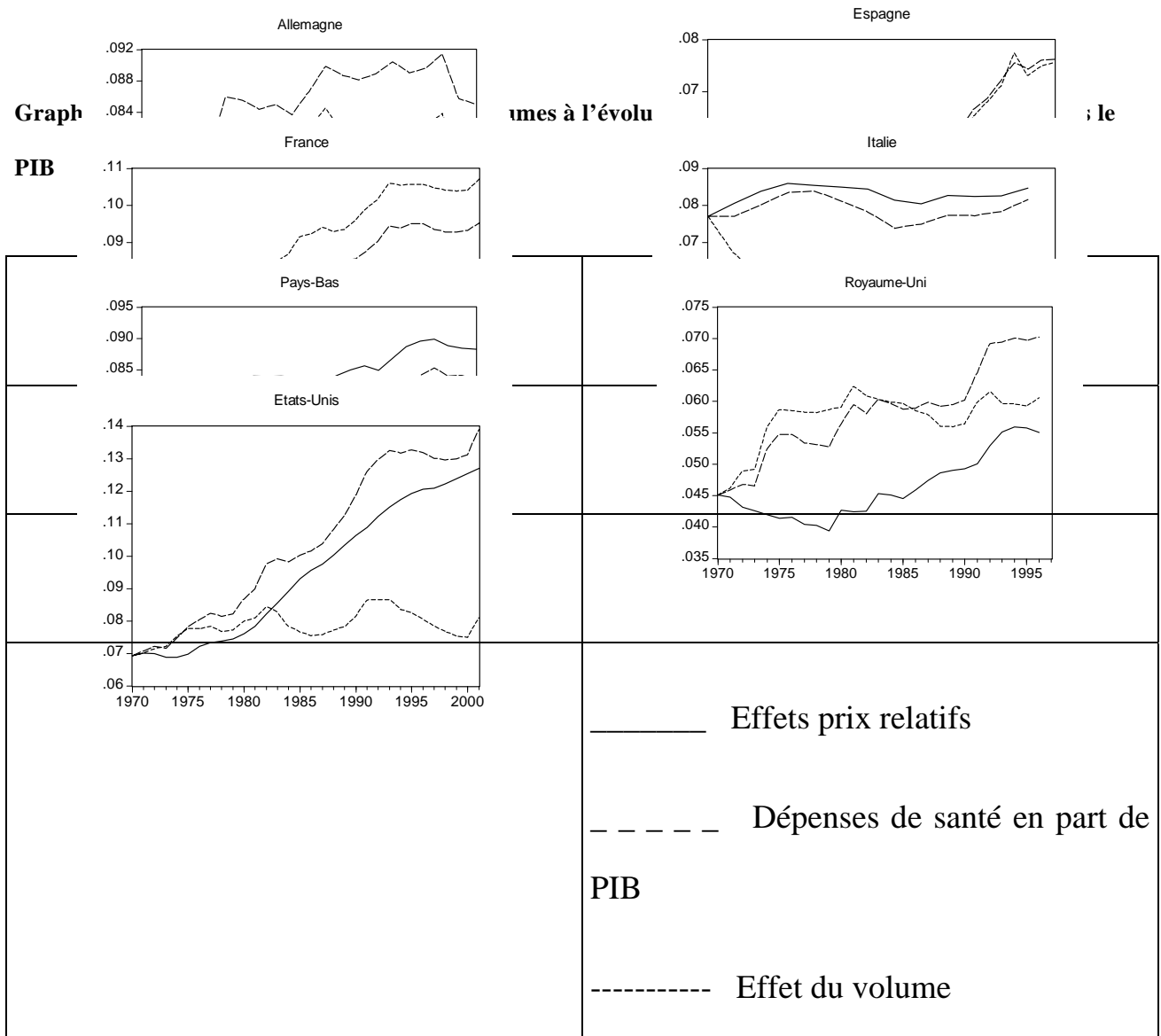
$$q = \frac{P_s S}{PY} = ps$$

où p désigne le prix relatif de la santé ($p=P_s/P$) et s est la part des dépenses en volume dans le PIB en volume ($s=S/Y$).

L'évolution du rapport des dépenses en valeur sur le PIB en valeur s'écrit alors :

$$\Delta q = \Delta(ps) = p\Delta s + s\Delta p$$

où Δ est l'opérateur de variation d'une date à l'autre. Le graphique 1 retrace l'évolution du ratio des dépenses de santé sur le PIB (q) ainsi que de ses deux composantes : l'effet volume ($p\Delta s$ cumulé) et l'effet prix relatifs ($s\Delta p$ cumulé).



Ces mouvements volume-prix peuvent résulter des méthodes statistiques du partage « prix-volume » (par exemple, le renchérissement d'un acte peut être attribué à une augmentation du volume alors qu'il s'agit d'une amélioration de la

qualité). Mais ce mouvement peut aussi s'interpréter économiquement (une baisse du prix des médicaments stimule leurs ventes ou bien, en cas de baisse du prix de la consultation, les médecins augmentent leur nombre afin de s'assurer un revenu constant).

Tant que le traitement statistique du partage prix-volume n'est pas transparent, on peut juste conclure que dans les pays où la hausse du prix relatif est forte, la croissance des volumes est plus faible que dans les pays où l'indice des prix relatifs est plus stable. Dans tous les cas, il faut tenir compte des deux facteurs dans un modèle explicatif des dépenses de santé.

B. 1.2. LE FINANCEMENT DES DÉPENSES

La hausse tendancielle de la part du revenu consacrée aux dépenses de santé est la contrepartie de l'élévation de l'espérance de vie. En un sens, c'est un choix que fait la société de consacrer plus de ressources à sa santé, et on ne saurait remettre en cause ce choix. Le problème surgit du fait que les individus n'ont pas tous les mêmes ressources, alors que leurs besoins en soins sont, en première approximation, les mêmes sur l'ensemble du cycle de vie. Lorsque le financement des dépenses est essentiellement public, comme dans les pays européens (tableau 3), la hausse des dépenses suppose de faire croître au même rythme les ressources, ce

qui pose de nombreux problèmes économiques (pression fiscale excessive, endettement public) et politiques (les contribuables ont l'impression de « trop payer pour les autres »).. Lorsque le financement est essentiellement privé, comme aux Etats-Unis, la croissance des dépenses de santé a pour conséquence de laisser sans assurance une part croissante de la population (42 millions de personnes non assurées aux Etats-Unis). Ceci conduit finalement à développer des filets de protection publics, eux-aussi coûteux. Selon les projections du Congrès américain, le coût des programmes *Medicare* et *Medicaid* pourrait ainsi passer de 4% du PIB en 2003 à 11,5% en 2050³⁰.

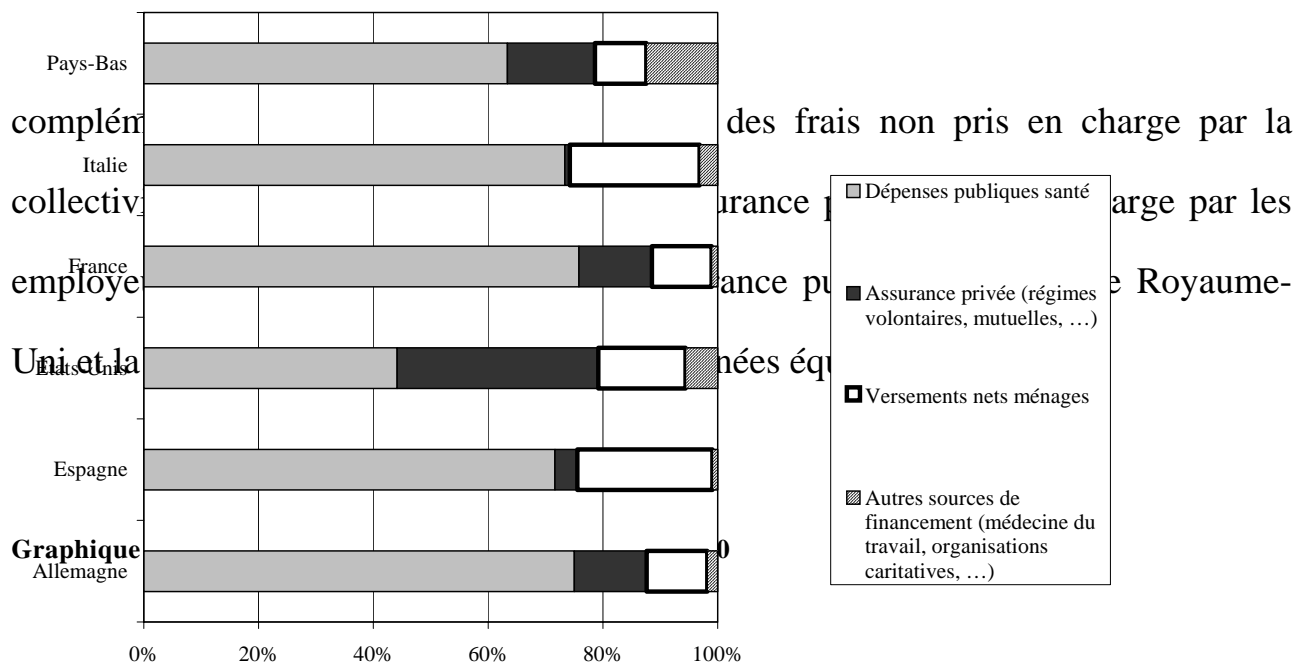
Tableau 3 : part du financement public dans les dépenses de santé (en %)

	Allemagne	Espagne	France	Pays-Bas	Italie	Royaume-Uni	Suède	Etats-Unis
1970	75,6	67,8		65,9		87,8	86,6	36,4
1980	78,7	79,9		69,4		89,4	92,5	41,5
1990	76,2	78,7	76,6	67,1	79,3	83,6	89,9	39,6
2000	75	71,7	75,8	63,4	73,4	80,9	85	44,2

Source : Eco-Santé 2003

Le mode de financement des dépenses de santé peut également avoir un impact sur leur croissance, à travers les incitations à dépenser ou à économiser qu'il engendre . Le graphique 2 montre que la participation des ménages est la plus élevée en Espagne et en Italie. Cette participation aux dépenses est très proche en Allemagne, France et Etats-Unis. En Allemagne et en France, les organismes

³⁰ Voir OCDE (2004), p. 57.



Source : Eco-Santé 2003

C. 1.3. LES RÉFORMES DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Les réformes engagées au cours des vingt dernières années combinent deux éléments principaux : le recours à la concurrence et la décentralisation.

1. a. Le recours à la concurrence

En 1990, au Royaume-Uni, le « New Public management » a introduit des mécanismes de l'économie de marché (méthodes de gestion issues du privé ou mise en concurrence des producteurs de soins) dans le système public de santé. L'objectif était d'obtenir une meilleure organisation qui conduirait à une optimisation des processus de soins et donc à une économie de coût en évitant les soins inutiles. Un second objectif de cette réforme était de remédier au problème des listes d'attente en rendant le système plus performant.

La mise en concurrence concerne l'offre de soins. Elle peut exister y compris dans le cadre d'un système de financement public. Un opérateur intermédiaire (« un entrepreneur de soins » pour reprendre le terme de Bocognano et alii (1998)) est acheteur de soins (il organise un réseau de soins) pour le compte d'un assuré qui est « abonné » chez lui et pour lequel il perçoit une rémunération forfaitaire issue d'un financement public. En pratique, au Royaume-Uni, la méthode a consisté à séparer les acheteurs et les fournisseurs de soins de santé au sein du système national de santé. Les établissements hospitaliers ont été mis en concurrence par appels d'offre. De fait, les hôpitaux ont pu se réorganiser et disposer d'une plus grande autonomie de gestion, et les cabinets de généralistes ont pu disposer d'enveloppes budgétaires pour « acheter » des soins hospitaliers ou de spécialistes.

Cette réforme a suscité beaucoup d'intérêt dans les pays nordiques. La Suède s'en est inspirée. Les comtés ont mis en concurrence les hôpitaux par appels d'offre ou en passant des contrats. Des enveloppes financières ont été attribuées aux autorités sanitaires par district et aux cabinets de généralistes considérés comme « acheteurs » de soins spécialisés et d'interventions hospitalières.

Dans les pays du Sud de l'Europe, comme l'Espagne ou l'Italie, la mise en concurrence peut se produire entre des structures (hôpital, centre de santé,...) publiques et privées car il existe des espaces privés plus larges. Depuis 1992-1993, les autorités locales italiennes ont acquis plus d'autonomie en adoptant des règles de gestion privée. Le principe de séparation entre « acheteurs » et « fournisseurs » de soins a été introduit. Les hôpitaux vendent leurs services aux entreprises de santé locales. La réforme du service national de santé italien s'est poursuivie en 1999 avec un accroissement de l'autonomie financière des régions. En Espagne, les autorités régionales peuvent passer des contrats avec des structures de santé privées.

Un premier bilan de ces expériences permet de conclure que l'instauration d'une fonction d'entrepreneur de soins peut réduire les coûts et améliorer la qualité des soins, en responsabilisant la prise en charge globale d'un patient. Elle nécessite cependant un réseau structuré d'une taille suffisante pour éviter la sélection des risques, mais néanmoins pas trop importante pour éviter la dilution des responsabilités.

Des expériences un peu différentes ont été menées en Allemagne et aux Pays-Bas. Elles consistent à mettre en concurrence les caisses ou assureurs dans le but d'améliorer la gestion du risque.

La réforme Dekker-Simons amorcée dans les années 1980 aux Pays-Bas, qui prévoyait un système de "concurrence d'acheteurs", est restée très partielle. Il existe ainsi aux Pays-Bas une distinction entre "gros risques", pris en charge par un système d'assurance universel et obligatoire, et "petits risques", pris en charge par des caisses publiques en dessous d'un seuil de revenu, et par des assurances privées, facultatives, au-delà. L'assuré a effectivement la liberté de choisir sa caisse et celle-ci perçoit un forfait fonction du risque. Cependant, la rareté de l'offre n'a pas permis l'instauration d'un véritable comportement d'acheteurs de la part des caisses. De plus, pour contrer les tentatives de sélection du risque par les caisses, les autorités ont mis en place un système complexe de réglementation (Bocognano et alii (1998)). En Allemagne, la concurrence entre les caisses existe depuis 1995 avec la Réforme Seehofer. Cette réforme a pour objectifs la concentration des caisses d'assurance maladie et leur mise en concurrence en donnant aux assurés la liberté de choix.

Cependant, la concurrence ne conduit pas forcément à la maîtrise des dépenses de santé, comme le montre l'exemple des Etats-Unis.

2. b. La décentralisation

La décentralisation est la seconde caractéristique des réformes des systèmes de santé menées dans les années 90 en Europe. Dans certains pays, il s'agit de déléguer la gestion et le financement du système, tandis que dans d'autres, la

décentralisation consiste simplement à déléguer l'exécution de décisions prises centralement à des intervenants locaux.

Les objectifs de la décentralisation sont assez proches de ceux de la mise en œuvre de la concurrence. Le premier objectif est d'améliorer l'offre de soins en la rapprochant de la demande locale et, ainsi, de réduire les délais pour l'obtention d'une consultation de spécialiste ou de soins hospitaliers. Le second objectif est d'accroître la responsabilité des « entrepreneurs de soins » en leur donnant une enveloppe budgétaire à gérer. Cet effet est renforcé par l'instauration d'un financement local des soins de santé.

Au Royaume Uni, la décentralisation est professionnelle et économique avec l'instauration des groupes de soins primaires (depuis la réforme de 1997, les groupes de soins primaires couvrent en moyenne 150 000 personnes) qui conduit à substituer des relations contractuelles avec mécanismes incitatifs aux relations de contrôle hiérarchique. Cependant, le financement est toujours central (budget annuel voté par le Parlement). Ce rationnement direct des ressources (encadrement strict des capacités de production et rémunération forfaitaire) évite tout déficit mais n'a pas permis de résorber les listes d'attentes.

Dans les pays scandinaves, le système est décentralisé du point de vue de la gestion et du financement depuis de nombreuses années. En Suède, 67% du financement des dépenses de santé se situe au niveau local. Vingt et un comtés lèvent des impôts affectés à la santé, dirigent les structures hospitalières et autorisent l'installation des praticiens privés. La Réforme Ädel de 1992 a accru les responsabilités des municipalités, essentiellement pour les soins à dominante sociale (personnes âgées, handicapés, ...). Au Danemark, la gestion s'effectue au niveau des

comtés. Le financement est assuré à 87% par des impôts locaux (rémunérations des professionnels de santé et gestion des hôpitaux). Les 13% restants sont issus de dotations provenant du gouvernement central (Polton (2003)). Les principes d'organisation sont similaires dans les autres pays scandinaves. Au cours des années 90, en Suède, la décentralisation a consisté à transférer un certain nombre de compétences des comtés aux municipalités. Dans cette configuration, les municipalités financent par la fiscalité les services dont elles sont responsables. Ce système n'entraîne pas de dérapage des dépenses et semble plus performant que le système britannique du point de vue des listes d'attente, sans pour autant les supprimer.

En Espagne, le processus de décentralisation, entamé depuis les années 1980, est progressif et s'effectue en même temps que le passage d'un système d'assurances sociales à un système national de santé. Cependant, la décentralisation de la gestion ne s'est pas accompagnée de celle du financement (les financements par la région restaient limités à seulement 9% à la fin des années 1990). Le découplage entre gestion et financement est à l'origine de tensions face au creusement des déficits régionaux.

L'Italie, qui était dans une situation proche de celle de l'Espagne, a connu deux réformes dans les années 1990. En 1992-93, la mise en concurrence des offreurs de soins s'est accompagnée d'une régionalisation accrue (pouvoirs transférés du niveau non seulement national, mais aussi local, vers les régions) et d'une responsabilisation financière (les régions doivent combler leurs déficits par des recettes fiscales ou augmentation du ticket modérateur). Cependant l'accroissement des déficits et l'intensification des conflits entre les régions et l'Etat a conduit à une nouvelle réforme en 1999. Cette dernière a mis fin au principe du budget national au profit d'un fédéralisme fiscal. Ce transfert de la responsabilité financière aux régions

avec la mise en place d'impôts régionaux s'est accompagné de l'introduction d'un système de redistribution pour abonder les régions dont les recettes sont insuffisantes. Cette redistribution conduit de fait à une perte d'autonomie des régions "pauvres" par rapport aux régions "riches". La mise en œuvre de cette réforme est progressive (jusqu'en 2014).

En Allemagne, enfin, la décentralisation dans le domaine de la santé ne passe pas tant par les länder que par des négociations locales entre association de caisses de sécurité sociale et association de médecins.

D. 1.4. LES SYSTÈMES DE SANTÉ AUJOURD'HUI

Les différents systèmes qui coexistent en Europe révèlent des conceptions assez diverses des services publics de santé. Dans certains pays, le service public de santé concerne l'ensemble de la population (pays scandinaves), dans d'autres, il existe un filet de sécurité (CMU en France), la majorité de la population étant alors couverte par son statut professionnel. En ce qui concerne l'offre de soins, des pays où les services de santé sont réglementés en contrepartie d'un financement collectif côtoient des pays où le service est libre et financé individuellement. Il n'est donc pas aisé d'élaborer une typologie de pays en fonction de leur système de santé.

En reprenant la classification de l'OCDE³¹, on peut distinguer trois modèles d'organisation du système de santé :

- **le modèle « public intégré »**, représentatif du système existant dans les pays nordiques comme la Suède, au Royaume-Uni, en Italie et en Espagne. Il est caractérisé par un financement essentiellement public, une couverture universelle de la population, un service hospitalier public dont le personnel fait partie de l'emploi public salarié. Les praticiens sont soit salariés, soit rémunérés à la capitation (le praticien reçoit un paiement fixe pour chaque patient inscrit sur sa liste avec un ajustement pour l'âge et le sexe). En terme de maîtrise des coûts, ce système est le plus performant puisque le budget est fixé *a priori*. Cependant, comme l'offre de soins est fixée à une date donnée, l'ajustement se réalise par la demande et engendre, en particulier, des problèmes de files d'attentes.
- **le modèle de « contrat public »** concerne principalement l'Allemagne et les Pays-Bas. Les assureurs (le plus souvent publics) passent des contrats avec des fournisseurs de soins privés (organisation représentative de praticiens, clinique ou hôpital). L'assurance des individus est fonction de leurs revenus. Les revenus en dessous d'un certain seuil sont couverts par une assurance publique obligatoire, tandis que les plus hauts revenus s'affilient volontairement à une caisse privée. Le mode de rémunération des praticiens peut être soit à l'acte comme en Allemagne, soit à la capitation ou à l'acte comme aux Pays-Bas. Ce système est considéré comme plus efficace par les patients mais moins favorable à une bonne maîtrise des coûts (Docteur et Oxley (2003)).
- **le modèle de « remboursement »** est le modèle dominant en France pour les soins de ville et aux Etats-Unis. L'assurance peut être privée, comme aux Etats-Unis, ou publique, comme en France, et les producteurs de soins sont pour la plupart privés à but lucratif. Le mode de rémunération des praticiens est généralement à l'acte. Durant les années 1990, les assureurs privés américains ont mis en place des contrats pour mettre en concurrence les producteurs et restreindre le choix des patients. Certains praticiens américains sont désormais rémunérés à la capitation. L'efficacité du modèle en terme d'attente est meilleure que dans les deux autres systèmes mais le contrôle des coûts est plus difficile.

La différence principale du système américain par rapport aux systèmes européens concerne la couverture de la population. Elle est quasi-complète en Europe, même si aux Pays-Bas et en Allemagne, une petite partie (les revenus les plus élevés) est assurée de façon privée, et même si cette couverture peut exclure certains services et nécessiter une quote-part des ménages. Aux Etats-Unis, la couverture maladie repose en grande partie sur l'assurance privée. Selon une étude de la DREES (Chambaretaud et Lequet-Slama, 2001), les deux tiers des Américains de moins de 65 ans sont assurés par le biais de leur employeur. De plus, en 1999, plus de 42 millions d'américains ne disposaient d'aucune assurance maladie, soit 15% de la population.

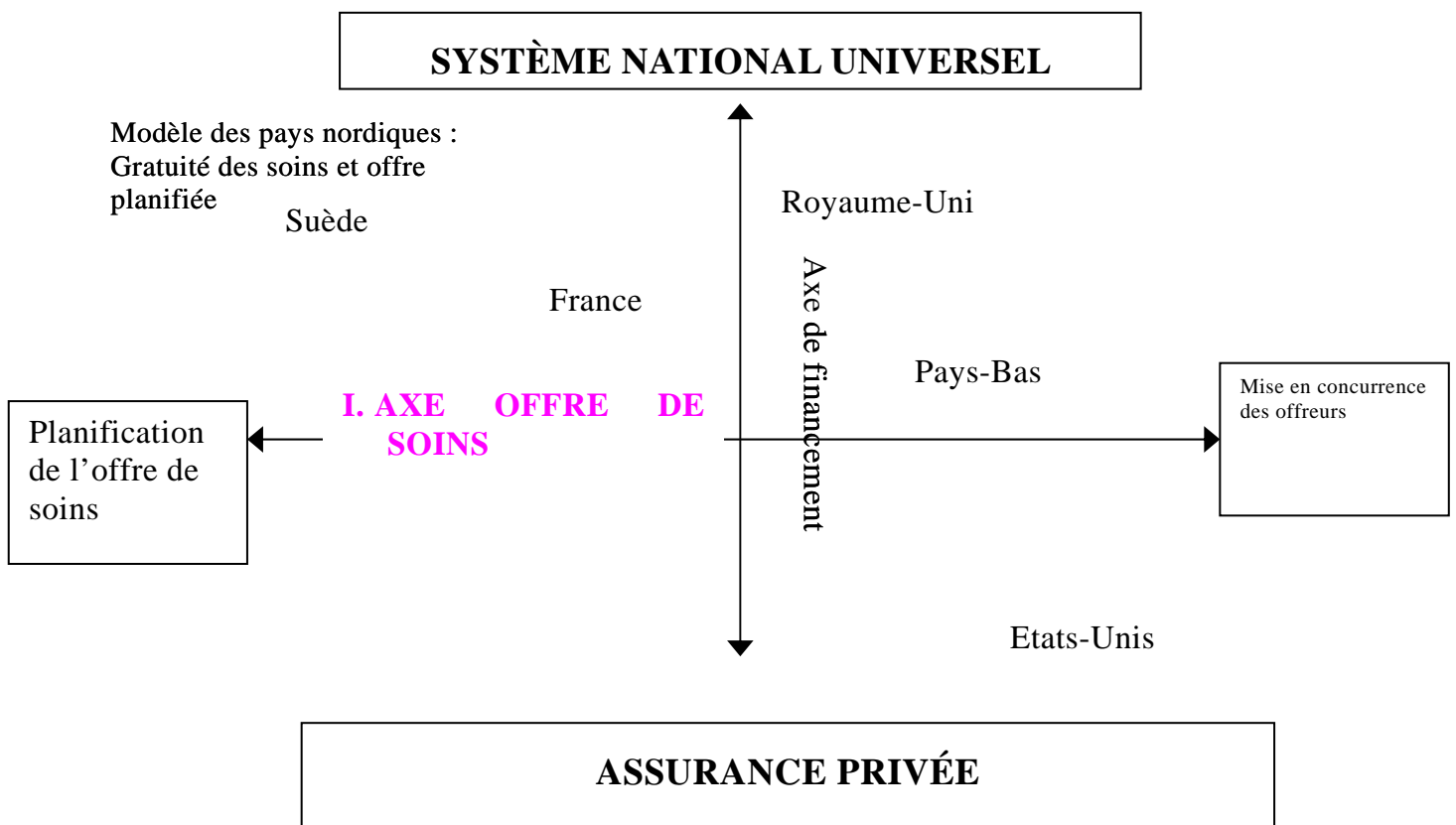
En pratique, les pays ont un système de soins complexe qui combine plusieurs modèles. Par exemple, en France, l'hôpital est proche du modèle « public intégré » et côtoie un système de « contrat public » pour les cliniques, dont certaines sont à but lucratif. La médecine de ville est un système de remboursement. Pour illustrer la diversité de l'organisation des soins de santé en Europe, nous proposons une grille de lecture des systèmes de santé européens, inspirée du rapport Polton « Quel

³¹ Cette classification s'inspire du document de travail de l'OCDE « Health care reform : controlling spending and increasing efficiency », Oxley et Mc Farlan (1994), working papers n°149. Elle est différente de celle proposée dans « Health care systems : lessons from reform experience » Docteur et Oxley (2003), OCDE working papers n°374.

système de santé pour l'horizon 2020 ? ». Elle permet de schématiser les systèmes de protection sociale selon 2 axes (graphique 3) :

- Un **axe de financement** sur lequel s'opposent, à une extrémité, les systèmes de couverture universelle (en termes de population et de services), et à l'autre, les systèmes d'assurance individuelle (chaque assuré choisit son niveau de couverture et paie une prime que l'assureur calcule en fonction de son risque). La situation de la France sur cet axe est intermédiaire puisqu'à la couverture sociale obligatoire s'ajoutent des assurances privées volontaires.
- Un **axe d'offre de soins** qui oppose les systèmes à offre planifiée aux systèmes libéraux et concurrentiels. Sur cet axe, la France se situe aussi à un niveau intermédiaire avec un système hospitalier très planifié et une médecine de ville libérale.

Graphique 3 : Une grille de lecture pour les systèmes de santé européens



E.

F. 1.5. LE « PARCOURS-TYPE » DES MALADES

Comment ces différents systèmes se concrétisent-ils dans la vie des assurés et des malades ? On présente brièvement ci-dessous le « parcours type » du malade dans les quatre pays européens inscrits sur le graphique 3. Les éléments de ce parcours sont issus du rapport « Health care systems in eight countries : trends and challenges » d'avril 2002, préparé par l'Observatoire européen sur les systèmes de santé.

1. a. La France

Les résidents en France sont couverts par une assurance publique de santé obligatoire. Jusqu'à l'instauration de la CMU (2000), l'affiliation dépendait du statut professionnel. Le système de santé est financé principalement par des cotisations sociales et l'impôt. Les services de santé sont assurés par des praticiens privés et des hôpitaux publics et privés (à but ou non lucratif). Les praticiens du secteur ambulatoire sont rémunérés à l'acte sur la base de tarifs négociés, tandis que le personnel hospitalier est salarié. Les malades ont le choix du médecin et de l'hôpital.

(1) Un « parcours médical type » en France

Le malade peut décider d'aller voir directement un spécialiste s'il le souhaite, mais il consulte généralement en premier son médecin généraliste (le « médecin de famille »). Il obtient rapidement un rendez-vous avec son généraliste. Celui-ci peut lui prescrire des médicaments et lui conseille un de ses collègues spécialistes. Le malade règle ses honoraires au généraliste. Il sera remboursé à 70% du tarif de la sécurité sociale par sa caisse d'assurance, et tout ou partie du reste lui sera remboursé par sa mutuelle selon la qualité de celle-ci. Les médicaments prescrits sont réglés par le malade qui sera ensuite partiellement remboursé. Alternativement il peut ne régler à la pharmacie que la partie à sa charge, le reste étant versé directement par la caisse d'assurance maladie.

Le spécialiste indiqué reçoit généralement ses patients dans la semaine. S'il s'agit d'un professeur réputé qui, par exemple exerce dans un grand hôpital public, il a généralement aussi une consultation privée où un rendez-vous est plus rapide à obtenir. A l'hôpital, il faudra néanmoins attendre environ deux mois pour avoir un rendez-vous. Si une opération ou un traitement hospitalier est nécessaire, le délai est d'environ deux mois. Le forfait hospitalier à la charge du malade est généralement remboursé par sa mutuelle.

2. b. Les Pays-Bas

L'organisation du système de santé aux Pays-Bas comporte trois éléments principaux. Le premier est une assurance obligatoire publique (ZFW) pour les revenus en dessous d'un certain seuil (en 2002, le seuil de revenu annuel était de 30 700 €), cette assurance concernant 65% de la population. Le second élément est une assurance privée volontaire qui peut être souscrite par les hauts revenus. Le troisième élément est un filet d'assurance universelle et obligatoire (AWBZ) qui couvre certains risques « exceptionnels » (handicap, dépendance des personnes âgées, maladies mentales, ..). De plus, une partie des soins, considérée comme « moins nécessaire », est couverte par une assurance complémentaire volontaire.

Les assurés de la ZFW ont le choix de la caisse (24 caisses régionales) et peuvent en changer une fois par an. Le principe du système est celui du « contrat public ». Chaque caisse négocie avec ses fournisseurs de soins (représentants des praticiens, hôpitaux, ...). Les généralistes sont rémunérés par capitation pour les assurés de l'assurance publique et à l'acte pour les autres.

(1) Un « parcours médical type » aux Pays-Bas

Le malade rend d'abord une visite à son généraliste ; il ne rencontre pas de problème d'attente. Si un diagnostic plus approfondi est nécessaire, le généraliste donne une autorisation de visite à un spécialiste et en conseille un, mais sans obligation pour le patient. Le temps d'attente moyen pour un rendez-vous avec un spécialiste est d'environ 6 semaines. Si le malade doit alors subir une intervention à l'hôpital, le temps d'attente est d'environ 11 semaines. Lorsque le malade est assuré par la ZFW, il ne paie pas de supplément pour une visite aux praticiens mais participe forfaitairement au séjour hospitalier (4€ par jour). La participation pour un assuré privé dépend de sa couverture. En moyenne, les ménages des Pays-Bas participent par versements directs à hauteur de 9% au coût total des dépenses de santé.

3.

4. c. Le Royaume-Uni

Les résidents du Royaume-Uni sont couverts par le « National Health Service » (NHS). En 2001, seuls 11,5% avaient une assurance médicale privée supplémentaire, financée par leurs employeurs pour 8%. Le système de santé est financé essentiellement par l'impôt. Les services de santé primaires sont principalement fournis par des groupes de généralistes (3 ou 4 la plupart du temps). Une formule de calcul par capitation est utilisée pour allouer des ressources à ces groupes. Le personnel hospitalier est salarié. Les spécialistes sont autorisés à percevoir tout ou partie de leur revenu en exerçant dans le privé. Les patients peuvent choisir un généraliste qui exerce dans leur zone de résidence.

(1) Un « parcours médical type » au Royaume-Uni

Le généraliste est au cœur du dispositif. Le patient doit le consulter en premier. Cette consultation ne nécessite pas de paiement de la part du malade. Mais si le généraliste prescrit des médicaments, ceux-ci peuvent faire l'objet d'une participation au paiement. Si l'état du malade le nécessite, le généraliste l'oriente vers un spécialiste ou une hospitalisation. L'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste est d'environ deux mois et demi selon l'état du malade et la spécialité. Cette consultation n'entraîne pas de paiement par le malade. Pour un traitement hospitalier, l'attente est d'environ 3 mois et une participation aux frais hôteliers est demandée.

5. d. La Suède

La couverture et l'accès aux soins sont accordés à tous les résidents suédois. Le financement est essentiellement assuré par l'impôt local (66% des dépenses totales de santé). La prédominance du secteur public est forte tant pour le financement que pour la fourniture des soins. La structure de l'organisation des soins de santé est décentralisée. Les 21 comtés, gouvernés par un conseil d'élus, disposent du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé. L'Etat Central définit un panier de soins minimum et autorise la mise sur le marché des médicaments. Il a de plus un rôle important dans la définition des objectifs de santé publique. Les conseils de comté ont en charge les services médico-sanitaires de leur circonscription. Ils sont propriétaires et gestionnaires des hôpitaux et des centres de santé. Ces établissements sont complétés par des organismes privés qui ont des contrats avec les conseils des comtés.

(1) Un « parcours médical type » en Suède

Le patient a le choix du centre de santé médecin ou hôpital (50% des consultations générales sont faites à l'hôpital). Si le patient s'adresse à un médecin du service public, il paie simplement une participation aux frais (entre 11 et 15 €) tandis que s'il consulte un médecin privé conventionné, l'assurance maladie prend en charge une partie des frais. Dans un centre de santé, le malade peut voir une infirmière dans la journée ou avoir un rendez-vous avec un généraliste dans la semaine. Si l'état du malade le justifie, il est envoyé à un spécialiste. En cas d'hospitalisation, le patient règle une somme forfaitaire par journée d'hospitalisation.

A l'issue de cette première partie, nous avons pu constater pour les pays étudiés un rythme de croissance des dépenses de santé élevé, plus rapide que celui du PIB. Différentes réformes ont été mises en œuvre pour maîtriser ces dépenses. Dans une seconde partie, on cherche tout d'abord à expliquer cette croissance sur la période passée. Dans un second temps, les tendances de moyen-long terme des dépenses de santé sont projetées. On cherche en particulier à déterminer si les réformes ont réussi à infléchir significativement la tendance.

II. 2. Les facteurs de croissance des dépenses de santé

On cherche ici à comprendre les facteurs ayant, sur le passé, entraîné l'augmentation des dépenses de santé. Puis on tente de projeter à moyen terme l'évolution des dépenses en fonction des évolutions démographiques et économiques, en supposant donnés les systèmes de santé.

A. 2.1. UN EXAMEN RÉTROSPECTIF DES DÉPENSES DE SANTÉ

1. a. Les facteurs explicatifs

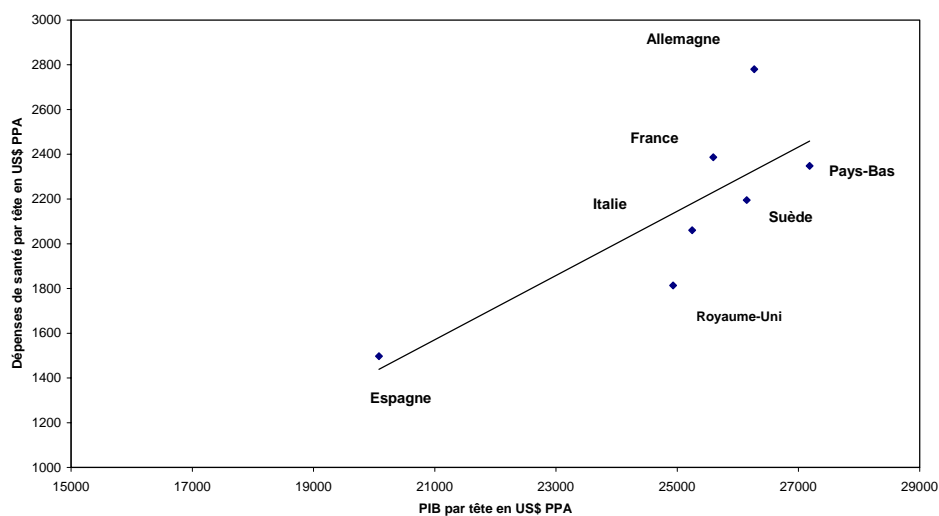
L'évolution des dépenses de santé peut schématiquement être expliquée par des facteurs de demande (comportement des assurés) et par des facteurs d'offre (comportement des prestataires), même si cette distinction est parfois arbitraire. Il faut bien évidemment y ajouter les facteurs institutionnels, qui sont au cœur des réformes des systèmes de santé et agissent à la fois sur la demande et sur l'offre.

a) Les facteurs de demande

Le facteur primordial de demande est la **démographie**, puisque les dépenses de santé sont, avant toute chose, proportionnelles à la population. La taille de la population n'est toutefois pas le seul facteur démographique qui peut expliquer la croissance des dépenses de santé. En effet, la consommation des biens de santé n'est pas uniforme tout au long de la vie, en particulier elle est plus forte aux âges élevés. Les deux effets démographiques – croissance de la population d'une part, déformation de la pyramide des âges d'autre part – seront pris en compte dans la projection des dépenses de santé présentée plus bas.

Après le facteur démographique, le second facteur par ordre d'importance est le **revenu par habitant** : comme l'illustre le graphique 4, les dépenses de santé par habitant sont, pour les pays de l'échantillon, une fonction croissante du revenu par habitant. Cette observation est cohérente avec les évolutions présentées en section 1, qui montrent que les dépenses de santé rapportées au PIB ont augmenté au cours du temps³². Elle confirme le caractère de « bien supérieur » de la santé dont la consommation s'élève plus que proportionnellement avec le revenu (Newhouse, 1977).

Graphique 4 : Dépenses de santé et PIB par habitant en 2000, en parité de pouvoir d'achat*



* les PIB par habitant comme les dépenses par habitant sont évalués en dollars, à un taux de change qui égalise les prix à la consommation entre les différents pays.

Source : Base Eco-Santé 2003

De nombreux travaux ont tenté de préciser ce lien apparent entre le PIB et les dépenses de santé (voir L'Horty, Quinet et Rupperecht, 1997). Ils tendent à nuancer le caractère de bien supérieur de la santé. En particulier, il se pourrait que ce lien

³² En effet, le rapport dépenses de santé / PIB est égal au rapport dépenses par habitant / PIB par habitant.

masque l'effet du progrès technique qui touche inégalement la santé et les autres secteurs d'activité (voir plus bas). Par ailleurs, la hausse du PIB par tête élève les assiettes de cotisations, ce qui permet de financer plus de dépenses de santé. Ainsi, l'augmentation plus que proportionnelle des dépenses par rapport au PIB ne vient pas forcément d'un désir de la société de consacrer une part sans cesse plus élevée de son revenu pour sa santé, mais peut aussi être le résultat d'un desserrement progressif de la contrainte de financement. Cette interprétation est renforcée par les travaux réalisés sur données individuelles, qui obtiennent une élasticité faible des dépenses de chaque individu à son revenu, cohérente avec un financement mutualisé des dépenses.

Le troisième facteur de demande est le **prix des soins**. Comme pour le revenu, le prix des soins a un impact différent selon que l'on se situe au niveau individuel ou agrégé, car les pays sont confrontés au véritable prix de la santé, tandis que les patients bien souvent ne connaissent même pas le prix des soins.. De plus, ce n'est pas le consommateur qui prend la plupart des décisions de consommation de soins, mais le corps médical. Enfin, les prix ne sont pas vraiment exogènes mais régulés par l'Etat.

Une manière indirecte d'évaluer l'impact du prix des soins sur les dépenses de santé est de mesurer l'effet de la couverture : une augmentation de la part de la prise en charge publique dans un système, à prix donnés, doit conduire à un accroissement des dépenses. L'Horty *et alii* (1997) obtiennent un impact positif significatif. Ainsi, la baisse tendancielle de la prise en charge moyenne depuis 15 ans (*via* la hausse du ticket modérateur) aurait freiné les dépenses de santé. Certains travaux réalisés en coupe sur plusieurs pays suggèrent au contraire une corrélation négative entre couverture et dépenses de santé (Gerdtham, 1995), sans doute plus lié au contrôle strict qui pèse sur les prestataires dans un système intégré, comme celui du Royaume-Uni.

b) Les facteurs d'offre

Le premier facteur d'offre est le progrès technique. La diffusion du progrès technique a été particulièrement importante dans le secteur de la santé (scanners, RMN). Certaines innovations ont permis de réaliser des économies (vaccins) tandis que d'autres ont entraîné des augmentations de coûts. De plus, les nouvelles techniques médicales peuvent stimuler la demande dans la mesure où les offreurs bénéficient d'un marché captif, mais cela peut aussi révéler une demande latente.

La prise en compte du progrès technique dans un modèle explicatif des dépenses de santé est difficile car la mesure du progrès technique est complexe. L'Horty *et alii* (1997) utilisent les dépenses en appareils thérapeutiques par lits d'hôpitaux ou par nombre de médecins. Cependant, si ces dépenses sont en stagnation et s'il y a baisse du nombre de lits en raison d'une augmentation du taux de rotation, alors une augmentation de l'indicateur du progrès technique est simplement due à une rationalisation. Mahieu (2000) construit un indicateur composite de progrès technique pour la France ?. Il est cependant difficile de construire un tel indicateur pour plusieurs pays, en raison du manque de données homogènes sur une période suffisamment longue. Dans le modèle présenté ci-dessous, on s'en tient à une simple tendance temporelle

Le second facteur d'offre est l'augmentation du **personnel** et des **installations de santé**. L'augmentation de l'offre peut en effet conduire à un accroissement de la demande (la demande induite par l'offre). Au niveau théorique, la demande induite est engendrée par le monopole de la connaissance médicale des médecins associée à la faible sensibilité des patients aux prix. L'excès d'offre de soins peut alors contribuer à la hausse des dépenses de santé.

Cependant, la validation empirique de cette hypothèse n'est pas concluante. Par exemple, Mahieu (2000) obtient des résultats très différents selon les pays. Pour la France, l'élasticité à la densité médicale est unitaire : une hausse de la densité de 1% accroît les dépenses réelles de 1%. Ce coefficient est nettement plus faible (0,4) pour les Pays-Bas. Il est vraisemblable que ces effets sont plus forts dans les pays où le mode de rémunération dominant des prestataires est à l'acte et dans lesquels il n'existe pas de contrainte sur le volume des actes.

Cette théorie de la demande induite par l'offre a conduit à l'instauration de quotas (médecins, infirmières) qui ne sont pas sans poser des problèmes. En effet, l'offre chute au moment où le vieillissement nécessite un accroissement du personnel. Cette relative pénurie est alors un facteur de pression à la hausse des salaires.

Le troisième facteur d'offre est le **prix des soins** qui, comme sur tout marché, est susceptible d'affecter à la fois la demande et l'offre. Le prix relatif des soins (c'est-à-dire le rapport de l'indice du prix des dépenses de santé au prix de la consommation des ménages) a théoriquement un effet négatif sur la demande (une hausse de prix réduit les volumes demandés) et ambigu sur l'offre (une hausse de prix encourage les prestataires à produire plus, mais peut aussi leur permettre de travailler moins pour un revenu égal). Une étude empirique sur le Québec (Rochaix 1993) montre que les prestataires cherchent à garantir le maintien de leur revenu plutôt qu'à l'augmenter à la faveur des hausses de prix. Une hausse de prix peut ainsi, à l'initiative de l'offre, réduire les volumes et son effet sur les dépenses est donc ambivalent.

c) Les facteurs institutionnels

Selon l'organisation du système de soins, des contraintes plus ou moins fortes pèsent sur l'offre et la demande. Par exemple, dans un système public intégré

comme au Royaume-Uni, le budget annuel est fixé *a priori*. L'offre est par conséquent fortement contrainte. Dans les systèmes intégrés et sous contrats, la demande est contrainte par le biais du généraliste « porte d'entrée » du système. Les patients doivent obtenir une autorisation du généraliste pour consulter un spécialiste.

Les facteurs institutionnels peuvent expliquer les écarts de taux de croissance des dépenses de santé entre les pays. Deux approches sont généralement utilisées. La première distingue les effets liés au mode de rémunération dominant des prestataires³³ (salarial, rémunération à l'acte ou à capitation). La seconde distingue les effets liés au système national de santé (système de type intégré, remboursement ou système de contrat, selon la typologie de l'OCDE).

Dans ce qui suit, on associe l'impact de chaque système de soins à la composante strictement nationale de la tendance temporelle des dépenses : les écarts de taux de croissance issus des tendances de chaque pays peuvent s'interpréter comme l'impact de l'organisation du système de soins sur le taux de croissance des dépenses de santé, la tendance moyenne de tous les pays étant assimilée au progrès technique supposé identique dans tous les pays. On suit en cela Mahieu (2000), qui observe une tendance légèrement plus élevée des dépenses dans les pays où la rémunération se fait à l'acte par rapport à ceux qui pratiquent le système de la

³³ Les médecins généralistes sont salariés en Suède et le deviennent progressivement en Espagne. Ils sont payés à la capitation en Italie, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. Ils sont rémunérés à l'acte en Allemagne, en France et aux Etats-Unis mais, pour ces derniers, la part de capitation est en augmentation.

capitation. La prise en compte globale des spécificités institutionnelles conduit à des écarts plus importants, la tendance temporelle étant plus élevée (1,52%) pour le système de type remboursement que pour les deux autres systèmes (0,59% pour le système intégré, 0,68% pour le système contractuel).

2. b. Quelques évaluations empiriques

On estime ici une équation expliquant les dépenses de santé par habitant par les différents facteurs cités plus haut. Dans **l'équation de référence**, l'évolution des dépenses de santé par habitant est expliquée par le PIB par habitant, le prix relatif des soins par rapport au prix du PIB, et une tendance temporelle, qui représente le progrès technique commun à tous les pays.

Le modèle est estimé en panel avec des effets fixes par pays et en supposant que les coefficients sur les différentes variables explicatives sont identiques dans tous les pays (encadré 2). Les résultats doivent être interprétés avec précaution en raison de la dimension relativement limitée du panel. Ils montrent qu'une hausse du PIB par tête de 1% entraîne, toutes choses égales par ailleurs, une hausse des dépenses par habitant proche de 1%. Il ne faut pourtant pas en conclure que les dépenses de santé augmentent au même rythme que le PIB par tête, car parallèlement la tendance autonome indique que les dépenses par habitant augmentent de 1% par an

indépendamment de l'évolution du PIB par habitant. Enfin, les dépenses de santé par habitant diminuent de 0,7% lorsque le prix des soins augmente de 1% par rapport au prix du PIB.

A partir de cette relation de référence, on examine tour à tour l'impact de trois facteurs cités plus haut³⁴ : la part de financement des dépenses par les ménages (facteur de demande), la densité médicale (facteur d'offre) et le cadre institutionnel (mode de rémunération des médecins ou type de système – contrat, remboursement ou intégré). Les résultats sont détaillés dans l'encadré 2.

Une hausse de 1 point de la **part des dépenses à la charge des ménages** conduit, toutes choses égales par ailleurs, à une baisse de 1,4% des dépenses de santé³⁵. Il faut toutefois souligner que cette estimation porte sur de petites variations de la part des dépenses à la charge des ménages, et qu'on peut difficilement extrapoler sur une réforme radicale conduisant les ménages à contribuer directement à une part importante des dépenses.

La **densité médicale** a un effet positif et significatif sur les dépenses de santé, mais son introduction détériore la significativité de la tendance temporelle. On

³⁴ Les trois facteurs ne peuvent être introduits simultanément car l'incomplétude des données conduirait à réduire fortement la taille de l'échantillon.

³⁵ Cette estimation ne prend pas en compte le Royaume-Uni et les Pays-Bas, faute de données.

peut donc penser qu'une part de la tendance temporelle n'est pas attribuable au progrès technique, mais à la hausse tendancielle de la densité médicale au cours de la période³⁶.

On analyse ensuite l'impact du **mode de rémunération des médecins** en autorisant la tendance à être différente pour les pays où la rémunération à l'acte domine (France, Allemagne, Etats-Unis) et pour les pays où le système à la capitation est prépondérant (Royaume-Uni, Espagne, Italie, Pays-Bas). On obtient une tendance autonome deux fois moins rapide des dépenses dans le système à la capitation (0,55% par an, contre 1,1% par an dans le système de paiement à l'acte). La responsabilisation financière de l'offre de soins semble efficace pour ralentir les dépenses de santé. On obtient un résultat similaire en prenant en compte les pays où le médecin généraliste sert de porte d'entrée (« gatekeepers ») obligatoire au système (avant toute consultation de spécialistes ou à l'hôpital)³⁷.

Enfin, on étudie l'impact du **type de système de santé** en autorisant la tendance autonome à être différente dans les trois systèmes existants (remboursement, intégré ou par contrat). Les systèmes de type remboursement (Etats-Unis et France) ont la croissance autonome la plus forte avec 1,15%. Viennent

³⁶ L'Allemagne, l'Espagne et les Etats-Unis sont exclus de cette estimation en raison du manque de données sur la densité médicale dans ces trois pays.

³⁷ L'Allemagne quitte alors le groupe formé par la France et les Etats-Unis pour rejoindre celui des « gatekeepers » formé par le Royaume-Uni, l'Espagne, l'Italie et les Pays-Bas

ensuite les systèmes publics intégrés, avec 0,9% d'accroissement annuel autonome, et enfin les systèmes par contrats (Pays-Bas et Allemagne), qui n'ont pas de croissance autonome significative. Ainsi, le système par contrat semble le plus efficace pour ralentir les dépenses de santé, suivi par le système intégré. Cependant, la classification des pays selon cette typologie est discutable. En effet, elle n'est pas toujours valable au niveau des composantes de la dépense (en France, par exemple, le budget global pour l'hôpital est caractéristique d'un système public intégré, alors qu'on a retenu comme mode dominant le système de remboursement).

On peut cependant conclure que l'organisation du système de soins exerce une plus ou moins forte contrainte sur l'offre et la demande et, par conséquent, peut avoir une influence sur le taux de croissance des dépenses de santé. Certaines contraintes peuvent cependant être en partie levées. En effet, dans un système de rémunération à l'acte, si le prix de la consultation est fixé par les pouvoirs publics, les médecins peuvent augmenter leur volume de consultation afin d'assurer un revenu constant. Cette marge de manœuvre peut expliquer pourquoi dans certains pays, comme la France, la croissance du volume est nettement plus forte que celle des prix (cf graphique 1).

Encadré 2 : un modèle explicatif des dépenses de santé par habitant

On estime l'équation de référence suivante :

$$\ln(d_{i,t}) = \alpha \ln(y_{i,t}) + \beta \ln(p_{i,t}) + \gamma T_t + \delta_i$$

où $d_{i,t}$ désigne les dépenses de santé par habitant en volume du pays i l'année t , $y_{i,t}$ le PIB par habitant en volume, $p_{i,t}$ le prix relatif des soins, T le temps et δ_i l'effet fixe pour le pays i .

Les variables utilisées sont issues de la base Eco-santé 2003 pour la période 1970-2001. Il s'agit :

- des dépenses totales de santé par tête, déflatées par l'indice de prix du secteur de la santé et exprimées en dollars sur la base de la parité de pouvoir d'achat globale,
- du PIB par tête en volume (prix du PIB 95) et exprimé en dollars sur la base de la parité de pouvoir d'achat globale,
- du rapport entre l'indice de prix du secteur de la santé et l'indice du prix du PIB

Les séries sont non stationnaires. Le test de racine unitaire sur données de panel proposé par Im, Pesaran et Shin (2002) est utilisé afin de déterminer la forme fonctionnelle de modèle à retenir. L'hypothèse de racine unitaire est retenue pour les séries individuelles, et l'hypothèse de cointégration entre les séries de dépenses de santé par habitant, de PIB par habitant et de prix relatifs est aussi accepté pour la relation en niveau. Les résultats sont reportés dans la colonne (1) du tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : l'équation de référence
Variable dépendante : log des dépenses de santé par habitant
 Période d'estimation : 1972-2001
 Nombre observations : 30
 Nombre de pays : 7
 Nombre total d'observations : 167

Variable	Coefficie nt	Std. Error	t-Statistic	Prob.
Tendance linéaire	0,011559	0,002058	5,616491	0,0000
Log(PIB par tête)	0,948723	0,115046	8,246493	0,0000
Log(Prix relatifs)	-	0,027682	-26,32998	0,0000
	0,728861			
Effets Fixes				
Allemagne	1,320327			
Espagne	0,863424			
France	1,139275			

Italie	1,005226		
Etats-Unis	1,486657		
Royaume-Uni	0,914259		
Pays-Bas	1,173899		
R-squared	0,983135	Mean dependent var	7,28424
Adjusted R-squared	0,982168	S.D. dependent var	0,48956
S.E. of regression	0,065375	Sum squared resid	0,67099
Durbin-Watson stat	0,205061		

A cette équation de référence, on ajoute ensuite successivement différentes variables explicative :

- la part du financement par les ménages : TM_{it}
- la densité médicale : MED_{it} (nombre de généralistes ou spécialistes pour 1000 habitants)
- le mode de rémunération dominant des médecins : $ACT_i=1$ si la rémunération à l'acte domine dans le pays i (France, Etats-Unis, Allemagne), 0 sinon ; $CAP_i=1$ si la rémunération à la capitation domine dans le pays i (Royaume-Uni, Espagne, Italie, Pays-Bas), 0 sinon. Ces variables muettes sont multipliées à T pour former deux tendances différentes.
- le système dominant : $CONT_i=1$ si le système du contrat domine (Pays-Bas, Allemagne), 0 sinon ; $INT_i=1$ si le système intégré domine (Royaume-Uni, Espagne, Italie), 0 sinon ; $REMB_i=1$ si le système du remboursement domine, 0 sinon. Ces variables muettes sont multipliées à T pour former deux tendances différentes.

Les résultats sont synthétisés dans le tableau 5. Les résultats détaillés sont reportés en annexe 1.

(a) Tableau 5 : impact de différents facteurs sur l'évolution des dépenses de santé

Variable	Financement ménages	Densité médicale	Rémunération des médecins	Système d'assurance
Log(PIB par tête)	0,758884 (3,758648)	0,716188 (3,707852)	1,153682 (6,69865)	1,091599 (7,180676)
Log(Prix relatifs)	-0,573861 (-5,184441)	-0,935526 (-10,82112)	-0,804836 (-13,9755)	-0,786290 (-15,41779)
Part du financement par les ménages	-0,014258 (-6,331119)	-	-	-
Densité médicale	-	0,105803 (6,556214)	-	-
Tendance linéaire	0,007969 (1,928830)	0,006568 (1,995021)	-	-

Tendance capitation	-	-	0,005587 (1,7286)	-
Tendance acte	-	-	0,011306 (3,39374)	-
Tendance contrat	-	-	-	0,000964 (0,331132)
<i>Tendance intégré</i>	-	-	-	0,009370 (3,084598)
<i>Tendance remboursement</i>	-	-	-	0,013679 (4,709081)
Nombre d'observations	84	81	167	167
R ² ajusté	0,988101	0,967856	0,984362	0,988010

Les t de Student figurent entre parenthèses.

B. 2.2. PROJECTIONS DE DÉPENSES DE SANTÉ

On vient de voir que les dépenses par habitant réagissent à des facteurs économiques (PIB par habitant, prix relatif des soins) ainsi qu'à des facteurs propres à l'organisation des soins (part des dépenses à la charge des ménages, densité médicale, organisation du système de santé). Il s'agit là des dépenses moyennes par personne, toutes générations confondues. Or les dépenses par individu dépendent bien évidemment de l'âge de ce dernier. La déformation de la structure par âges de la population devrait alors logiquement affecter les dépenses moyennes par habitant. Cet effet démographique est un facteur de long terme, alors que les déterminants examinés jusqu'à présent concernent aussi le court et moyen terme.

1. a. L'effet du vieillissement de la population

On évalue ici l'effet du vieillissement de la population sur les dépenses de santé dans plusieurs pays européens en utilisant les projections démographiques du Cepii³⁸, et selon la méthode utilisée par la Commission européenne et par l'OCDE. Les données concernant les Etats-Unis proviennent du site internet de l'US Census Bureau. Nous avons retenu le scénario moyen concernant les migrations. On ne prend pas en compte l'augmentation des dépenses de dépendance qui sont aussi liées à l'augmentation du nombre de personnes âgées. De plus, on ne tient pas compte ici des effets macro-économiques qui peuvent résulter d'un secteur de la santé plus grand.

a) L'ampleur du vieillissement

Le vieillissement de la population, c'est-à-dire la déformation de la pyramide des âges avec une importance croissante des tranches d'âges les plus élevées, est commun à tous les pays européens. Cependant, l'ampleur et le calendrier de ce phénomène sont différents selon les pays. Le tableau 6 ci-dessous présente les ratios de dépendance démographique, c'est-à-dire le rapport du nombre des

³⁸ A partir d'une procédure élaborée par R. Sleiman (2002) puis modifiée et mise à jour par J. Chateau et C. Bac en Octobre 2003, le Cepii dispose d'un outil de projection démographique autonome.

personnes de 65 ans et plus aux nombres de personnes de 20 à 64 ans pour les pays retenus :

Tableau 6 : Ratio de dépendance démographique (en %)

	2000	2005	2010	2020	2040	2050
Allemagne	26	31	34	38	58	57
Espagne	27	28	30	34	60	76
France	27	28	28	36	52	56
Italie	29	32	34	39	64	70
Pays-Bas	22	23	25	33	50	48
Royaume- Uni	26	27	28	33	47	47
Suède	30	30	32	38	48	48
Etats-Unis	22	21	22	29	38	38

Source : Cepii.

Au cours des prochaines décennies, tous les pays européens vont connaître une dégradation de ce ratio, pour trois raisons : l'arrivée aux âges élevés des enfants du « baby-boom » des années d'après la seconde guerre mondiale, l'allongement de l'espérance de vie et enfin la baisse de la fécondité. La dégradation est particulièrement forte en Italie et en Espagne. L'évolution du ratio pour les Etats-Unis est très différente. Partant d'un niveau équivalent aux Pays-Bas (22%) le ratio de dépendance se détériore sur la période mais reste en 2050 sensiblement en deçà des niveaux atteints en Europe : 38% contre 48% aux Pays-Bas.

b) Le profil des dépenses de santé par âge

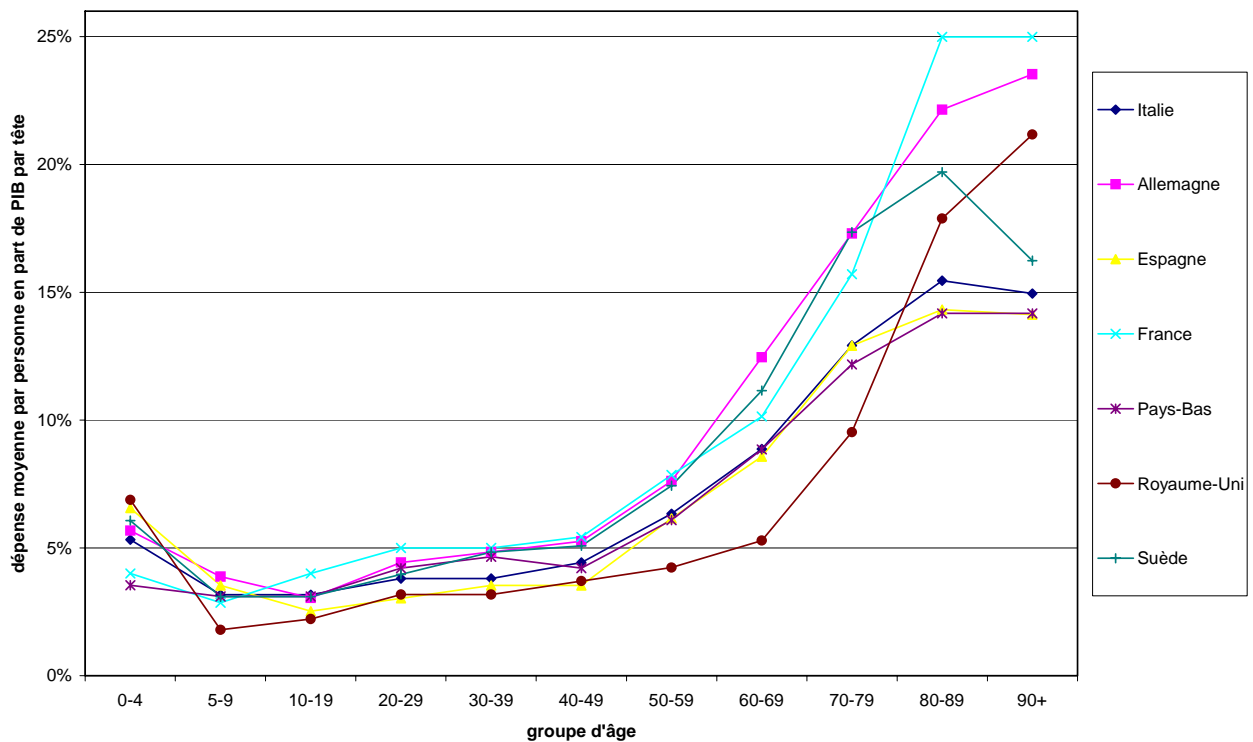
Les dépenses de santé varient selon les âges de la vie : assez élevées durant la petite enfance, elles diminuent ensuite puis elles restent faibles pendant l'adolescence et la vie de jeune adulte, avant de croître d'abord lentement à partir de

40 ans, puis plus rapidement à partir de 60 ans. Les personnes âgées consomment nettement plus que les autres groupes. Le graphique 5, construit à partir des données de la Commission européenne³⁹ illustre ce profil.

2.

³⁹ Commission européenne, « *Budgetary challenges posed by ageing populations* », 2001.

Graphique 5 : Profils des dépenses de santé par âge
% du revenu moyen consacré aux dépenses publiques de santé



Source : Commission européenne (2001)

Les profils par âge qui vont servir de référence aux projections réalisées ci-après, sont calés sur les dépenses agrégées de l'année 2000⁴⁰. Pour les Etats-Unis, le manque de données récentes nous a conduit à reprendre le profil par âge retenu dans Bac et Cornilleau (2002).

a) Le scénario « mécanique »

⁴⁰ L'année de base varie selon les pays : 1997 pour la France, 1998 pour l'Espagne et le Royaume-Uni, 2000 pour l'Allemagne et la Suède.

Ce scénario consiste à appliquer le profil de dépenses par âge aux projections de pyramides des âges. On suppose pour cela que le profil de dépenses par âge est stable, et que les dépenses de santé par âge ont toutes le même taux de croissance, celui du PIB par tête (voir la méthode décrite dans l'annexe 2). Si, comme le suggère l'analyse qui précède, les dépenses par habitant augmentent plus rapidement que le PIB par habitant, cela signifie que ces projections vont sous-estimer la croissance des dépenses de santé par tête.

En appliquant le profil de dépenses par âge de 2000 à la pyramide des âges de 2000 à 2040, on obtient une projection des dépenses de santé liées au vieillissement (tableau 7). Il s'agit d'une projection de l'évolution des seules dépenses publiques pour les pays européens mais celles-ci représentent une part prépondérante des dépenses totales (plus de 75% en général). En revanche, il s'agit des dépenses totales pour les Etats-Unis.

3.

Tableau 7 : Projection des dépenses publiques de santé sur la période 2000-2050

	Dépenses/PIB (en %)		Variation entre 2000 et 2050 (en points de pourcentage)	Variation relative en %
	En 2000	En 2050		
<i>Allemagne</i>	8	10,5	+2,5	31,3
Espagne	5,4	7,6	+2,2	40,7
France	7,1	9,3	+2,2	31,0
Italie	6	7,9	+1,9	31,7
Pays-Bas	5,5	6,7	+1,2	21,8
Royaume- Uni	5,9	7,3	+1,4	23,7
Suède	7,1	8,5	+1,4	19,7
Etats-Unis*	13,1	16,1	+3,0	22,9

* pour les Etats-Unis il s'agit de la dépense totale de santé en part de PIB

On observe que le vieillissement ne suffit pas, à lui seul, à rendre explosives les dépenses de santé en % du PIBII conduit à une progression du ratio comprise en Europe entre 1,2 points de PIB (Pays-Bas) et 2,5 points (Allemagne) entre 2000 et 2050.

Un autre effet démographique reste à prendre en compte, celui de l'augmentation de la population tous âges confondus(encadré 3).

Encadré 3 : décomposition des effets démographiques

On note I_t les dépenses de santé de l'année t rapportées aux dépenses de l'année 2000. Les dépenses de chaque année sont, par construction, égales à la somme des dépenses de chaque classe d'âge. En notant n_t^h l'effectif de la classe d'âge h ($h=1$ à H) l'année t et d_t^h les dépenses de chaque individu de la classe d'âge h l'année t en % du PIB par habitant, on a :

$$I_t = \frac{\sum_{h=1}^H d_t^h n_t^h}{\sum_{h=1}^H d_{2000}^h n_{2000}^h}$$

I_t dépend à la fois de la taille totale de la population $N_t = \sum_{h=1}^H n_t^h$ et de la structure par âges de cette population (répartition des n_t^h). On peut isoler chacun de ces deux effets en notant que :

$$I_t = I_t^P * I_t^V \quad \text{avec} \quad I_t^P = \frac{N_t}{N_{2000}} \quad \text{et} \quad I_t^V = \frac{\sum_{h=1}^H d_t^h \pi_t^h}{\sum_{h=1}^H d_{2000}^h \pi_{2000}^h}$$

où π_t^h est la proportion de la population de la classe d'âge h dans la population totale ($\pi_t^h = \frac{n_t^h}{N_t}$).

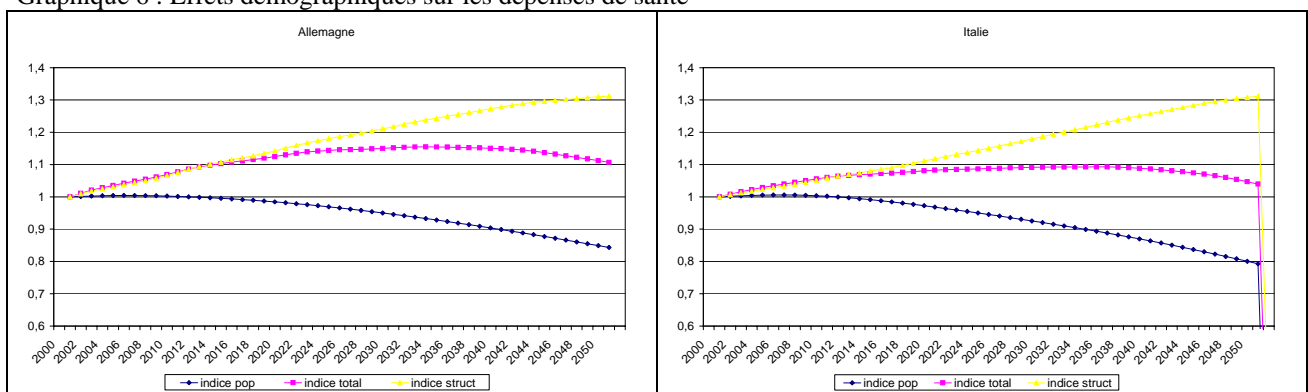
I_t^P est la contribution de la croissance de la population à l'augmentation des dépenses, tandis que I_t^V est la contribution de la structure de la pyramide des âges. Les trois indices sont représentés sur le graphique 6.

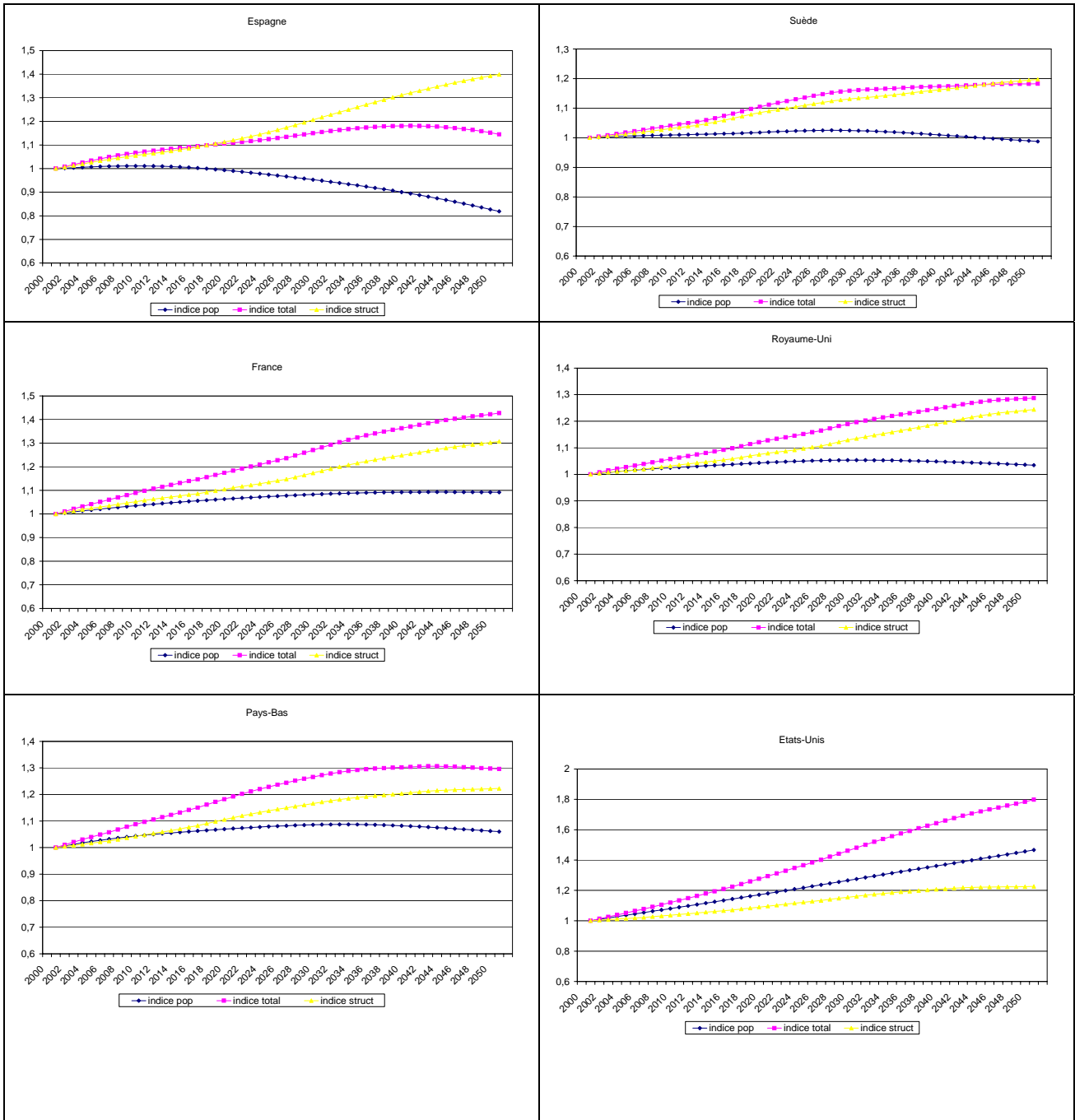
Le graphique 6 présente la progression des dépenses de santé liée à chacun des deux effets démographiques : évolution de la taille de la population (« indice pop ») et déformation de la pyramide des âges (indice struct »). Deux groupes de pays

peuvent être distingués. Dans le premier groupe, composé de l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne, la faible fécondité entraîne une diminution de la taille de la population. La croissance des dépenses de santé liée à la démographie provient de la déformation de la pyramide des âges. Cette croissance des dépenses est de l'ordre de 10% pour l'Allemagne, 4% pour l'Italie et 14% pour l'Espagne à l'horizon 2050. En revanche, le second groupe de pays (Etats-Unis, France, Royaume-Uni, Pays-Bas et, sur la majeure partie de la période, la Suède) connaît une croissance (modérée en Europe) de la population. Ce sont donc les deux éléments – augmentation de la population et vieillissement – qui influencent la croissance des dépenses de santé. A l'horizon 2050, l'impact de la démographie sur les dépenses de santé est de 30% au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. Il est de 40% en France, ce qui représente un peu moins de 1% par an.

4.

Graphique 6 : Effets démographiques sur les dépenses de santé





(1) Analyse de la relation entre l'âge et les dépenses de soins

L'hypothèse faite jusqu'à présent d'une stabilité du profil des dépenses de santé par âge est forte. L'effet génération, c'est-à-dire l'existence d'un comportement propre à chaque génération (plutôt qu'à chaque classe d'âge) a conduit à une forte

croissance des dépenses de santé par tête des personnes âgées dans les années 1970 à 1990 (Hourriez, 1993). En effet, les dépenses de santé sont concentrées en fin de vie, et ceci quel que soit l'âge de la mort. Comme les taux de mortalité sont plus élevés pour les personnes âgées, la concentration des dépenses en fin de vie biaise la distribution des dépenses de santé par âge pour les groupes de personnes âgées. Or, l'augmentation de l'espérance de vie traduit une baisse des taux de mortalité pour un âge donné. Par conséquent, les projections fondées sur un profil des dépenses par âge statique auront tendance à surestimer la dépense lorsque la population vieillit (voir Grignon, 2003).

On prend ici en compte l'effet de l'augmentation de l'espérance de vie sur les dépenses par classe d'âge. Pour cela, les dépenses par âge sont séparées en deux composantes : d'une part, les dépenses de ceux qui sont morts dans l'année, et d'autre part, les dépenses des survivants. Sous l'hypothèse que ceux qui meurent dans l'année dépensent environ cinq fois plus que ceux qui survivent, l'utilisation des quotients de mortalité par âge et par an des projections démographiques permet de corriger les projections du tableau 7 (tableau 8).

5.

Tableau 8 : Projection des dépenses publiques de santé 2000-2050 : effets démographiques (en pourcentage du PIB)

	Dépenses/PIB en 2000 (1)	Variation entre 2000 et 2050 (scénario « mécanique »)	Variation entre 2000 et 2050 (hausse de l'espérance de vie) (3)	Ecart (2)- (3)

		(2)		
Allemagne	8	+2,5	+2,2	0,3
Espagne	5,4	+2,2	+1,9	0,3
France	7,1	+2,2	+1,6	0,6
Italie	6	+1,9	+1,6	0,3
Pays-Bas	5,5	+1,2	+1	0,2
Royaume- Uni	5,9	+1,4	+1,1	0,3
Suède	7,1	+1,4	+1,1	0,3
Etats-Unis	13,1	+3	+2,3	0,7

L' « économie » réalisée grâce à l'augmentation de l'espérance de vie est de l'ordre de 0,2 point de PIB pour les Pays-Bas et jusqu'à 0,6 point pour la France et 0,7 point pour les Etats-Unis. L'effet est d'autant plus important que les dépenses moyennes par habitant sont élevées (voir le graphique 5 des dépenses moyenne par habitant et par âge). Les indices du paragraphe précédent ?? sont recalculés et les graphiques sont reproduits en annexe 3.

Un autre aspect du lien entre âge et dépense de santé a été mis en évidence par la Cnamts (Caisse nationale d'assurance maladie). A partir de l'EPAS (l'échantillon permanent d'assurés sociaux), la Cnamts a estimé les dépenses moyennes au cours des dernières années de vie en fonction de l'âge du décès. Cette estimation montre que la consommation médicale précédant le décès diminue fortement quand l'âge du décès s'élève (tableau 9).

6.

Tableau 9 : Consommation moyenne des personnes décédées entre 1996 et 2002 au cours de leur dernière année de vie en fonction de l'âge au décès (base de remboursement en euro par bénéficiaire)

De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 69 ans	De 70 à 79 ans	80 ans et plus
18000	16500	14200	14000	12 000

Source : Cnamts, Point de conjoncture n°15, Juillet 2003

Plusieurs explications peuvent être proposées : le traitement des pathologies chez les personnes relativement jeunes implique des techniques médicales plus coûteuses, ou bien on dépense plus pour essayer de sauver la vie de personnes relativement jeunes. Cette relation entre l'âge du décès et les dépenses de la dernière année de vie n'est pas prise en compte dans les projections présentées ci-dessus, mais son effet est aussi de minorer l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé.

Au total, on peut donc conclure que le vieillissement de la population à lui seul conduit à une augmentation des dépenses de santé en part de PIB significative mais pas explosive.

7. b. Projection des tendances des dépenses à moyen terme

Les facteurs démographiques apportent les tendances de long terme. Ils doivent être combinés avec les facteurs passés en revue en section 2.1 pour fournir des projections à moyen terme. Il faut alors reconstruire un modèle explicatif des

dépenses de santé par habitant corrigées de l'effet de la structure par âge de la population. On peut alors, dans un second temps, empiler ce modèle avec les effets démographiques décrits plus haut.

a) Un modèle explicatif des dépenses de santé par tête corrigées de la déformation de la pyramide des âges

On estime ici un modèle expliquant les dépenses de santé pour une structure démographique stable. Pour cela, l'indice I^v calculé dans la sous-partie précédente est construit sur le passé. Il est utilisé pour corriger les séries des dépenses de santé par tête des modifications de structure de la pyramide des âges liées au vieillissement. On obtient alors, pour chaque pays, une série de dépenses de santé par tête « fictive », à structure démographique stable. Tout facteur démographique est de ce fait éliminé.

Le modèle retenu relie cette dépense de santé par tête corrigée au PIB par tête, au prix relatif du secteur de la santé par rapport à celui du PIB et à une tendance temporelle. Ce modèle est estimé sur le passé en empilant les données relatives à chaque pays. La démarche retenue s'inspire des travaux de *Gerdtham et alii* (1995) et de Mahieu (2000).

Le modèle est estimé en panel avec des élasticités prix et PIB identiques dans tous les pays, mais des tendances temporelles spécifiques à chaque pays, qui combinent l'impact commun du progrès technique et l'impact spécifique de l'organisation du système de santé.

Ce modèle est une mise à jour des estimations de Bac et Cornilleau (2002). Les résultats obtenus sont donc proches (encadré 4). Une hausse de 1% du prix relatif des soins réduit de 0,76% les dépenses par habitant, tandis qu'une hausse du PIB par habitant de 1% élève les dépenses par habitant de 0,86%⁴¹ ..

Les estimations des tendances temporelles, spécifiques à chaque pays, sur le passé permettent de distinguer deux groupes de pays : les pays à tendance élevée comme les Etats-Unis ou la France, les pays à plus faible tendance comme le Royaume-Uni ou les Pays-Bas. En utilisant ce modèle, les tendances de l'évolution des dépenses dans chaque pays ainsi que le ratio des dépenses de santé dans le PIB sont déterminées.

⁴¹ Ce dernier résultat est en retrait par rapport à Bac et Cornilleau (2002), qui obtiennent une élasticité au PIB par tête de 0,98. Cette différence peut résulter de la modification de la base de données utilisée pour l'estimation. La base Eco-santé 2003 comprend des points plus récents, mais certaines séries ont été révisées et ne sont plus disponibles. Pour la France, nous avons reconstitué une série à partir des données disponibles des comptes de la santé. En revanche, pour l'Italie, les données maintenant disponibles débutent seulement en 1988. Cette explication vaut aussi pour les tendances temporelles qui reflètent les caractéristiques des différents pays. La tendance pour l'Italie est négative. En revanche la tendance élevée pour l'Espagne peut être attribuée au manque de données sur la fin de la période. En effet, pour ce pays, le dernier point disponible date de 1996. Il est raisonnable de penser que la fin de la période de rattrapage ainsi que les réformes mises en œuvre ont infléchi cette tendance.

(1) Projection des dépenses à moyen terme

Pour projeter les dépenses de santé corrigées de la déformation de la pyramide des âges, il faut faire des hypothèses sur l'évolution des deux variables explicatives du modèle : le PIB par habitant et le prix relatif des soins. Deux hypothèses alternatives sur le taux de croissance du PIB sont retenues : 1% et 3%, ce qui correspond à des taux de croissance du PIB par habitant différents selon la croissance démographique de chaque pays. Pour les prix relatifs, on calcule une tendance non-linéaire sur le passé à l'aide du filtre d'Hoddrick-Prescot, et on retient la tendance moyenne des 5 dernières années : +0,4% par an pour l'Allemagne, -0,4% pour l'Espagne, +1,6% pour les Etats-Unis, -0,4% pour la France, +0,2% pour l'Italie, +0,5% pour les Pays-Bas et +1,6% pour le Royaume-Uni. Enfin, pour les évolutions démographiques (croissance de la population et modification de la structure), les taux de croissance sont ceux calculés à partir des indices I^P (taille) et I^V (structure) de la section consacrée aux projections démographiques. Enfin, les écarts constatés sur la période récente entre les valeurs observées et celles estimées par le modèle sont maintenus en projection. La méthode est détaillée dans l'encadré 5. Les résultats sont reproduits dans les tableaux 11 (croissance du PIB à 1% par an) et 12 (croissance du PIB à 3% par an).

Les résultats sont proches de ceux obtenus dans Bac et Cornilleau (2002). Les différences s'expliquent par l'utilisation des projections Cepii pour la

démographie et par la période d'estimation du modèle qui n'est plus la même, en particulier pour l'Italie.

Au total, pour l'ensemble des pays sauf l'Italie et le Royaume-Uni, la croissance des dépenses de santé est plus rapide que celle du PIB. La France se situe parmi les pays à croissance forte, avec une croissance annuelle de 2,5% (pour un Pib croissant au rythme de 1% par an) ou 4.3% (si le PIB augmente de 3% par an).

Encadré 4 : un modèle explicatif des dépenses de santé par habitant corrigées de l'influence de la structure par

âges de la population

Le modèle estimé est : $\ln(\tilde{d}_{i,t}) = \alpha \ln(y_{i,t}) + \beta \ln(p_{i,t}) + \gamma_i T_t + \delta_i$

où $\tilde{d}_{i,t}$ désigne les dépenses de santé par habitant du pays i l'année t corrigées de l'effet de la déformation de la pyramide des âges entre l'année de base et l'année t $\tilde{d}_{i,t} = d_{i,t} / I_{i,t}^V$. y_{it} désigne le PIB par habitant, p_{it} le prix relatif des soins et T_t le temps. Les effets fixes sont notés δ_i . Les variables du modèle sont issues de la base Eco-santé 2003 (voir l'encadré 2). Les résultats sont reportés dans le tableau 10 ci-dessous.

Tableau 10 : un modèle des dépenses de santé par habitant corrigées de l'effet pyramide des âges

Variable dépendante : LOG(dépenses par tête corrigées)

Méthode: Pooled Least Squares

Période d'estimation : 1972-2001

Nombre observations : 30

Nombre de pays : 7

Nombre total d'observations : 167

Variable	Coefficie nt	Std. Error	t-Statistic	Prob.
LOG(Prix relatif)	-0,785336	0,131859	-5,955867	0,0000
LOG(PIB par hab)	0,861850	0,144328	5,971456	0,0000
Tendance_Allemagne	0,006394	0,003740	1,709543	0,0894
Tendance_Espagne	0,018553	0,003008	6,167829	0,0000
Tendance_France	0,017083	0,002679	6,376854	0,0000
Tendance_Italie	-0,008409	0,003969	-2,118390	0,0358
Tendance_Pays-Bas	0,004323	0,003055	1,414892	0,1592
Tendance_Royaume-Uni	0,011973	0,003605	3,321352	0,0011
Tendance_Etats-Unis	0,018743	0,004513	4,153204	0,0001
Effets fixes				
Allemagne	2,486721			
Espagne	1,844867			
France	2,163182			

Italie	2,605645		
Pays-Bas	2,380532		
Royaume-Uni	1,997010		
Etats-Unis	2,491925		
<hr/>			
R-squared	0,991862	Mean dependent var	7,284246
Adjusted R-squared	0,991054	S.D. dependent var	0,489561
S.E. of regression	0,046306	Sum squared resid	0,323775
Log likelihood	284,5531	F-statistic	2300,469
Durbin-Watson stat	0,387712	Prob(F-statistic)	0,000000
<hr/>			

Encadré 5 : La méthode de projection des dépenses de santé à moyen terme

On utilise le modèle de l'encadré 4 pour projeter le logarithme des dépenses de santé par habitant corrigées de la déformation attendue de la pyramide des âges :

$$\ln(\tilde{d}_{i,t}) = \alpha \ln(y_{i,t}) + \beta \ln(p_{i,t}) + \gamma_i T_t + \delta_i$$

On utilise alors les deux identités suivantes :

- dépenses de santé par habitant à structure par âge constante : $\tilde{d}_{i,t} = d_{i,t} / I_{i,t}^V$
- PIB par habitant : $y_{i,t} = PIB_{i,t} / N_{i,t}$ où $N_{i,t}$ désigne la taille de la population.

En notant $S_{i,t}$ les dépenses de santé en volume à la date t ($S_{i,t} = d_{i,t} \times N_{i,t}$), on a donc :

$$\ln(S_{i,t}) = \ln(I_{i,t}^V) + \ln(N_{i,t}) + \alpha \ln(y_{i,t}) + \beta \ln(p_{i,t}) + \gamma_i T_t$$

Le taux de croissance des dépenses de santé s'obtient à partir de la déformation de la structure par âges, de la croissance de la population, du taux de croissance du PIB par habitant, du taux de croissance des prix relatifs et de la tendance autonome. L'écart statistique entre la croissance des dépenses observée et simulée (sur le passé), qui correspond aux éléments non pris en compte par le modèle, est supposée se maintenir constant sur les cinq années de la projection. Enfin, la tendance autonome $\gamma_i T_t$ est décomposée en une tendance commune (« progrès technique ») et une tendance spécifique (« organisation du système »).

Tableau 11 : Evolution des dépenses de santé en volume sous l'hypothèse d'une croissance du PIB de 1% par an (% moyen annuel)

	Allemagne	Espagne	France	Italie	Pays-Bas	Royaume-Uni	Etats-Unis
Taux de croissance	2,0%	2,7%	2,5%	0,9%	1,4%	1,1%	2,0%
Dont effet : PIB par tête croissance de	0,8% 0,1%	0,7% 0,2%	0,5% 0,4%	0,7% 0,1%	0,4% 0,6%	0,6% 0,3%	0,1% 0,9%

la population vieillessement	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%
prix relatifs	-0,3%	0,3%	0,3%	-0,2%	-0,4%	-1,4%	-1,3%
« progrès technique »	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1%
« facteurs institutionnels »	-0,4%	0,9%	0,7%	-1,8%	-0,6%	0,2%	0,9%
écart statistique	0,0%	-1,0%	-1,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%

Lecture du tableau : d'après le modèle et les hypothèses, sur une période de moyen terme (5 ans), la croissance des dépenses de santé en volume serait de 1,95% par an en Allemagne. La croissance du PIB par tête contribue pour 0,9% à cette hausse et les facteurs démographiques contribuent à hauteur de 0,89%, essentiellement par l'effet vieillissement. La croissance plus rapide des prix de la santé par rapport à ceux du PIB limite la croissance en volume pour 0,3%. Enfin, on ne suppose pas d'écart entre les valeurs prévues et le modèle.

Tableau 12 : Evolution des dépenses de santé en volume sous l'hypothèse d'une croissance du PIB de 3% par an (% moyen annuel)

	Allemagne	Espagne	France	Italie	Pays-Bas	Royaume-Uni	Etats-Unis
Taux de croissance	3,6%	4,5%	4,26%	2,66%	3,1%	2,81%	3,73%
Dont effet :							
PIB par tête	2,5%	2,4%	2,2%	2,5%	2,1%	2,3%	1,8%
croissance de la population	0,1%	0,2%	0,4%	0,1%	0,6%	0,3%	0,9%
vieillesse	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%
prix relatifs « progrès technique »	-0,3%	0,3%	0,3%	-0,2%	-0,4%	-1,4%	-1,3%
« facteurs institutionnels »	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1%
	-0,4%	0,9%	0,7%	-1,8%	-0,6%	0,2%	0,9%
écart statistique	0,0%	-1,0%	-1,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%

La décomposition de la croissance des dépenses est illustrée par le graphique 7 pour un taux de croissance du PIB de 1% par an. On retrouve les différences de partage prix-volume décrits dans la première partie : aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, la dérive des prix relatifs des biens de la santé par rapport au prix du PIB est forte. En France et en Espagne, cet effet prix relatifs est très faible mais la croissance des volumes est par contre plus importante. Par ailleurs, on observe que le système du remboursement (France, Etats-Unis) entraîne une hausse tendancielle des dépenses plus forte que les autres systèmes (contrat, intégré).

8.

Graphique 7 : évolution des dépenses de santé en volume sous une hypothèse de croissance du PIB de 1% par an (% annuel moyen sur 5 ans)

L'évolution du ratio des dépenses de santé dans le PIB dont on a vu en première partie qu'il était finalement le bon indicateur de soutenabilité du système de santé, résulte de la croissance des dépenses de santé en volume, de la croissance du PIB en volume ainsi que du prix relatif du secteur de la santé par rapport à celui du PIB (tableau 13). Au total, on peut retenir l'ordre de grandeur d'une augmentation annuelle des dépenses de santé correspondant à 0,1 point de PIB.

Tableau 13 : Evolution des dépenses rapportées au PIB
(en points de PIB par an)

	Allemagne	Espagne	France	Italie	Pays-Bas	Royaume-Uni	Etats-Unis
Sous une hypothèse de croissance du PIB de 1%							
Dépenses /PIB	0,11	0,07	0,08	0,01	0,05	0,10	0,36
Sous une hypothèse de croissance du PIB de 3%							
Dépenses /PIB	0,08	0,06	0,06	-0,01	0,03	0,09	0,31

III. 3. CONCLUSION

Les résultats présentés dans cette étude montrent que, à systèmes institutionnels constants, la tendance à la croissance des dépenses de santé va spontanément se poursuivre. En effet, les facteurs explicatifs tels que non seulement le revenu agrégé mais aussi les facteurs démographiques et le progrès technique tirent la tendance des dépenses à la hausse, même si le vieillissement de la population ne conduira pas en lui-même à une explosion des dépenses.

La comparaison des tendances pour différents pays européens montre que les facteurs institutionnels (l'organisation du système de soins) jouent un rôle important sur la croissance des dépenses. Le classement des systèmes en fonction de la maîtrise des coûts conduit à privilégier le système intégré. Le système par contrat arrive en seconde position, suivi par le système par remboursement. Ce résultat explique pour partie que la France se situe dans le peloton de tête des pays où le ratio des dépenses de santé dans le PIB est élevé.

Cette meilleure maîtrise des dépenses de santé a cependant un coût en terme de degré de liberté du patient (rôle de « porte d'entrée » obligatoire du généraliste) et n'est pas sans effet sur l'efficacité du système. Par exemple, le temps d'attente moyen pour un rendez-vous avec un spécialiste est d'environ 1 semaine en France, 6 semaines aux Pays-Bas et 2 mois et demi au Royaume-Uni.

IV. BIBLIOGRAPHIE

Bac C. et Cornilleau G. (2002) « Comparaison internationale des dépenses de santé » , DREES, série études et résultats n°175, juin 2002.

Bocognano A, Couffinhall A. Grignon M Mahieu R. (1998) « Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé : Théories et bilan des expériences étrangères » , Questions d'économie de la santé n°15 , Novembre 1998.

Caussat L, Fenina A., Geffroy Y.(2003) « Quarante années de dépenses de santé. Une rétopolation des comptes de la santé de 1960 à 2001 » , DREES, série Etudes et résultats n°243, Juin 2003.

Chambaretaud S. et Lequet-Slama Diane (2001) « Couverture maladie et organisation des soins aux Etats-Unis», DREES, série Etudes et résultats n°119, juin 2001

Chambaretaud S. et Lequet-Slama Diane (2003) « Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins », DREES, série Etudes et résultats n°214, janvier 2003

CNAMTS « Le vieillissement de la population et son incidence sur l'évolution des dépenses de santé » , série Point de conjoncture n°15, Juillet 2003

Commission européenne (2001) « Budgetary challenges posed by ageing populations : the impact on public spending, health and long term care for the elderly » disponible sur le site internet : http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc_en.htm

Docteur E. et Oxley H. (2003) « Health-care systems : lessons from the reform experience » OCDE Economics Department working papers n°374.

European Observatory on Health Care systems (Avril 2002) « Health care systems in eight countries : trends and challenges », disponible sur le site internet : <http://www.euro.who.int/observatory/publications>

Gerdtham Ug, Jönsson B., Macfarlan M., Oxley H. "Factors affecting health spending : a cross-country econometric analysis », Ocdé economic working papers n°149 (1994)

Grignon M. (2003) « Les conséquence du vieillissement de la population sur les dépenses de santé » , Questions d'économie de la santé, n°66, Mars 2003.

Hourriez, J.M (1993), « La consommation médicale à l'horizon 2010 », Economie et Statistique n°265,1993-5.

L'Horty Y., Quinet A. et Rupperecht F (1997), "Expliquer la croissance des dépenses de santé: le rôle du niveau de vie et du progrès technique", Economie et Prévision n°129-130, 1997-3/4

Mahieu R.: « Les déterminants des dépenses de santé : une approche macroéconomique » , Série des documents de travail de la Direction des Etudes et Synthèses Economiques, G2000/01, INSEE, Janvier 2000.

OCDE(2003) « Spending on health and long-term care : projections to 2050 revisited » ECO/CPE/WP1 (2003)5.

OCDE (2004) : Rapport sur la situation économique des Etats-Unis.

Polton D. (2000) « Quel système de santé à l'horizon 2020 ? » Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DATAR, CREDES. Comité interministériel présidé par Polton D., 2000, en ligne sur le site de la Documentation Française

Polton D. (2003) « Décentralisation des systèmes de santé : quelques réflexions à partir d'expériences étrangères » , Questions d'économie de la santé n°72 , Octobre 2003.