



*Ministère de la santé, de la famille et des
personnes handicapées*

**Commission des comptes
de la sécurité sociale :
Présentation des grandes lignes
du PLFSS 2004**

23 septembre 2003

Contacts presse :

- Annick Gardies 01 40 56 66 24
- Mathieu Monnet 01 40 56 40 12

Sommaire

➤ **Des moyens pour la santé**

- Fiche n°1 2,4 milliards d'euros pour l'hôpital en 2004
- Fiche n°2 Une meilleure prise en charge des personnes âgées
- Fiche n°3 Réussir l'intégration des personnes handicapées
- Fiche n°4 Soins et traitements : un soutien à l'innovation réaffirmé
- Fiche n°5 Santé : des dépenses en forte progression
- Fiche n°6 Le taux de remboursement a progressé ces dernières années

➤ **Stabiliser le déficit de l'assurance maladie et réduire celui du régime général**

- Fiche n° 7 Les comptes prévisionnels du régime général avant et après les mesures de redressement
- Fiche n°8 La stabilisation du déficit de l'assurance maladie
- Fiche n°9 Le constat de la Cour des comptes sur le système d'assurance maladie
- Fiche n°10 Développer les outils de la maîtrise médicalisée
- Fiche n°11 La politique du médicament

➤ **Préparer l'avenir**

- Fiche n°12 La réforme des retraites
- Fiche n°13 La politique familiale et la PAJE
- Fiche n°14 Priorité à la santé publique
- Fiche n°15 Le plan cancer et le projet de loi de financement pour 2003
- Fiche n°16 La modernisation de l'hôpital
- Fiche n°17 La coordination des soins
- Fiche n°18 La clarification des relations financières entre l'Etat et la Sécurité sociale
- Fiche n°19 La modernisation de l'assurance maladie

➤ **Annexes : les mesures**

A - Mesures législatives

1) Les recettes :

- Remboursement de la dette FOREC
- Suppression du FOREC
- Aménagement des recours contre tiers des caisses de sécurité sociale
- Exonération en faveur des jeunes entreprises innovantes
- Réforme de la taxe sur la promotion des médicaments

2) L'assurance maladie

- Création d'un groupe générique dès l'obtention de l'Autorisation de Mise sur le Marché
- Fixation d'un prix maximum de vente aux établissements de santé pour les médicaments inscrits sur la liste «rétrocession» bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché

3) La maîtrise médicalisée

- Médicalisation des critères de prise en charge des affections de longue durée
- Responsabilisation des assurés en matière de prise en charge des actes remboursables
- Délégation de la gestion du risque à des groupements de professionnels de santé
- Modernisation des outils de maîtrise médicalisée
- Mise en place du dossier médical partagé
- Incitation à l'accréditation des établissements de santé

B – Mesures réglementaires

- Clarification des règles d'exonération du ticket modérateur liées aux actes dont la cotation est supérieure à 50
- Augmentation du forfait journalier à l'hôpital
- Réduction de la marge des grossistes répartiteurs
- Economies dans le domaine du médicament et dispositifs médicaux

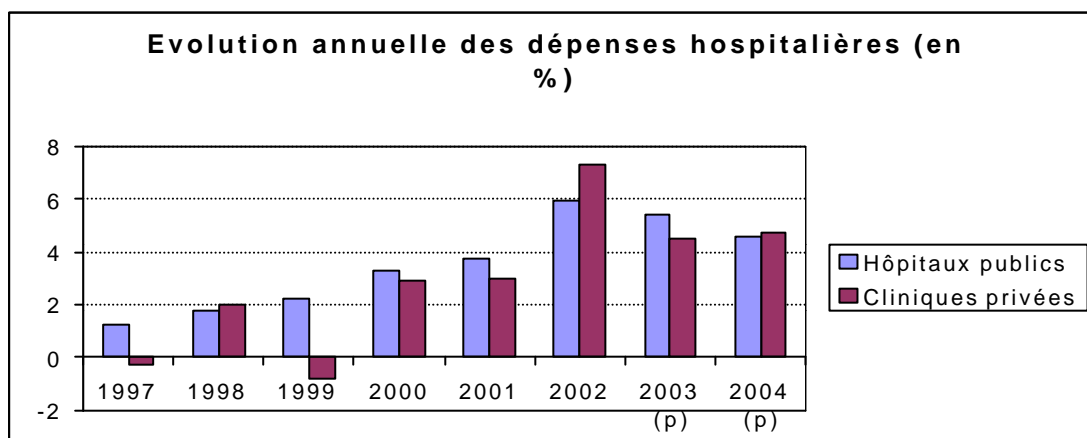
Fiche n° 1

2,4 milliards d'euros pour l'hôpital en 2004

➤ Un effort de plus de 8 milliards d'euros entre 2002 et 2004

Depuis 2002, les dépenses consacrées au secteur hospitalier ont fortement augmenté. Ces dépenses supplémentaires représentent un effort de plus **de 8 milliards d'euros sur 3 ans** (2002-2004) pour les établissements de santé.

En 2004, ces dépenses devraient être supérieures à celles de 2003 à hauteur de **2,4 milliards d'euros**. Ceci est dû, dans une large mesure, aux engagements pris dans le passé en matière de réduction du temps de travail.



➤ La réduction du temps de travail

En deux ans, 2002 et 2003, une hausse des dépenses annuelles de **près de 3,3 milliards d'euros** a été consacrée à l'augmentation des dépenses de personnel dans les établissements sous dotation globale. C'est considérable, d'autant que sont d'ores et déjà prévus pour 2004, 427 millions d'euros supplémentaires pour la seule RTT.

Une part très importante de ces financements supplémentaires a été mobilisée pour absorber le coût des 35 heures à l'hôpital. A la fin de la période de mise en œuvre de la RTT (2002-2005), le coût de la réduction du temps de travail se montera ainsi à près de **3,5 milliards d'euros par an**.

Le financement de cet effort représente l'équivalent de 150 euros par an par cotisant. C'est un montant supérieur aux dépenses de médicaments à l'hôpital sur une année.

A la réduction du temps de travail stricto sensu est venue s'ajouter l'intégration des gardes dans le temps de travail, du fait de l'application des directives européennes de 1993 et 2000 dès 2003 aux médecins hospitaliers.

➤ **10 milliard d'euros supplémentaires d'investissement hospitalier**

La relance de l'investissement hospitalier est un élément fort du plan Hôpital 2007. L'importance du taux de vétusté des hôpitaux avait conduit le Premier Ministre dès son discours de politique générale à faire de ce thème une priorité de l'action gouvernementale. En dégagant 1 milliard d'euros pour l'année 2003 pour un programme d'investissement doté d'un financement de 6 milliards d'euros d'ici 2007, le Gouvernement s'est donné les moyens d'amplifier de près de 30% le rythme naturel des investissements hospitaliers.

Ces investissements vont permettre de moderniser les établissements qui ne sont plus aux normes, de les adapter aux évolutions des pratiques et des techniques médicales ainsi qu'aux évolutions de la société.

Grâce à cette enveloppe d'aides prévisionnelles de 6 milliards d'euros sur 5 ans, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), ont présenté des plans d'investissement globaux portant sur **10,2 milliards d'euros et comportant 932 opérations**. Le taux moyen de subvention des opérations s'établit donc à près de 60%. Ce taux constitue une progression extrêmement importante par rapport au soutien qui était antérieurement apporté aux opérations d'investissement hospitalier (environ 15 % dans le cadre du fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux).

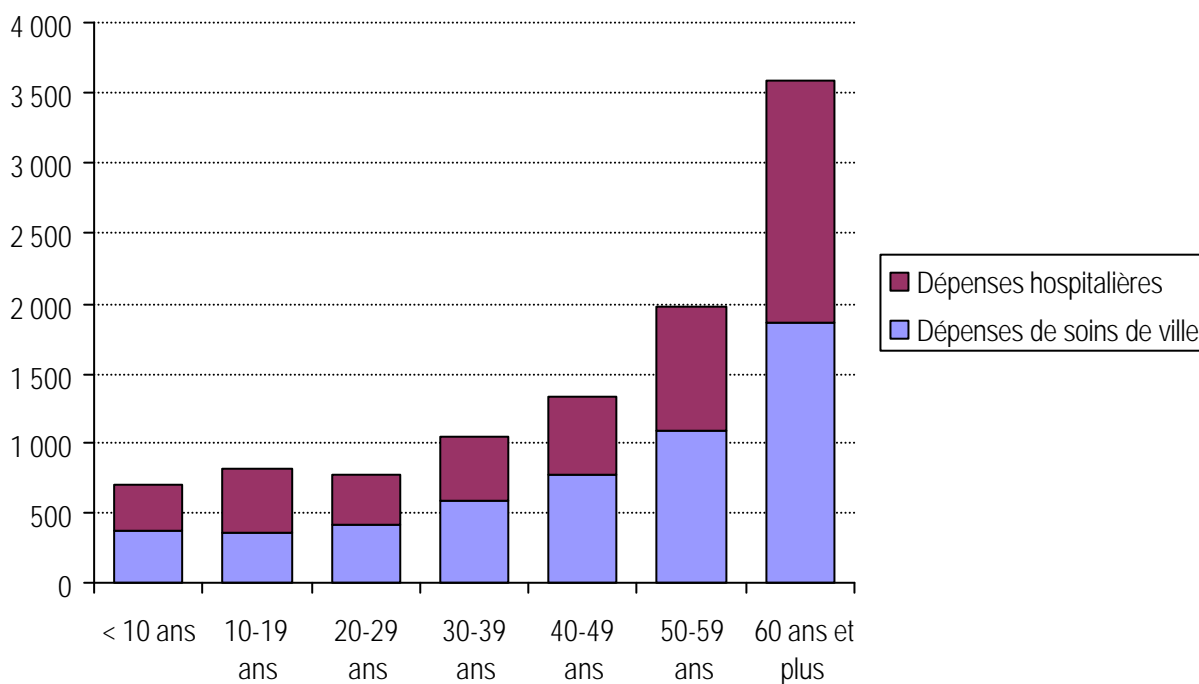
Fiche n° 2

Une meilleure prise en charge des personnes âgées

➤ Les personnes âgées bénéficient de l'augmentation des dépenses de santé

Dans une certaine mesure, le lien entre dépenses de santé et vieillissement est automatique. Le montant moyen des dépenses de santé des personnes de plus de 60 ans est plus de trois fois plus élevé que celui des personnes de 30 à 39 ans. Le rapport est de l'ordre de 1 à 3 pour les soins de ville et de 1 à près de 4 pour les soins hospitaliers.

Répartition des dépenses de santé par tranche d'âge

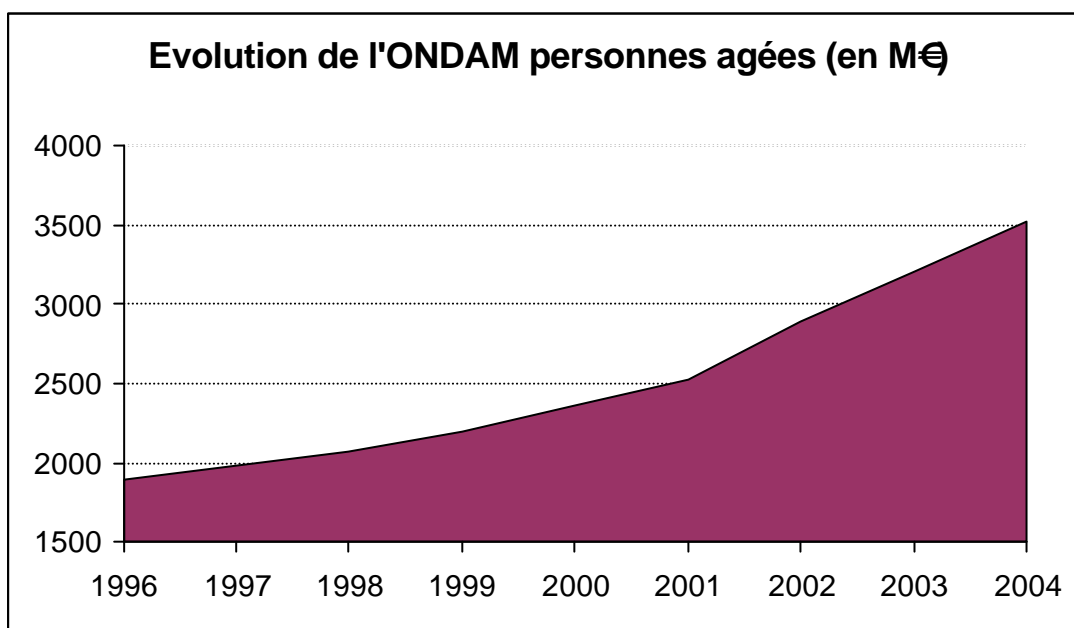


Source : EPAS - 2000

Notre système de santé bénéficie, d'ores et déjà, très largement aux plus anciens. On peut ainsi estimer que les dépenses de santé pour les personnes âgées **représentent près de 40 milliards d'euros par an**. De même, la plupart des malades bénéficiant du régime de l'ALD (affection de longue durée), qui permet une exonération du ticket modérateur, sont des personnes âgées. Cette solidarité du système de santé envers les personnes âgées est un aspect peu évoqué du modèle français. Elle en est pourtant une dimension essentielle compte tenu de la structure par âge de la population.

➤ **La croissance de l'enveloppe « ONDAM personnes âgées » est plus forte que celle de l'ensemble des dépenses**

L'appellation « ONDAM personnes âgées » est trompeuse. Cette enveloppe regroupe uniquement le coût des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et le forfait de soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). **Elle ne représente donc qu'une petite part des soins aux personnes âgées**, puisqu'elle ne couvre pratiquement que des dépenses de soins infirmiers ou d'aides soignantes. Les autres soins (médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, mais aussi infirmiers – prodigués par les infirmiers libéraux) sont exclus de cette enveloppe.



En 2003, l'ONDAM personnes âgées, qui permet notamment d'assurer la prise en charge sanitaire de la perte d'autonomie, **augmente de 9,75 %, alors que l'ONDAM n'augmente que de 5,3 %**. Cet effort important vise à accompagner la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées. Cela signifie une médicalisation plus importante de ces établissements via le recrutement de personnels soignants supplémentaires. Plus de 1500 établissements ont déjà signé une convention tripartite qui prévoit cette médicalisation supplémentaire.

L'objectif de dépenses d'assurance maladie de cette enveloppe « personnes âgées » est fixé dans le PLFSS 2004 à un niveau d'un peu plus de **3,5 milliards d'euros, soit une hausse de 10 %**, ce qui représente le double de la hausse de l'ONDAM total.

Fiche n° 3

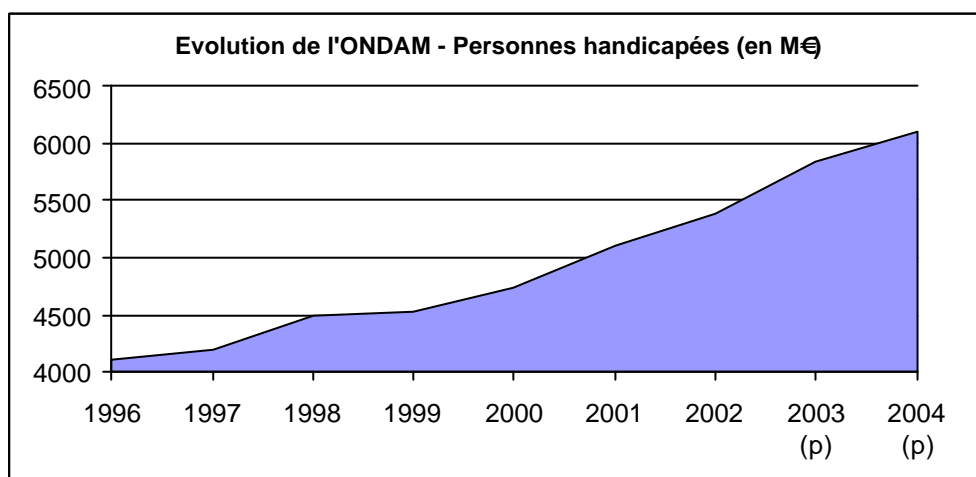
Réussir l'intégration des personnes handicapées

➤ Une progression annuelle de 6%

Les crédits d'assurance-maladie destinés aux établissements et services accueillant des personnes handicapées regroupent :

- d'une part, l'accueil et l'accompagnement des enfants handicapés (sur orientation des Commissions départementales de l'éducation spéciale -CDES),
- d'autre part, la prise en charge médicalisée des adultes handicapés (sur orientation de la COTOREP).

L'augmentation de l'enveloppe handicap est de 6 % en 2003. Ce rythme élevé sera maintenu à ce niveau en 2004, ce qui représente **près de 350 millions d'euros** de dépenses supplémentaires pour un objectif total de dépenses de **6,2 milliards d'euros**. Ce niveau élevé autorise la définition d'une politique renouvelée en faveur des personnes handicapées avec la perspective prochaine de la réforme en profondeur de la loi de 1975.



➤ La poursuite des plans de création de places

A côté des mesures liées à l'augmentation des charges de personnel qui constituent près de 75 % des dépenses, les mesures nouvelles seront d'abord destinées à accroître l'offre des places en établissements et services, au regard des besoins encore importants, définis par les schémas départementaux et régionaux.

L'effort de création de places respectera les priorités suivantes :

- **le développement de services** permettant l'intégration scolaire et l'accompagnement à domicile des enfants (Services de soins et d'éducation spéciale à domicile - SESSAD),
- **le renforcement des services de diagnostic et d'accompagnement précoce** (Centres d'action médico-social précoce – CAMSP),
- **un accueil spécifique pour les personnes autistes** adultes et enfants,
- **l'encouragement de l'accueil temporaire** qui offrira aux familles des possibilités d'alterner la prise en charge à domicile et le séjour en institution,
- **la poursuite des programmes spécifiques de rattrapage** pour les régions connaissant les plus grands déficits en termes de places (Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur),
- **l'achèvement des opérations de Maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou de Foyers d'accueil médicalisé (FAM)** n'ayant bénéficié jusqu'alors que de financements partiels.

Fiche n° 4

Soins et traitements : un soutien à l'innovation réaffirmé

Permettre le remboursement de médicaments innovants et faciliter la prise en charge de nouvelles prothèses ou de nouveaux appareillages, telles sont les priorités pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins prodigués aux malades.

➤ De nouveaux médicaments remboursés par l'assurance maladie

Depuis le début de l'année 2002, 519 spécialités pharmaceutiques ont été inscrites au remboursement. Sont listées ici les principales innovations apportant un progrès thérapeutique important.

2002	2003
PREVENAR (WYETH LEDERLE) : nouveau vaccin antipneumococcique	GLIVEC (NOVARTIS PHARMA) : nouvelle molécule indiquée sous certaines conditions, dans une maladie rare, la Leucémie Myéloïde Chronique
HELIKIT (MAYOLY SPINDLER), premier test ayant obtenu une A.M.M. pour le contrôle de l'éradication de <i>Helicobacter pylori</i> , dont l'infection est associée à la survenue d'ulcères gastriques et duodénaux et à l'apparition de cancers de l'estomac	NEULASTA (AMGEN SA) : facteur de croissance hématopoïétique destiné aux patients sous chimiothérapie pour une pathologie maligne
STROMEKTOL (MSD) anti-parasitaire indiqué notamment pour le traitement d'une parasitose	ACIDE FOLIQUE CCD (CCD) et SPECIAFOLDINE (THERAPLIX) - prévention primaire des risques d'anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural (AFTN : spina bifida)
APOKINON (AGUETTANT) : utilisé en traitement d'appoint au cours de la maladie de Parkinson en administration continue.	FLUDARA (SCHERING SA) - traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC).
	RENAGEL (GENZYME) - contrôle de l'hyperphosphorémie chez l'adulte hémodialysé
	ENBREL (WYETH LEDERLE) - traitement de la polyarthrite rhumatoïde et traitement de l'arthrite chronique juvénile
	VIRAFERON PEG, (SCHERING PLOUGH) traitement des patients adultes atteints de formes bien définies d'hépatite C chronique.
	EBIXA (LUNDBECK) - traitement de patients atteints d'une forme modérément sévère à sévère de la maladie d'Alzheimer
	KALETRA (ABBOTT) : première association fixe de deux inhibiteurs de protéases, indiquée pour le traitement des adultes et enfants âgés de plus de deux ans infectés par le VIH en association avec d'autres anti-rétroviraux

S'agissant du Kalettra, on peut souligner que c'est la première molécule à avoir bénéficié de **la procédure de dépôt de prix**. La totalité des 519 produits inscrits depuis 2002 représente un montant annuel de **754 Millions d'Euros**, soit 5% de l'ensemble des ventes des médicaments. Ceci traduit l'importance de l'innovation thérapeutique dans le secteur du médicament et surtout la nécessité de savoir choisir le progrès thérapeutique au détriment, parfois, de spécialités moins utiles.

➤ De nouveaux produits et de nouvelles prestations remboursés

De même, sur la période 2002-2003, de nombreux produits et prestations ont été admis au remboursement via l'inscription sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables. Pour 2002 et 2003, cette politique s'est traduite par des remboursements supplémentaires pour les malades à hauteur de **23 millions d'euros**. Ce renouvellement permanent des produits et des prestations est consubstantiel du secteur de la santé, bénéficiaire direct du progrès scientifique.

Nouveaux produits et nouvelles prestations admis au remboursement en 2003

2002	2003
le stimulateur cardiaque Elect D	les solutés de réhydratation orale utilisés lors des diarrhées de l'enfant pour prévenir les déshydratations chez les nourrissons et enfants de moins de 5 ans
le neurostimulateur Itrel 3 utilisé dans le traitement des douleurs rebelles aux traitements classiques	un implant de paroi de réfection EndorollFix utilisé pour limiter les adhérences post-opératoires
le neurostimulateur Interstim permettant le traitement des incontinences urinaires graves	l'implant d'embolisation Embosphère utilisé pour emboliser certaines lésions vascularisées à l'origine de divers handicaps pouvant engager le pronostic vital
l'implant sphinctérien Acticon permettant de lutter contre les incontinences anales sévères	les pansements Urgotull pris en charge spécifiquement dans les lésions dermatologiques engendrées par la maladie orpheline dénommée épidermolyse bulleuse congénitale
les protecteurs de hanche HIPS et KPH pour prévenir les fractures du col du fémur	les nouvelles endoprothèses recouvertes de principe actif (stents CYPHER) (<i>en cours</i>)
la prise en charge de la stéréophonie pour les adultes, mesure auparavant réservée aux populations des moins de 20 ans et des aveugles malentendants	le générateur d'ultrason Exogen pour le traitement des pseudarthroses (<i>en cours</i>)

Fiche n° 5

Santé : des dépenses en forte progression

En fixant l'objectif de dépenses d'assurance maladie (l'ONDAM), le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) définit les moyens que le gouvernement souhaite consacrer à l'assurance maladie. C'est en ajoutant à ces dépenses les participations des patients et celles des couvertures complémentaires, que l'on obtient l'intégralité des dépenses de santé en France, sachant que les dépenses d'assurance maladie en représentent les trois quarts.

Bien évidemment, comme l'ont montré les années antérieures, il arrive que l'ONDAM puisse être dépassé. Toutefois, dans le secteur des établissements (hôpitaux, établissements médico-sociaux), du fait des modes de régulation adoptés, l'ONDAM est peu dépassé. L'ONDAM permet donc d'établir une véritable programmation des dépenses d'assurance maladie.

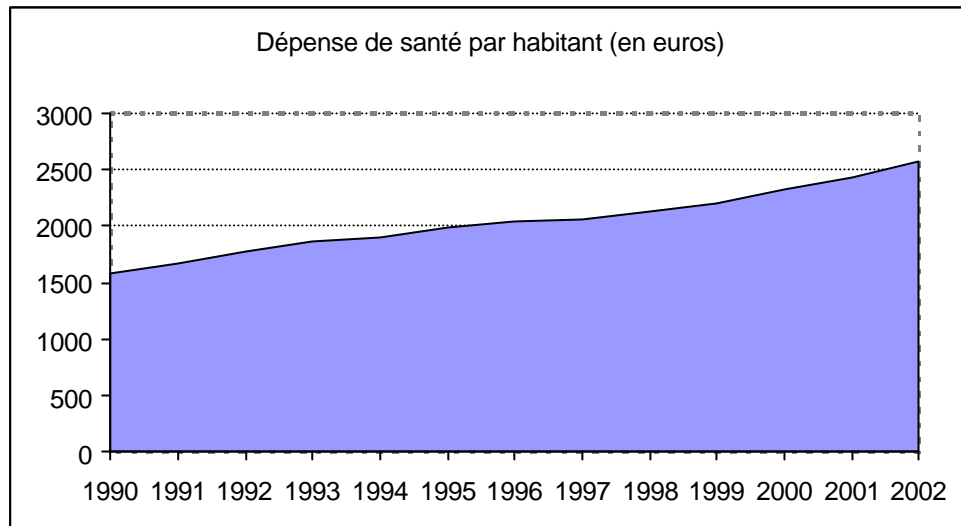
➤ **22 milliards d'euros en 3 ans de moyens supplémentaires pour la santé**

Entre 2002 et 2004, la progression de l'ONDAM traduit un effort considérable consenti pour le secteur de la santé avec près de **22 milliards d'euros** supplémentaires entre ces trois années. La modernisation du système de santé et la meilleure prise en charge des malades sont ainsi placées au cœur des priorités du gouvernement.

Donner des moyens à l'hôpital, permettre aux établissements accueillant des personnes âgées de recruter des professionnels de santé supplémentaires, rembourser les médicaments innovants, donner aux professionnels libéraux les moyens d'exercer leur métier dans de bonnes conditions : telles sont les priorités de santé pour lesquelles des moyens financiers supplémentaires nécessaires ont été alloués. Les dépenses de santé ne sont pas improductives. Elles répondent à des besoins fondamentaux de nos concitoyens.

➤ **Depuis 1990, les dépenses de santé par habitant ont doublé en France.**

L'évolution de l'ONDAM répond à un mouvement structurel qui s'inscrit dans une tendance d'accroissement dynamique de l'ensemble des dépenses de santé au-delà des dépenses d'assurance maladie.



Entre 1990 et 2002, la dépense courante de santé par habitant est passé de 1 578 à 2 579 euros. En 2004, elle devrait être proche de 3 000 euros, ce qui constitue un quasi doublement en 14 ans.

Cette hausse continue s'observe à des degrés divers dans l'ensemble des pays industrialisés, qui connaissent eux aussi des progressions fortes des dépenses de santé. Le vieillissement de la population, l'innovation technologique, l'évolution des mentalités contribuent fortement à cette hausse de nature structurelle.

Fiche n°6

Le taux de remboursement a progressé ces dernières années

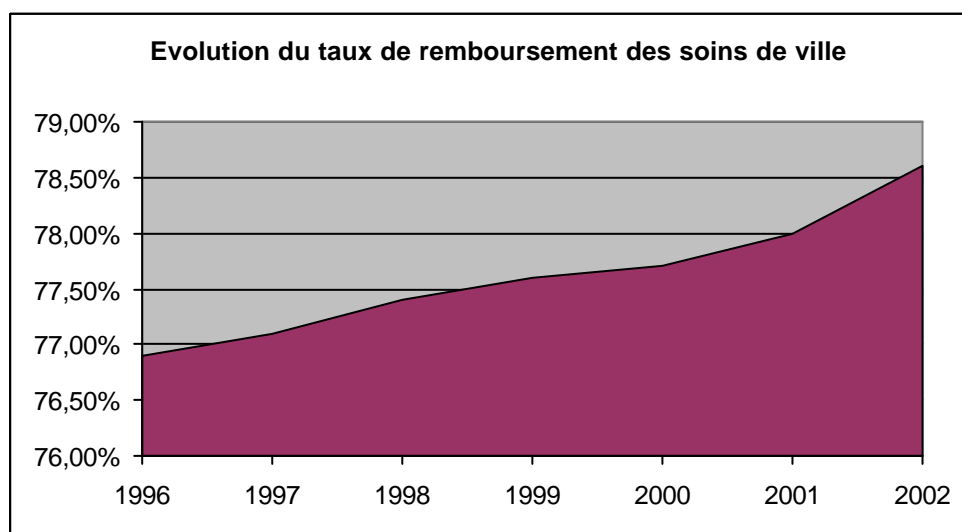
➤ Un taux de remboursement qui augmente structurellement

Au cours des dix dernières années, la dépense à la charge de l'assurance maladie a augmenté plus vite que la consommation de soins.

Le taux de remboursement augmente sous l'effet de plusieurs facteurs :

- la croissance du nombre d'assurés exonérés de ticket modérateur, notamment les ALD. Depuis 1999, l'augmentation annuelle du nombre d'admissions en ALD est de près de 10 %. Les plus fortes augmentations s'observent pour les maladies de l'appareil circulatoire et le diabète. Le vieillissement de la population, l'augmentation épidémiologique de certaines pathologies, l'élargissement des critères d'admissions mais peut être aussi la sous-déclaration des personnes potentiellement en ALD au cours des années précédentes expliquent cette forte augmentation du nombre d'admissions en ALD.
- une déformation générale de la consommation au profit des soins les mieux remboursés liée notamment à l'augmentation des prix des médicaments et des prises en charge qui accompagne le progrès technologique.

Le taux moyen de remboursement des dépenses de soins de ville est ainsi passé de 76,9 % en 1996 à 78,6 % en 2002 (dernière année connue).



Fiche n° 7

Les comptes prévisionnels du régime général avant et après les mesures de redressement

➤ Le déficit du régime général devrait atteindre 11,2 milliards d'euros après les mesures du PLFSS

Le déficit tendanciel du régime général atteindrait 13,6 milliards d'euros en 2004.

Les mesures de la loi du 21 août portant réforme des retraites (voir fiche 12) ont un +coût de 1,1 Md euros. Compte tenu de ce coût, le déficit du régime général sera de 14,7 Md euros.

Le plan de stabilisation du déficit de l'assurance maladie permet de réduire de 3,1 milliards d'euros ce déficit (voir fiche n° 7). Par ailleurs, l'impact du remboursement de la deuxième moitié de la dette FOREC s'élève à 0,6 milliards d'euros. Enfin, la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant aura un coût en 2004 de 200 millions d'euros.

Dans ces conditions, le déficit du régime général sera réduit de 3,5 milliards d'euros en 2004. Il devrait alors atteindre 11,2 milliards d'euros.

Solde du régime général après mesure du projet de loi de financement

M€	CNAM maladie	CNAM-AT	CNAV	CNAF	Régime général
Solde tendanciel	- 14,05	-0,16	0,57	0,02	-13,62
Remboursement dette FOREC	0,47	0,09	0,33	0,20	1,10
Autres mesures du plan de stabilisation maladie	2,64				2,64
Mesures retraite			- 1,10		-1,10
PAJE				-0,20	-0,20
Solde 2004	-10,94	-0,07	-0,19	0,03	-11,18

➤ Le déficit du régime général aurait atteint 13,6 milliards d'euros en 2004, sans mesure de redressement

Le déficit du régime général croît depuis 2001 de 5 milliards d'euros par an. Cette croissance est due à un effet de ciseaux entre :

- d'une part, une faible croissance des recettes liée à la faiblesse de la conjoncture économique nationale et internationale ;
- d'autre part, une vive croissance des dépenses notamment dans le domaine de l'assurance maladie.

Ainsi, le déficit devrait atteindre 8,9 milliards d'euros en 2003 et 13,6 milliards en 2004 si aucune mesure n'était prise.

Comptes du régime général avant les mesures de la loi de financement

	2001	2002	2003	2004	Croissance annuelle moyenne (2001-2004)
Charges	225,0	234,5	248,0	257,8	4,6 %
Produits	226,1	231,0	239,0	244,2	2,4 %
Résultat	1,2	-3,5	-8,9	-13,6	-

➤ **Ce déficit se concentre sur la branche assurance maladie**

La quasi totalité du déficit se résume à celui de la branche assurance maladie. En effet, c'est cette branche dont les dépenses croissent le plus rapidement (5,7 % en moyenne) alors que ses recettes croissent à peu près au même rythme que celles des autres branches.

La branche retraite était en excédent jusqu'en 2003. En 2004, elle supportera le coût de la mesure relative au départ anticipé des travailleurs âgés. Cette mesure, prévue dans le cadre de la réforme des retraites, permet d'apporter plus d'équité et de justice sociale dans le régime de retraite. En 2004, la branche retraite devrait être, avant les mesures de la loi portant réforme des retraites du 21 août, en excédent de 569 M€ avant mesures du projet de loi de financement.

Par ailleurs, la branche famille et la branche accident du travail devraient être quasiment à l'équilibre en 2003 et 2004.

Soldes des différentes branches avant les mesures de la loi de financement

	2001	2002	2003	2004
CNAM maladie	- 2,1	- 6,1	- 10,6	-14,1
CNAM AT	0	0	- 0,1	- 0,2
CNAV	1,5	1,7	1,5	0,6
CNAF	1,7	1,0	0,2	0
Régime général	1,2	-3,5	-8,9	-13,6

Fiche n° 8

Stabiliser le déficit de l'assurance maladie

➤ La croissance du déficit de l'assurance maladie n'est pas soutenable à moyen terme

La croissance du déficit de l'assurance maladie met en danger la viabilité de notre système d'assurance maladie. C'est pourquoi le Gouvernement s'engage à le réduire sur la période de la législature et à rééquilibrer l'ensemble des comptes sociaux.

Après un déficit estimé à 10,6 Milliards d'euros en 2003, le déficit prévisionnel de l'assurance maladie sans mesures nouvelles atteindrait, pour 2004, 14,1 milliards d'euros.

Le déficit de l'assurance maladie est d'abord conjoncturel : les ressources du régime général sont étroitement dépendantes de la progression de la masse salariale et donc de la croissance du PIB.

- La croissance exceptionnelle de la masse salariale en 2000 et 2001 (6,3% et 6,4%) avait permis un retour à une situation excédentaire du régime général malgré une accélération de la croissance des dépenses.

- Depuis 2002, la croissance de la masse salariale s'est fortement ralentie (3,3 % en 2002 puis 2,3% en 2003 et 3,1% en 2004) et ne permet plus de couvrir le rythme rapide de l'évolution des dépenses.

- Le déficit de l'assurance-maladie est aussi structurel : il est lié au vieillissement de la population et au progrès technologique. Tous les pays développés connaissent cette évolution. L'ONDAM a été systématiquement dépassé entre 1998 et 2002. En 2003, le dépassement se réduit.

Montant de l'ONDAM voté et réalisation entre 1997 et 2002

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ONDAM voté	91,5	93,6	96,0	100,4	105,7	112,8	123,5
ONDAM réalisé	91,4	95,1	97,6	103,0	108,8	116,7	124,7
Dépassement	-0,1	1,5	1,6	2,7	3,1	3,9	1,2

Après une progression exceptionnelle en 2002 (7,2 %), les dépenses du champ de l'ONDAM devraient connaître une légère décélération en 2003. Le rythme annuel de progression devrait être en 2003 de 6,4 %. Pour 2004, l'ONDAM est fixé en tendanciel à 5,5 %.

La Cour des Comptes vient de démontrer l'échec global des politiques menées en terme de réduction des déficits. C'est pourquoi, le Gouvernement s'engage à moderniser notre système d'assurance maladie : le retour à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie ne peut se faire que dans la durée, une fois que cette modernisation sera achevée.

La responsabilité du Gouvernement est, dans l'intervalle, de stabiliser le déficit de l'assurance maladie, afin d'éviter un dérapage incontrôlé des finances de la Sécurité sociale. Ce plan de stabilisation implique des efforts non négligeables de la part de l'ensemble des acteurs concernés.

➤ **Des efforts sont nécessaires de la part de l'ensemble des acteurs concernés**

Les mesures proposées par le Gouvernement dans le PLFSS 2004 visent à atteindre cet objectif de stabilisation en agissant à la fois sur les recettes et les dépenses de l'assurance maladie.

✓ **Les recettes supplémentaires** proviennent principalement d'une hausse du produit des taxes sur les tabacs (+800 M€). A cela s'ajoute une modification de la taxe sur la publicité des produits de santé (150 M€) et l'efficacité accrue du recours contre tiers (+100 M€) qui permet à l'assurance maladie de se retourner contre les personnes responsables d'accident pour récupérer le montant des prestations servies à la victime.

✓ **Les mesures sur les dépenses** visent à répartir les efforts de façon équilibrée entre les différents acteurs concernés :

- la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville (cf fiche 16) qui permettra une moindre croissance des dépenses de 660 millions d'euros pour le régime général (800 millions d'euros pour l'ensemble des régimes) ;
- l'augmentation du forfait journalier qui passe à 13€ hormis une baisse de ce forfait pour les séjours psychiatrique (cf. annexe). L'économie est estimée à 150 M€ pour le régime général (180 M€ pour l'ensemble des régimes) ;
- les économies liés à un effort de rationalisation sur les médicaments et les produits de santé (100 M€ pour le régime général – cf. annexe) ;
- la baisse de la marge des grossistes répartiteurs (83 M€ pour le régime général, cf annexe) ;
- une plus stricte application des règles relatives aux exonérations totales de certains actes (500 M€ pour le régime général ; 600 M€ tous régimes, cf. annexe) ;
- la baisse du remboursement de l'homéopathie (70 M€ tous régimes cf. annexe) ;
- la mise en œuvre de mesures de gain de productivité et d'économie dans la gestion administrative de la CNAM (60 M€) ;

Au total, ce plan de stabilisation du déficit repose sur **des recettes supplémentaires de 1,05 milliard d'euros, et des mesures d'économie qui atteignent 1,8 milliards d'euros**. Il faut ajouter à cela le remboursement de la dette du FOREC à hauteur de 475 millions d'euros, tout en tenant compte de l'impact de l'harmonisation des modes de remboursement de la CMU prévue dans le PLF 2004 (- 140 M€ pour l'assurance maladie).

L'ensemble de ces mesures aboutit à un déficit prévisionnel en 2004 de 10,9 milliards contre 10,6 en 2003.

➤ **Compte tenu de ces mesures d'économies, l'ONDAM proposé par le gouvernement augmentera de 4 % en 2004 par rapport aux dépenses 2003**

Les dépenses contenues dans le champ de l'ONDAM évolueraient tendanciellement de 5,5 % en 2004 compte tenu du soutien en faveur de l'accès à l'innovation et de la nécessaire progression des moyens des établissements de santé. Ce taux est inférieur à l'évolution prévue en 2003 à cause de la montée en charge du plan médicament et un moindre impact en 2004 des mesures de revalorisation des professionnels en ville et de la mise en oeuvre de la réduction du temps de travail à l'hôpital.

Compte tenu des économies présentées ci-dessus (près de 1,9 milliards d'euros tous régimes), l'ONDAM devrait évoluer de 4 % en 2004.

Fiche n° 9

Le constat de la Cour des comptes sur le système d'assurance maladie

➤ L'échec du système de régulation

La Cour des comptes consacre une partie de son rapport 2003 sur la sécurité sociale à la régulation des dépenses d'assurance maladie.

Ce rapport fait le constat de l'échec global des politiques menées dans ce domaine au vu des déficits croissants de l'assurance maladie. Il souligne les limites des différents outils mis en œuvre dans ce cadre :

- le dispositif institutionnel et financier autour de la loi de financement de la sécurité sociale et du vote de l'ONDAM n'a pas permis de freiner les dépenses ;
- les principaux instruments directs de la régulation (action sur les prix payés par les assurés, gestion du risque par les caisses, modulation du remboursement des médicaments et politique conventionnelle avec les professions de santé) ne sont pas considérés comme efficaces ;
- les instruments d'action à moyen terme sur la structure et l'organisation de l'offre médicale et sur la rationalisation des comportements des professionnels de santé et des patients n'ont pas été efficacement mis en œuvre.

Ce diagnostic rejoint le constat qui a conduit le Gouvernement à engager dans la durée le processus de modernisation de l'assurance maladie. L'échec des mécanismes essentiellement quantitatifs appelle la mise en œuvre d'un ensemble de dispositifs qui permettent de faire évoluer les comportements des professionnels de santé et des patients autour de ce qu'on appelle la maîtrise médicalisée. L'accord sur les visites des médecins généralistes, l'incitation à la prescription de médicaments génériques, la baisse de la prescription d'antibiotiques montrent que cette maîtrise médicalisée fonctionne et qu'elle a des résultats tangibles.

➤ Quelques causes exogènes d'augmentation des coûts

Concernant les causes de la forte hausse des dépenses d'assurance maladie, le ministre de la santé partage l'analyse de la haute juridiction financière sur l'impact très important de la mise en œuvre de la RTT à l'hôpital. Celle-ci représente, sur 2002-2005, 3,5 milliards d'euros, soit 0,35 % de CSG. Cette charge pour l'hôpital représente un montant supérieur, par exemple, à l'ensemble des dépenses de médicament sur un an à l'hôpital. Absorber le coût d'une telle mesure, qui n'avait pas été financée par le gouvernement précédent, a donc eu un impact sensible sur les comptes de l'assurance maladie.

Les conclusions de la Cour des comptes sur la dérive des soins de ville et l'influence des revalorisations tarifaires décidées pour les professionnels de santé méritent en revanche d'être nuancées. D'une part, ces revalorisations devaient être opérées, tant elles s'assimilent avant tout à un rattrapage au regard de la période antérieure de blocage des tarifs. D'autre part, elles se sont, pour la première fois, situées dans la logique, que la Cour appelle de ses vœux, à savoir celle d'une

évolution des pratiques médicales. Une modification tangible des prescriptions en ce qui concerne les génériques (à un niveau jamais atteint jusqu'alors) et les antibiotiques a d'ores et déjà permis de compenser le coût de cet accord à hauteur de 150 millions d'euros.

Dans cette logique, le Gouvernement est déterminé à poursuivre la promotion des accords de bon usage de soins et des contrats de pratiques professionnelles qu'il appartient aux partenaires conventionnels de conclure.

Fiche n° 10

Développer les outils de la maîtrise médicalisée

➤ Une priorité : la maîtrise médicalisée

La croissance des dépenses de soins de ville doit s'accompagner du développement des outils de maîtrise médicalisée. Cette voie de la responsabilisation est la seule voie possible ainsi que le Président de la République l'a réaffirmé lors du Congrès de la Mutualité : « *Il faut sans plus attendre généraliser les outils de maîtrise médicalisée des dépenses. (...) L'Etat et les acteurs du système de santé doivent engager le travail nécessaire à la mise en place, au plus tard au terme des douze mois à venir, de cette politique indispensable à la qualité et à la pérennité de notre système de santé.* ».

La Cour des comptes vient aussi, dans son rapport public de souligner « *la place fondamentale* » que les moyens, qui visent à « *éclairer ou infléchir les comportements* » des professionnels de santé et des patients, doivent prendre dans la politique de régulation des dépenses de santé.

Le ministre de la santé s'est, le premier, engagé, avec succès, dans cette voie en lien avec les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie. Le PLFSS 2004 poursuit dans cette logique et prépare les évolutions qui seront entreprises avec le chantier de modernisation de l'assurance maladie.

➤ La maîtrise médicalisée : 3 exemples qui marchent

Si, par définition, l'infléchissement des pratiques s'inscrit dans une logique de moyen et long terme, trois exemples récents montrent à la fois la détermination du gouvernement à progresser dans cette voie et les résultats positifs de cette démarche :

- l'accord sur les visites

L'accord national de bon usage des soins, signé le 26 août 2002, a permis la mise en place d'un nouveau système de tarif pour les visites : depuis le 1er octobre 2002, le tarif de la visite dépend de sa justification médicale. Une visite médicalement justifiée est facturée 30 € (visite à 20 euros + majoration de déplacement de 10 euros). En l'absence de justification médicale, le tarif est de 20 €. Dans ce cas, le médecin peut facturer un dépassement exceptionnel qui ne sera pas remboursé.

Or, les visites des médecins généralistes libéraux ont connu une diminution relative jusqu'en septembre 2002. Les dépenses remboursées d'assurance maladie à tarifs constants ont, en effet, diminué de 0,9 % en moyenne par mois durant la période janvier 2000-septembre 2002. Dès la mise en application de la majoration de déplacement pour visite médicalement justifiée le 1^{er} octobre 2002, ces dépenses ont chuté de 19 % au dernier trimestre 2003. La mise en place de l'accord a donc permis de réduire nettement le nombre de visites à domicile. La maîtrise médicalisée réussit lorsqu'elle résulte d'une volonté et d'une responsabilité partagées dans un climat de confiance.

- **le développement des médicaments génériques**

La France accuse depuis longtemps un retard conséquent dans la prescription de médicaments génériques. En 2000, la part de marché du générique était de 5,2%. L'accord de bon usage de soins (ACBUS), signé en juin 2002 par les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins généralistes, prévoyait une forte augmentation de la prescription des génériques. Cette augmentation est aujourd'hui au rendez-vous avec une part de marché qui représentait, en février 2003, 9,8%, générant, pour l'assurance maladie, une économie de 70 millions d'euros.

- **le bon usage des antibiotiques**

Un accord national de bon usage des soins (ACBUS) relatif à la généralisation des tests de diagnostic rapide (TDR) des angines a été approuvé par arrêté du 28 juin 2002. Cet accord vise à promouvoir une mise à disposition et une utilisation des TDR par les médecins généralistes afin de favoriser une diminution des résistances aux antibiotiques et de contribuer à une amélioration de la qualité de la prise en charge des angines. Cet accord a eu un impact significatif sur la prescription des médecins : de juin 2002 à mai 2003, le nombre de boîtes vendues de pénicillines à large spectre a diminué de 17 % par rapport aux douze mois précédents. De même, dans la classe des antibiotiques appartenant aux macrolides, la diminution a été de 14 %.

➤ **Les axes du développement de la maîtrise médicalisée**

La maîtrise médicalisée est l'objectif de la politique mise en place par le gouvernement depuis 18 mois. Cette volonté trouve de nouvelles illustrations dans le PLFSS.

✓ **La promotion des accords de bon usage des soins (ACBUS)**

Le ministre de la santé a approuvé, depuis mai 2002, 40 accords de bon usage de soins. Si celui qui a le plus d'ampleur est celui signé le 1^{er} juillet 2002 entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats de médecins généralistes, portant sur la bonne utilisation des visites au domicile du patients, 39 autres accords de portée nationale ou régionale ont également été signés par d'autres professions de santé, médicales ou para-médicales, puis approuvés par le ministre.

Le PLFSS 2004 prévoit des dispositions qui renforcent la qualité des accords via l'intervention de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et simplifient leur mise en œuvre en conférant à la CNAM un pouvoir de mise en œuvre directe des ACBUS régionaux et en lui transférant, pour les ACBUS nationaux, le pouvoir d'approbation actuellement exercé par le ministre.

✓ **L'expérimentation de la gestion du risque par des groupements de médecins**

Le PLFSS 2004 prévoit la possibilité pour les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) de déléguer par convention certaines de leur compétences de gestion du risque à des groupements de médecins libéraux. L'objectif est ainsi de favoriser les échanges de bonnes pratiques entre médecins et de favoriser un suivi des patients cohérent.

✓ **Un meilleur suivi des Affections longue durée (ALD)**

Les dépenses des patients admis en affection de longue durée (ALD) représentent près de la moitié des dépenses remboursées par les régimes d'assurance maladie. La progression de ces dépenses d'ALD est plus rapide que celle des autres bénéficiaires. Ce qui s'explique par :

- une progression rapide du nombre de personnes admises en ALD de l'ordre de 6 % par an pour le régime général,
- une croissance de la dépense unitaire rapide liée à l'augmentation du coût des traitements.

L'objectif est de rationaliser le suivi des ALD au travers de deux types de mesures :

- recentrer le contrôle médical sur l'admission à exonération de certaines pathologies et de certaines prestations,
- améliorer le suivi en renforçant le rôle du Protocole Inter Régime d'Examen Spécial (PIRES).

Ainsi, le PLFSS 2004 prévoit-il d'appliquer la limitation ou l'exonération du ticket modérateur liées à l'ALD uniquement aux actes et prestations qui seront spécifiés dans le PIRES, sur la base d'un accord entre le contrôle médical de l'assurance maladie et le médecin traitant.

✓ **Améliorer la gestion des indemnités journalières**

La progression des indemnités journalières (IJ) est forte depuis trois ans. Si cela peut s'expliquer par certains facteurs conjoncturels (remontée du chômage) mais aussi structurels (problématique des travailleurs âgés), certaines évolutions montrent qu'il est nécessaire de renforcer le suivi des indemnités journalières. Une mission a été confiée conjointement à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances pour permettre de définir un plan d'action à moyen terme. La CNAM, qui a la responsabilité première du suivi des IJ via les services du contrôle médical, a, par ailleurs, engagé des actions permettant de mieux identifier les raisons de certaines dérives et les moyens pour y remédier. Les négociations entre la CNAM et l'Etat pour le renouvellement de la convention d'objectif et de gestion permettront de fixer des objectifs ambitieux à la CNAM dans ce domaine.

➤ **Un objectif pour 2004 : réduire la croissance des soins de ville de 800 M€**

Pour 2004, l'objectif collectif fixé par le gouvernement à l'ensemble des acteurs est de réduire la croissance des soins de villes de 800 M€ Cet objectif est ambitieux mais réaliste. Il peut se décomposer de la manière suivante : une réduction de 1% de la croissance des volumes d'actes (4,5 % par an actuellement) ; une réduction de 1,6 % de la croissance des prescriptions (7 % environ actuellement).

- Cet objectif peut aussi être comparé à quelques évaluations des abus et gaspillages constatés :
- Au moins 6 % des indemnités journalières ne sont pas justifiées, soit 400 M€ de dépenses inutiles.
 - Nous consommons 50 % de médicaments de plus que nos voisins européens.

Réduire d'un dixième ce différentiel de consommation engendrerait près d'1 milliard d'euros d'économie.

- Une étude de la CNAMTS datant de 2000 (source : Faits marquants en 2000) montrait que, chaque année, la CNAMTS remboursait indûment 300 M€ en exonérations du ticket modérateur pour des médicaments prescrits à tort comme ressortissant d'une affection longue durée.

Fiche n° 11

La politique du médicament

La politique du médicament du Gouvernement s'articule autour de trois axes : **le soutien à l'innovation, la recherche d'une efficacité accrue pour les dépenses existantes et la promotion du bon usage du médicament.**

➤ **Promouvoir les véritables innovations**

Les enveloppes destinées aux produits innovants à l'hôpital ont fait preuve de leurs limites : elles sont souvent mal réparties ou détournées de leur usage et parfois sous dimensionnées. Le PLFSS 2004 prévoit dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité, un nouveau mode de régulation qui assurera l'accès des patients aux produits coûteux dont ils ont besoin.

Poursuivre l'effort d'accélération des délais de mise sur le marché est également un objectif central. Le PLFSS 2003 avait prévu la mise en place d'une procédure de dépôt de prix. Ce dispositif a été défini dans un accord cadre signé avec l'industrie pharmaceutique. Il sera complété par une accélération générale des procédures que permettra notamment la réforme de la commission de la transparence.

➤ **Optimiser les dépenses sur les médicaments existants**

Cette optimisation passe par deux types d'action :

- **Favoriser le développement du générique.** La politique du gouvernement en faveur du développement des génériques a assuré une augmentation du chiffre d'affaires de ces produits de plus de 37%. Auparavant, lorsqu'un patient avait le choix d'un générique, il n'acceptait de le prendre que dans un cas sur trois. Désormais, il accepte une fois sur deux. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a prévu la possibilité de créer des forfaits de remboursement. Ce nouveau dispositif est fortement incitatif pour le patient car s'il reste libre du choix de la marque du médicament qu'il souhaite, il ne sera remboursé qu'à hauteur d'un forfait, ajusté sur le prix d'un générique. Ces forfaits ont été mis en place en septembre 2003 pour 29 molécules.
- **Mener une politique de gestion active des produits remboursés.** La réévaluation initiée en 1999 a permis de mettre en évidence 800 produits ne justifiant plus une prise en charge par les pouvoirs publics et 800 autres ne présentant pas un service médical rendu (SMR) suffisant pour une prise en charge à 65 %. En octobre 2002, un plan de déremboursement sur 3 ans de l'ensemble des produits à SMR insuffisant a été lancé. Une première vague est en cours. Les produits à SMR modéré ou faible, qui n'étaient pas pris en charge à 35 %, viennent d'être ramenés à ce taux.

➤ **Promouvoir le bon usage du médicament**

Les Français sont parmi les plus grands consommateurs mondiaux de médicaments (3 milliards de boîtes consommés par an, soit un peu moins d'une boîte par personne et par semaine). Promouvoir un usage rationnel du médicament constitue donc une priorité. Un accord a été conclu entre la CNAMTS et les médecins généralistes sur le meilleur usage des antibiotiques. Cet accord semble avoir eu un impact significatif sur la prescription des médecins : de juin 2002 à mai 2003, le nombre de boîtes de pénicillines à large spectre vendues ont diminué de 17 % par rapport au douze mois précédents. De même, dans la classe des antibiotiques appartenant aux macrolides, la diminution a été de 14 %.

Fiche n° 12

La réforme des retraites

➤ **La sauvegarde de nos régimes de retraite nécessitait une réforme**

Le vieillissement de la population mettait en péril notre système de retraite. De nombreux rapports et les travaux du conseil d'orientation des retraites avaient montré les difficultés que connaîtraient les régimes de retraite à partir du départ en retraite des générations du baby-boom. Ces travaux avaient aussi mis en évidence les iniquités qui existaient dans notre système de retraite.

La loi du 21 août 2003 est le résultat de cette volonté ferme de traiter, dans la concertation, ces difficultés structurelles d'une manière adaptée et non par des mesures transitoires et des expédients.

➤ **La loi du 21 août est conçue de manière à faire contribuer équitablement les Français à l'effort nécessaire pour garantir dans la durée la viabilité des régimes de retraites**

Cette loi a pour objectif de sauvegarder les retraites par répartition auxquelles tous les Français sont attachés et de renforcer l'équité des différents régimes de retraite. Pour rétablir l'équilibre financier des régimes de retraite dans un contexte de vieillissement de la population, la loi prévoit en ce qui concerne la durée d'assurance, l'alignement d'ici 2008 du régime de la fonction publique sur le régime général, puis, à compter de 2008, une évolution maintenant constant jusqu'en 2020 le partage entre le temps d'activité et le temps de la retraite.

La réforme sera progressive. La plupart des mesures s'appliquent sur une période s'étalant jusqu'à 2020.

Elle est équitable tout en respectant la spécificité de chaque régime grâce à une adaptation de la réforme à chaque régime. Le pouvoir d'achat des retraités est garanti par une indexation sur les prix. Par ailleurs, la réforme contient de nombreuses mesures renforçant l'équité de notre système de retraite, tel que le rapprochement entre régimes du secteur public et régimes du secteurs privés ou encore la mesure permettant des départs anticipés avant 60 ans pour les salariés ayant commencé à travailler avant 60 ans.

Elle permet une vraie liberté de choix en ce qui concerne la date de départ en retraite grâce à l'adaptation de la décote du secteur privée, la création d'une surcote, la possibilité de rachat des droits à pension pour les années d'études et l'assouplissement des règles de cumul entre un emploi et une retraite.

➤ **Les mesures prises dans le cadre de la réforme ont un coût de 1,2 milliard d'euros en 2004**

Les dispositions de la loi portant réforme des retraites représentent en 2004 un solde net pour la CNAV d'environ 1,2 milliard d'euros de dépenses supplémentaires (1,1 en incluant le FSV). S'appliquant par définition au seul flux de retraités, les mesures favorables à l'équilibre du régime général nécessiteront une phase de montée en charge s'étalant sur plusieurs années. La reprise d'un allongement de la durée d'assurance n'est prévue par la loi qu'à compter de 2009, compte tenu de la double nécessité d'une phase préalable d'harmonisation entre les régimes et d'une amélioration du taux d'activité des salariés de plus de 55 ans. A l'inverse, l'une des principales mesures d'équité et de justice sociale, le droit au départ à la retraite anticipée pour les longues carrières, représentera dès 2004 une charge importante.

D'après des données de la CNAV, cette mesure pourrait potentiellement concerner entre 150 000 et 200 000 personnes. En supposant que le taux de recours moyen soit de l'ordre de 75% sur une population de 190 000 personnes, le coût en termes de prestations pourrait s'élever en rythme de croisière à environ 1,2 milliard d'euros pour le régime général. Pour l'année 2004, le chiffre exact apparaît difficile. L'application de la mesure nécessite en effet que les partenaires sociaux, responsables des régimes AGIRC-ARRCO, prennent les dispositions nécessaires d'ici au 1er janvier 2004 pour permettre aux salariés éligibles de toucher également, et sans pénalité, leur pension complémentaire. Par ailleurs, la mesure sera soumise à une phase inévitable de montée en charge. Pour toutes ces raisons, l'hypothèse conventionnelle du coût de la mesure, retenue dans le compte tendancier de la CNAV, est d'environ 900 millions d'euros pour l'année 2004. A long terme, la mesure devrait se révéler de moins en moins coûteuse. L'évolution des effectifs des classes d'âge concernées par la mesure a, bien entendu, été intégrée à l'évaluation du coût de la retraite anticipée, mais le recul de l'âge légal de fin de scolarité (fixé à 16 ans en 1959) et l'allongement naturel de la durée des études conduira à un reflux important du pourcentage d'assurés éligibles par génération. Le coût de la retraite anticipée serait, à l'horizon 2020, d'environ 300 millions d'euros.

Le coût en 2004 des mesures de la loi du 21 août peut être considéré comme un investissement pour l'avenir. Ces mesures ont permis d'apporter plus d'équité et de justice sociale dans notre régime de retraite.

Fiche n° 13

La prestation d'accueil pour les jeunes enfants

Les diverses prestations existantes en matière d'accueil des jeunes enfants ont été mises en place au gré des circonstances sans grande logique d'ensemble. Elles apparaissent aujourd'hui peu lisibles pour les familles. De plus l'accès à un mode de garde n'est pas toujours équitable. Les parents ayant des revenus modestes ou moyens n'ont en pratique bien souvent aucun véritable libre-choix de leur mode de garde et connaissent notamment de grandes difficultés à accéder à une assistante maternelle. Aujourd'hui un nombre encore trop important de femmes (en particulier les plus fragiles) sont obligées de quitter leur emploi pour s'occuper de leurs jeunes enfants.

C'est pourquoi, à la suite de la Conférence de la Famille du 29 avril 2003, le PLFSS 2004 institue la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui regroupe les cinq prestations existant en faveur de la petite enfance (allocation pour jeune enfant, allocation d'adoption, allocation parentale d'éducation, aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée et allocation de garde d'enfant à domicile) dans un souci de simplification et de lisibilité pour les familles.

L'instauration de cette prestation répond également à la volonté du Gouvernement d'améliorer significativement l'aide apportée aux parents de jeunes enfants pour concilier leur vie familiale et professionnelle, et en particulier aux familles à revenus modestes et moyens. La PAJE permet aux parents de cesser ou de réduire leur activité ou de faire le choix de continuer à travailler en ayant la liberté et la possibilité financière de recourir au mode de garde de leurs enfants, qui leur paraît le plus adapté.

➤ Une prestation universelle

La PAJE sera versée pour les enfants nés à compter du 1^{er} Janvier 2004 ainsi que pour les enfants nés prématurément avant cette date mais dont la naissance devait intervenir après le 1^{er} Janvier 2004. Les familles qui bénéficient des anciennes prestations continueront à les percevoir jusqu'à leur terme. Toutefois si une nouvelle naissance intervient après le 1^{er} janvier 2004, la PAJE sera versée pour l'ensemble des enfants, y compris pour les enfants nés avant cette date.

La PAJE sera versée dans les DOM dans les mêmes conditions qu'en métropole. Elle comprendra d'une part une prime à la naissance ou à l'adoption qui sera suivie d'une allocation de base versée dès la naissance pendant 3 ans et d'autre part un complément de libre-choix en fonction du choix des parents quant à la garde et à l'éducation de leurs enfants.

➤ **Une prime à la naissance de 800 € et une allocation de base de 160 € par mois**

Une prime à la naissance ou à l'adoption d'un montant d'environ 800 euros sera versée lors du 7^{ème} mois de la grossesse ou lors de l'arrivée au foyer d'un enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption. Puis à partir de la naissance, 160 euros par mois environ seront versés pendant 3 ans. La prime comme l'allocation de base sont versées sous conditions de ressources. Le plafond de ressources sera augmenté de 37 % par rapport à l'actuelle APJE.

90 % des parents percevront ainsi la prime à la naissance puis l'allocation de base de 160 euros par mois, soit 200 000 familles nouvelles.

➤ **Un complément qui assure le libre choix du mode de garde**

Ce complément s'adresse aux parents qui choisissent de continuer à exercer une activité professionnelle, en leur finançant un mode de garde pour leurs jeunes enfants de 0 à 6 ans. Les efforts sont ciblés en direction des familles à revenus modestes et moyens, pour leur permettre de choisir librement leur mode de garde. Aujourd'hui en effet, elles ne peuvent s'offrir les services d'une assistante maternelle. Grâce à la PAJE, ces familles auront financièrement la possibilité de choisir de faire garder leurs enfants par une assistante maternelle ou en crèche. L'objectif est de permettre à 200 000 familles d'avoir un véritable libre-choix de leur mode de garde.

Toutes les familles ayant déjà aujourd'hui l'AFEAMA ou l'AGED, soit 660 000 familles, seront gagnantes.

➤ **Un complément qui donnera aux parents le choix de poursuivre ou non leur activité**

Ce complément s'adressera aux parents qui font le choix d'arrêter leur activité professionnelle pour élever leurs jeunes enfants jusqu'à l'âge de 3 ans. Il compensera une partie de la perte de rémunération. Il se montera à environ 340 euros par mois qui s'ajouteront aux 160 euros de l'allocation de base. Le montant et la durée de l'APE actuelle sont maintenus. La condition d'activité sera d'avoir travaillé 2 ans dans les 4 dernières années pour 2 enfants et 2 ans dans les 5 dernières années à partir du 3^e enfant.

Le complément sera augmenté de 15 % en cas de travail à temps partiel par rapport à l'actuelle APE à taux partiel. 125 000 familles auront entre 40 et 50 euros/mois supplémentaires.

Mesure nouvelle majeure pour les familles afin de leur permettre de s'occuper de leur enfant pendant la toute petite enfance, le complément de 340 euros par mois sera versé dès le premier enfant pendant les 6 mois suivants le congé de maternité ou de paternité (avec une condition d'activité de deux ans dans les deux ans).

Afin de développer l'offre de garde et de favoriser le libre-choix des familles, le complément sera attribué aux parents qui recourent à une entreprise ou à une association pour assurer la garde de leurs enfants.

La prestation d'accueil du jeune enfant sera aussi l'occasion de simplifier et de moderniser les relations des familles avec leur caisse d'allocations familiales. En effet les circuits de gestion de ce complément de garde seront simplifiés par rapport à ceux existant actuellement pour l'AGED et l'AFEAMA. Après vérification des droits à l'allocation par la CAF, la déclaration des rémunérations versées se fera auprès d'un centre de recouvrement au moyen d'un « chèque PAJE », sur le modèle du dispositif existant pour le chèque emploi service. Les formalités imposées aux familles seront allégées et les risques de rupture des droits supprimés.

➤ **Soutenir l'offre de garde pour permettre le libre choix**

Le développement de l'offre de garde est le complément indispensable à la mise en œuvre de la PAJE. Trois axes principaux ont été retenus lors de la Conférence de la famille:

- la création de 20 000 places de crèches supplémentaires dans le cadre d'un « plan crèches » qui fera l'objet d'un avenant à la Convention d'Objectif et de Gestion (COG) entre l'Etat et la CNAF d'ici la fin de l'année ;
- la revalorisation du statut des assistantes maternelles, dont une partie est déjà prévue dans le projet de loi sur la petite enfance qui a été examiné en conseil des ministres le 10 septembre 2003 ;
- la mise en place du crédit d'impôt famille, mesure inscrite au PLF 2004, qui permettra une prise en charge fiscale de 60 % des sommes versées par les entreprises en faveur des familles afin d'améliorer la conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle.

Enfin, conformément à ses engagements, le Gouvernement poursuit la hausse du plafond retenu pour le calcul des réductions d'impôt liées à l'emploi d'un salarié à domicile, notamment pour la garde d'enfants. Le PLF 2004 porte ce plafond à 10000€

Fiche n° 14

Priorité à la santé publique

➤ **Une vraie politique de santé publique est le fondement indispensable de la modernisation de la politique de santé**

Le fondement indispensable de notre politique de soins et d'assurance maladie, c'est la santé publique. En effet, c'est le souci de l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population qui doit orienter l'offre de soins.

Par ailleurs, il existe un lien consubstantiel entre l'assurance maladie et la prévention, l'éducation à la santé et le dépistage : d'une part, ces derniers sont indispensables à une politique d'assurance maladie efficace ; d'autre part, ils dépendent en grande partie de l'action quotidienne des professionnels de santé.

C'est pourquoi la définition d'une politique de santé publique est l'étape initiale obligée du processus de modernisation de notre système de santé.

➤ **La France manque d'une politique de santé publique globale**

La politique de santé publique s'est jusqu'à présent limitée à une succession de plans ciblés, fonction des circonstances, et ne s'inscrivant pas dans une perspective d'ensemble et une démarche structurelle. Implicitement, notre pays a toujours préféré la logique curative individuelle à la démarche préventive à l'échelle de la population, pourtant seule capable de fonder une vraie politique de santé publique.

Pourtant, les indicateurs globaux de santé des Français montrent que la mortalité prématurée reste en France à un niveau anormalement élevé alors que les causes en sont connues et que l'on sait qu'elle est évitable. Il existe également des disparités territoriales et socio-économiques très fortes en termes, par exemple, d'espérance de vie.

Trois faiblesses structurelles méritent d'être soulignées :

- une répartition imprécise des responsabilités en matière de santé publique ;
- l'absence de pilotage à partir d'une programmation claire autour d'objectifs définis après un large dialogue ;
- l'insuffisante coordination de l'ensemble des partenaires qui concourent aux actions de santé publique.

➤ **Le projet de loi relatif à la politique de santé publique affirme le rôle de garant de l'Etat et organise sous sa responsabilité la coordination des différents acteurs autour d'objectifs**

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique, qui sera discuté à partir du mois d'octobre au Parlement, vise à apporter les réponses à ce constat.

Il affirme **la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique**. Ce faisant, le gouvernement rompt avec la politique longtemps prisée en France, faite d'annonces de plans successifs sans cohérence, pour lutter contre telle ou telle maladie. L'Etat n'a pas le monopole de l'action dans ce domaine. Mais il lui revient d'organiser, sous son autorité, un **partenariat** associant les différents acteurs publics et privés qui sont nombreux à concourir à l'amélioration de la santé.

La fixation d'**objectifs clairs au système de santé**, à un horizon de cinq ans, est le deuxième axe directeur de ce projet. Le **rapport annexé** au projet de loi de santé publique propose 100 objectifs correspondant aux principaux défis sanitaires. Il s'agit notamment de promouvoir des comportements favorables à la santé, de réduire les conduites à risques, d'organiser la prise en charge des maladies chroniques et de maîtriser le risque infectieux. Ces indicateurs constituent le **tableau de bord** pour améliorer le pilotage de la santé publique en France.

La mise en place des groupements régionaux de santé publique (GRSP) doit permettre d'organiser sur le terrain la déclinaison locale des programmes de santé publique. Ce groupement permettra de mutualiser les financements au niveau régional. Il garantira la coordination des actions sur la base de priorités établies par son conseil d'administration, où siègeront, outre l'Etat, l'assurance maladie, les collectivités locales qui le voudront et l'ARH.

Le projet de loi prévoit également la **création d'une grande école de santé publique, l'EHESP (l'école des hautes études en santé publique)**.

Bien évidemment, cette démarche structurée de santé publique n'est pas exclusive d'une réponse appropriée au drame qui a touché notre pays cet été. Plusieurs plans sont en préparation pour qu'un tel drame ne se reproduise pas. Le projet de loi de finances en tire également les conséquences pour ce qui concerne le dispositif de veille et d'alerte sanitaire ainsi que le bon fonctionnement des agences sanitaires.

Fiche n° 15

Le plan cancer et le projet de loi de financement pour 2004

➤ **Lutter contre le cancer est une priorité particulière de notre politique de santé publique**

Première cause de mort prématurée en France, le cancer tue chaque année 150 000 personnes. Et, chaque année, 280 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués. Il y a 6 mois, le Président de la République a présenté les grandes lignes du Plan cancer. Ces propositions ont pour ambition de répondre aux besoins des patients, de leurs proches mais aussi de l'ensemble des professionnels qui prennent en charge les malades.

Le plan cancer est exemplaire de ce que doit être la réforme de notre système de santé. Centré avant tout sur le patient, il vise à faire évoluer ensemble prévention et système de soins, grâce à la coordination en réseau des soignants et de la recherche.

➤ **Le projet de loi de financement de la sécurité sociale contribue à l'avancement du plan cancer**

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 engage des moyens supplémentaires dans l'ensemble du système de soins à l'hôpital comme en ville. Près de 10 % de ces moyens sont consacrés à la lutte contre le cancer. Ainsi, au niveau global le projet de loi de financement permet, toutes choses égales par ailleurs, un réel investissement dans la lutte contre le cancer.

Au-delà de ce soutien général, le projet de loi permet aussi d'avancer sur les objectifs fixés dans le cadre du plan cancer, à travers des actions plus ciblées.

- **Prévenir** : le projet de loi de financement prévoit, via l'augmentation des minima de perceptions une hausse du prix des cigarettes. Cette hausse est de 0,7 € par paquet entre le 1^{er} janvier 2003 et le 1^{er} janvier 2004.
- **Soigner** : le projet de loi de financement prévoit de sortir certains médicaments coûteux et innovants de la régulation traditionnelle de l'hôpital en les remboursant à l'euro, l'euro. Cela devrait favoriser l'accès à ces innovations pour les patients. Par ailleurs, le projet de loi de financement permet le financement d'investissements supplémentaires à l'hôpital (10 milliards d'euros) dont une partie est composée d'équipements spécifiques de soins du cancer.
- **Soigner et accompagner** : Le quasi-triplement de la dotation nationale des réseaux en 2004 va permettre un réel développement des réseaux de soins dans l'ensemble des réseaux. Une partie importante des 125 M€ de cette enveloppe servira à la mise en place en réseau, dans chaque région, des professionnels de lutte contre le cancer.

Fiche n° 16

La modernisation de l'hôpital

Cinq chantiers majeurs ont été lancés dans le cadre du plan hôpital 2007 pour bâtir un hôpital, public et privé, plus moderne, plus proche, plus réactif, plus responsable.

➤ Une relance exceptionnelle de l'investissement

Une relance sans précédent de l'investissement hospitalier est engagée et accompagnée par la Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier. En dégagant 1 milliard d'euros pour l'année 2003 pour un programme général qui portera sur un financement de 6 milliards d'euros d'ici 2007, le Gouvernement s'est donné les moyens d'amplifier de près de 30% le rythme naturel des investissements hospitaliers.

A partir de cette enveloppe d'aides prévisionnelles de 6 milliards d'euros sur 5 ans, les agences régionales de l'hospitalisation, ont présenté des plans d'investissement portant sur **10,2 milliards d'euros et comportant 937 opérations**. Le taux moyen de subventionnement des opérations de plus de 60%, représente une progression exceptionnelle au regard du soutien apporté antérieurement aux opérations d'investissement hospitalier (environ 15 % dans le cadre du FIMHO). Ce plan permet d'accompagner les priorités sanitaires nationales (cancer, urgences et périnatalité), et toutes les autres priorités de santé publique, telles que la prise en charge des personnes âgées ou la psychiatrie.

Il bénéficie, enfin, pour sa réalisation, des nouvelles modalités d'investissement (comme les marchés globaux ou l'externalisation de la maîtrise d'ouvrage) prévues dans l'ordonnance de simplification du 6 septembre 2003, permettant ainsi des réalisations plus rapides et plus simples.

➤ Une allocation efficiente des ressources - La Tarification à l'activité (T2A)

La réforme du mode de financement des structures hospitalières, par une tarification à l'activité, vise à libérer le dynamisme des établissements de santé et leur potentiel d'adaptation dans un environnement en mutation.

La dotation globale a, aujourd'hui, montré ses limites et il devient nécessaire de mettre en œuvre un mécanisme de financement plus incitatif des établissements de santé, qui prenne davantage en compte l'activité médicale et le service rendu. De plus, la disparité des règles de financement entre les secteurs public et privé freine les coopérations indispensables entre les établissements. Cette volonté se traduit, après les simulations et les expérimentations conduites en 2003, par la mise en œuvre progressive d'une tarification à l'activité en 2004.

Si la Tarification à l'Activité a pour objectif la convergence des modalités de financement et des tarifs entre secteurs public et privé à une échéance de 10 ans, les différences actuelles de leurs modes de financement imposent une certaine progressivité de la réforme.

Cette progressivité se traduit par :

- Un champ limité aux activités MCO (médecine, Chirurgien Obstétrique) en 2004,
- Un impact limité à 10% sur les budgets hospitaliers (pour les établissements publics et Participant au Service Public Hospitalier) en 2004,
- L'application d'un coefficient correcteur pour les établissements privés afin de tenir compte des différences tarifaires.

Par ailleurs, l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité permettra la reconnaissance à leur juste valeur des missions d'intérêt général (recherche, enseignement, innovations et recours) qui seront financées forfaitairement et contractualisées entre les établissements et les ARH. Il en ira de même pour certaines activités particulières (urgences, prélèvement d'organes par exemple) qui bénéficieront d'un financement mixte (forfait et financement à l'activité).

Enfin, la mise en œuvre de la tarification à l'activité conduira à une harmonisation des règles de financement des médicaments innovants et coûteux entre les deux secteurs d'hospitalisation. Cette harmonisation favorisera, ainsi, l'accès des patients au progrès médical dans le respect des bonnes pratiques de prescription.

➤ Une planification simplifiée

L'ordonnance de simplification en matière sanitaire présentée au Conseil des ministres du 3 septembre 2003 constitue une étape importante dans la simplification et la modernisation de la planification.

Hérité des années 1970, le dispositif de planification sanitaire était devenu complexe, rigide et insuffisamment efficace. L'ordonnance de simplification prévoit la suppression de la **carte sanitaire**. Le Schéma d'organisation sanitaire devient ainsi l'outil unique de planification, centré sur la prise en compte des besoins de santé et les caractéristiques épidémiologiques propres à chaque région. A une planification fondée sur des indices a priori, se substitue une régulation des capacités de soins au regard des nécessités régionales.

La dimension territoriale du SROS est donc plus affirmée. Le secteur sanitaire est remplacé par la notion de « territoire de santé ». Ce « territoire », défini par l'ARH en tenant compte de la nature des activités de soins, permettra une plus grande souplesse dans la démarche de planification en choisissant le niveau géographique le plus pertinent pour chaque activité (de grande proximité, infra-départemental, interdépartemental, ou interrégional).

Le régime des autorisations a été considérablement simplifié : la notion d'autorisation d'activité se substitue aux autorisations antérieures d'installation de lits et d'activité. Elle est désormais renouvelée de manière tacite tous les cinq ans. La mise en œuvre de l'autorisation et la quantification de l'offre nécessaire (« objectifs quantifiés ») sont fixées dans le Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM), signé entre l'ARH et chaque établissement. Le taux de change (réduction du nombre de lits) pour les alternatives à l'hospitalisation (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel et hospitalisation à domicile) est supprimé afin d'en favoriser le développement.

➤ **Un outil de collaboration efficace - Le nouveau Groupement de Coopération Sanitaire**

Créé également par l'ordonnance de simplification, les nouveaux groupements de coopération sanitaire (GCS) deviendront l'outil de référence en matière de recomposition hospitalière pour faciliter, améliorer et développer les coopérations entre établissements, et entre les établissements et le secteur ambulatoire. Ouvert aux professionnels libéraux et aux établissements médico-sociaux, le GCS peut désormais réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques, comme des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur. Le groupement peut également constituer un réseau de santé pour améliorer la prise en charge des patients, en cas de pathologie chronique par exemple.

Le PLFSS 2004 prévoit d'expérimenter, dans certains GCS, une rémunération identique entre les médecins libéraux et hospitaliers concourant ensemble à une même activité, avec une part forfaitaire et une part liée à l'activité.

➤ **Une Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) opérationnelle**

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, la MEAH a commencé ses travaux dès le début de l'année 2003. Son objectif est de fournir un appui méthodologique à des établissements volontaires, par exemple sous forme d'audit, afin de développer des bases de données de comparaison pour l'ensemble des établissements. Six thèmes ont été retenus pour 2003 et font l'objet de travaux en cours : le temps d'attente aux urgences, l'organisation des services de radiothérapie, le temps de travail des médecins et l'organisation des services, les achats dans les hôpitaux et les cliniques, l'organisation des services d'imagerie et la mise en œuvre de la comptabilité analytique.

Fiche n° 17

La coordination des soins

L'amélioration de la coordination des professionnels soignants est un enjeu majeur de la modernisation de notre système de santé. Il nous faut organiser la permanence des soins, rapprocher la ville de l'hôpital et développer les réseaux autour de pathologies (cancer) ou de populations (réseaux gériatriques). Cette politique menée depuis 18 mois est particulièrement illustrée dans le PLFSS 2004 avec notamment la croissance des moyens dédiés aux réseaux ainsi que le développement de l'informatique médicale partagée.

Une meilleure coordination des soins apparaît comme une source d'efficacité : le partage d'information accroît la qualité des soins apportés au patient et engendre des économies en supprimant les actes redondants.

➤ Le développement des réseaux

Le développement des réseaux est une priorité comme l'a souligné le Président de la République lors de son discours au Congrès de la Mutualité en juin dernier. L'objectif est de « *promouvoir des réseaux conciliant proximité, continuité du soin et excellence des pratiques.* »

Depuis plus d'une dizaine d'année, les réseaux se développent dans un environnement juridique complexe et bénéficient de soutiens financiers limités. 226 réseaux ont ainsi été recensés en 2003. Ils recouvrent des réseaux de pathologie (cancer, cardiologie, diabète ...), des réseaux de soins (soins palliatifs, urgences, périnatalité), et des réseaux médico-sociaux (gérontologie, exclusion sociale).

Le Gouvernement s'est engagé dans la voie de la simplification des textes et de l'augmentation continue des financements attribués aux réseaux. Deux décrets en date du 25 octobre et du 17 décembre 2002 sont venus préciser et simplifier les conditions de financement, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux. Ils prévoient notamment une instruction des demandes de financement au niveau local, la décision appartenant conjointement aux directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

Pour soutenir ces réseaux, le Gouvernement a fortement **augmenté la dotation nationale de développement des réseaux qui est passée de 23 millions d'euros en 2002 à 46 millions d'euros en 2003.**

Le PLFSS 2004 fixe cette dotation à 125 Millions d'euros soit un quasi triplement de la dotation de 2003.

Au cœur de la politique de santé publique mise en place par le Gouvernement, la priorité donnée au développement des réseaux s'inscrit dans chacun des grands plans en cours de lancement. Le plan cancer a, par exemple, pour ambition de faire bénéficier chaque région française d'un réseau régional du cancer coordonnant l'ensemble des acteurs de soins, en ville et à l'hôpital, d'ici 2007.

➤ Le dossier médical partagé

Liée au développement des réseaux de soins, la mise en place du dossier médical partagé constitue un enjeu majeur pour une prise en charge coordonnée du patient par les différents professionnels de santé. Le dossier médical partagé vise également à une plus grande responsabilisation des patients et des médecins.

Les expériences menées à l'étranger sont nombreuses et concluantes : le dossier médical partagé induit une meilleure qualité des soins grâce à une bonne coordination des professionnels et il permet d'éviter des actes inutiles.

L'idée de dossier médical partagé, proposée par le professeur Fieschi dans son rapport remis à Jean-François Mattei en juin 2003 suppose le développement d'« adresses qualité santé » pour chaque patient ainsi que la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 mars 2002 autorisant l'apparition d'« hébergeurs agréés » pour des données de santé.

Le PLFSS 2004 prévoit en ce sens la possibilité pour le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) de financer des **expérimentations pilotes** qui seront mises en œuvre en concertation avec la CNAMTS, les professionnels et les représentants des patients. L'objectif du gouvernement est le lancement d'expérimentations dans quatre régions au minimum dès 2004.

Les expérimentations permettront non seulement de valider un certain nombre de choix techniques, mais aussi d'évaluer l'intérêt d'un développement plus large de ce dossier médical partagé. Le support informatique devrait faciliter l'acceptation de ce nouvel outil par l'ensemble des acteurs, patients et professionnels.

➤ La permanence des soins

L'organisation de la permanence des soins en ville est un élément fondamental de l'organisation de la réponse aux besoins de soins urgents des patients. En l'absence d'une bonne organisation de la permanence des soins, la demande de soins urgents se reporte systématiquement sur les hôpitaux, ce qui conduit à un engorgement des services d'urgence.

Face à une situation légale et réglementaire incertaine et pour sortir d'une logique de crise qui débouchait trop souvent sur des réquisitions décidées par les préfets, le ministre de la santé, sur la base des travaux conduits par M.Descours, en lien avec l'ensemble des professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie, a tenté de trouver un point d'équilibre permettant de concilier l'obligation déontologique qui s'attache à l'exercice médical en matière de permanence des soins et une mise en œuvre souple, fondée en premier lieu sur le volontariat.

Les dispositions figurant dans deux décrets, publiés en septembre 2003 et qui avaient été prévus dans le loi de financement pour 2003, permettent pour la première fois **une organisation cohérente de la permanence des soins et une responsabilisation de l'ensemble des acteurs.**

Le dispositif repose sur **une sectorisation de chaque département, une permanence assurée par les médecins libéraux dans chaque secteur sur la base du volontariat et une régulation des appels afin de limiter le recours au médecin la nuit et les week-ends.**

La situation actuelle est en voie d'organisation d'après les résultats d'une enquête menée en juin 2003 :

- **62 départements ont, à ce jour, réalisé leur sectorisation ; dans 35 d'entre eux, elle est en cours ;**
- le nombre de secteurs a déjà fait l'objet d'une rationalisation passant de 3544 à 2250 aujourd'hui ;
- Les médecins généralistes s'investissent de plus dans la régulation (près de 750 médecins libéraux dans 43 départements), qui est le plus souvent intégrée au centre 15 ;

Enfin, il y a actuellement **37 maisons médicales de garde** dans 30 départements (le plus souvent financées par le FAQSV) et 83 sont en projet dans 43 départements. **Près de 1 500 médecins** travaillent d'ores et déjà dans des maisons médicales de garde.

Fiche n° 18

La clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale

➤ **Le gouvernement s'est engagé dans la clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale**

Au cours des cinq dernières années, à la faveur de différentes réformes dont le financement n'était pas immédiat (35 heures, APA, CMU), les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale se sont complexifiées. La création des différents fonds de financement de la sécurité sociale, l'instabilité des recettes qui leur ont été affectées, la multiplication des flux financiers croisés entre l'Etat, les régimes de sécurité sociale et ces fonds ont abouti à un paysage très difficilement lisible.

Cette complexité prive les citoyens d'une vision claire sur le financement des politiques publiques et, de ce fait, altère le débat démocratique. Par ailleurs, la complexité des sources de financement conduit à une dilution des responsabilités entre les différents décideurs, qui va à l'encontre d'une gestion efficace des ressources.

Le Gouvernement avait pris, pour cette raison, les premières mesures de clarification, lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 : l'engagement de l'Etat de compenser intégralement les nouveaux allègements de charge, la réaffectation à la sécurité sociale d'une partie des recettes utilisées pour le financement du FOREC et le remboursement de la moitié de la dette passée au titre des allègements de charge.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 constitue une nouvelle avancée notable dans la clarification de ces relations.

➤ **Le FOREC est supprimé**

Mise en place tardivement pour le financement des 35 heures, le FOREC avait en charge la compensation aux régimes de sécurité sociale des pertes de cotisations liées aux mesures d'allègement de charges sociales sur les bas salaires, à la réduction négociée du temps de travail et aux exonérations de cotisation familiale. C'était jusqu'à présent une pièce importante, et emblématique, de cette tuyauterie de financements que les partenaires sociaux et les élus critiquaient.

Le PLFSS 2004 prévoit la suppression du FOREC. En contrepartie, le PLF 2004 dispose que ces allègements de charge seront dorénavant directement assumés par le budget de l'Etat.

Cette mesure constitue une avancée majeure dans la simplification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. La création du FOREC puis la gestion de son équilibre ont été marquées par une forte instabilité liée notamment à la difficulté de prévoir efficacement ses dépenses comme ses recettes et à des manipulations comptables. Ce fonds constituait un

« écran » entre les régimes de sécurité sociale et l'Etat. Sa disparition montre l'attachement du Gouvernement à afficher clairement le niveau des allègements de charges et le coût que cette politique en faveur de l'emploi représente.

En supprimant le Forec, le PLFSS 2004 fait œuvre de clarté. Il revient également à la logique originelle de la loi de juillet 1994 qui veut que l'Etat compense l'intégralité des exonérations de charges.

➤ **La deuxième moitié de la dette FOREC est remboursée**

La dette du FOREC provient du déficit de ce fonds lors de l'exercice 2000, déficit intégralement supporté par les différents organismes de sécurité sociale concernés, en proportion des parts de compensation liées aux exonérations. Les organismes de sécurité sociale ont enregistré à ce titre une créance sur le FOREC.

Le gouvernement précédent avait tenté d'annuler cette créance et donc d'entériner l'affectation à l'Etat des ressources relevant de la sécurité sociale au mépris des principes clairs régissant depuis 1994 les relations Etat - sécurité sociale en matière de compensation d'allègements de charges. Cette disposition initialement prévue dans le PLFSS 2002 avait cependant été annulée par le conseil constitutionnel, considérant que le caractère rétroactif de cette annulation n'était pas justifié par un motif d'intérêt général suffisant.

Le Gouvernement a décidé dès son arrivée de rembourser aux organismes de sécurité sociale la dette de l'Etat au titre de l'exercice 2000 du FOREC.

Après avoir prévu, dans la loi de financement de sécurité sociale pour 2003, un versement de 1,1 milliard d'euros à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) - qui a été effectué le 1er avril 2003 -, le PLFSS pour 2004 prévoit une seconde étape apurant complètement la moitié restante de la créance du régime général.

Ce versement est effectué par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) pour un montant identique. Il se fait sans allonger ni la durée de vie de la CADES, ni le niveau du CRDS.

Fiche n° 19

La modernisation de l'assurance maladie : un calendrier et une méthode

➤ La modernisation de l'assurance maladie

La qualité, l'excellence même, de notre système d'assurance maladie est reconnu. L'assurance maladie est notre bien commun. Les principes de solidarité et de liberté qui l'animent sont inscrits au fronton de la République et sont ancrés au cœur de chacun de nos concitoyens.

Pourtant, l'assurance maladie connaît d'importants dysfonctionnements. La Cour des Comptes a rappelé récemment les limites du dispositif de régulation des dépenses (fiche n° 8). La gouvernance de l'assurance maladie pose également problème : les responsabilités des acteurs ne sont pas définies de façon suffisamment claire, ce qui est dommageable pour le pilotage du système. Par ailleurs, la situation financière est grave. Le déficit a atteint un niveau record, et, sans adaptation en profondeur, il est condamné à croître.

La sauvegarde de l'assurance maladie passe par sa nécessaire modernisation et son adaptation aux enjeux d'aujourd'hui et de demain.

L'objectif du Gouvernement est de sauvegarder notre système assurance maladie en respectant et en confortant ses valeurs fondamentales, en particulier la solidarité et la justice sociale.

L'égalité d'accès à des soins de qualité est le premier déterminant de l'excellence de notre système de santé. Le financement de l'assurance maladie, fonction des revenus de chacun, évite que certains en soient exclus et permet l'exercice d'une réelle solidarité.

Le gouvernement souhaite revenir à l'esprit des principes fondateurs de 1945-1946, réaffirmés en 1967 en ce qui concerne la gestion de l'assurance maladie. Le Gouvernement privilégie donc la voie d'une plus grande autonomie de gestion aux partenaires sociaux.

➤ Un calendrier et une méthode

Le calendrier et la méthode retenus par le Gouvernement ont été présentés par le ministre de la santé aux partenaires sociaux et aux acteurs du monde de la santé au début du mois de septembre. Toutes les parties ont accepté de participer à la démarche.

Une première phase, d'ici la fin de l'année, va permettre de tendre vers un diagnostic partagé. C'est le « Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie », installé dans les prochains jours, qui aura pour mission première de mener ce travail de diagnostic.

L'ensemble des acteurs de l'assurance maladie y participeront : partenaires sociaux, professionnels libéraux, représentants des établissements, usagers et patients, représentants des organismes complémentaires, parlementaires et représentants de l'Etat.

La deuxième phase sera une phase de concertation avec l'ensemble des acteurs concernés dans le cadre de groupes de travail pilotés par le ministre de la santé et son cabinet. Parmi les sujets qui feront l'objet de ces groupes, figurent la coordination entre la ville et l'hôpital, la gouvernance, les relations conventionnelles, la clarification des responsabilités entre l'Etat et l'assurance maladie, le renouveau de la politique conventionnelle...

Enfin, des solutions seront proposées aux Français avant l'été 2004.

Annexes : les mesures

Remboursement de la seconde moitié de la dette « FOREC 2000 » par la CADES au régime général

La dette du FOREC est liée au déficit de ce fonds pour l'exercice 2000, déficit intégralement supporté par les différents organismes de sécurité sociale concernés, en proportion des parts de compensation qu'ils auraient dû recevoir du FOREC au titre des exonérations qui en relèvent. Les organismes de sécurité sociale ont enregistré à ce titre une créance sur le FOREC.

Le gouvernement précédent avait tenté d'annuler cette créance. Cette disposition initialement prévue dans le PLFSS 2002 avait cependant été annulée par le Conseil constitutionnel, considérant que le caractère rétroactif de cette annulation n'était pas justifié par un motif d'intérêt général suffisant.

Le Gouvernement a décidé dès son arrivée de rembourser aux organismes de sécurité sociale la dette de l'Etat au titre de l'exercice 2000 du FOREC.

Après avoir prévu, dans la loi de financement de sécurité sociale pour 2003, un versement de 1,1 milliard d'euros à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) - qui a été effectué le 1^{er} avril 2003 -, le PLFSS pour 2004 prévoit une seconde étape apurant complètement la moitié restante de la créance du régime général.

Ce versement est effectué par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) pour un montant identique. Il se fait sans allonger ni la durée de vie de la CADES, ni le niveau du CRDS. Il se traduit pour les différentes branches par les abondements suivants :

Ventilation des versements aux différentes branches (en M d'euros)

	CNAM	AT-MP	CNAV	CNAF	Total
Versement dette FOREC	474	90	329	204	1097

Suppression du FOREC

Mis en place tardivement dans le cadre des 35 heures, le FOREC avait en charge la compensation aux régimes de sécurité sociale des pertes de cotisations liées aux mesures d'allègement de charges sociales sur les bas salaires, à la réduction négociée du temps de travail et aux exonérations de cotisation familiale.

La création du FOREC, puis la gestion de son équilibre, ont été marquées par une forte instabilité liée notamment à la difficulté de prévoir efficacement ses dépenses comme ses recettes. Ce fonds constituait un « écran » entre les régimes de sécurité sociale et l'Etat qui ne reposait sur aucune justification sérieuse. Le PLFSS 2004 prévoit la suppression du FOREC.

En contrepartie, le PLF 2004 dispose que ces allègements de charge seront dorénavant directement assumés par le budget de l'Etat. Le Gouvernement marque ainsi son attachement à une application stricte de la loi du 25 juillet 1994 qui prévoit que l'Etat compense intégralement à la sécurité sociale les exonérations de cotisation qu'il met en place.

Cette mesure constitue une avancée majeure dans la simplification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Elle permet de montrer clairement le niveau des allègements de charge et le coût que cette politique en faveur de l'emploi représente.

Le PLFSS 2004 prévoit les dispositions transitoires permettant d'accompagner la disparition du FOREC. Un service de liquidation sera mis en place dans ce but.

Enfin, les recettes fiscales préalablement attribuées au FOREC sont affectées au budget de l'Etat.

Aménagement des recours contre tiers des caisses de sécurité sociale

De longue date, les organismes de sécurité sociale disposent d'un moyen de forte responsabilisation des assurés sociaux lorsque ceux-ci, par les accidents dont ils sont responsables, occasionnent des dépenses pour la prise en charge médicale des victimes. Cette procédure est celle du recours contre tiers.

Cette procédure prend la forme d'un recours des caisses contre la personne responsable et son assureur leur permettant de récupérer le montant des prestations servies à la victime à l'occasion des soins nécessités par l'accident. Pour ce qui concerne les accidents de la circulation, cette procédure est aménagée dans le cadre d'un accord conventionnel de mai 1983, conclu entre les organismes de sécurité sociale et les assureurs. En 2002, le rendement de cette procédure pour le régime général est de 866 M. d'Euros. Plusieurs indices convergents attestent de la possibilité d'une augmentation des sommes recouvrées.

Le PLFSS 2004 propose en conséquence les évolutions nécessaires à la majoration du rendement de ce dispositif.

Le cadre conventionnel précité est ancien, il comporte certaines dispositions qui dérogent au droit commun (réduction de l'assiette du recours, impossibilité de faire appel au juge...), il est en outre limité aux seuls accidents de la circulation et mériterait donc d'être renégocié. Son intérêt est toutefois démontré car il facilite la gestion rapide et amiable des recours. Aussi, le présent projet donne-t-il une base légale à la conclusion d'un accord conventionnel.

En outre, le bon fonctionnement de ce dispositif suppose de dépasser le champ conventionnel et de déterminer par décret les conditions dans lesquelles les victimes, les établissements de santé et les assureurs doivent informer les caisses de la survenue d'accidents causés par un tiers. Les modalités d'évaluation des créances des caisses, qui ne peuvent donner lieu à négociation, seront également fixées dans ce cadre.

Afin de préserver la gestion amiable des recours entre assureurs et caisses, notamment en l'absence d'accord conventionnel, le projet légalise ce principe, l'action en justice ne pouvant intervenir qu'après constat de l'échec de la procédure amiable,

Le devoir d'information des caisses par les assureurs prévu dans la loi est sanctionné, en cas de méconnaissance, par une majoration de 50% de l'indemnité de gestion due par l'assureur. Cette mesure devrait remédier au déficit d'information constaté notamment par la CNAM (ainsi en 2002 sur 8696 dossiers ouverts, 918 seulement ont été détectés par transmission des assureurs).

Exonération en faveur des jeunes entreprises innovantes

Le Gouvernement a décidé de mettre en œuvre un ensemble de mesures pour contribuer à créer un environnement social et fiscal favorable pour les jeunes entreprises qui font un effort particulier et durable en matière de recherche et de développement.

Un statut spécifique de « jeunes entreprises innovantes » est ainsi accordé aux sociétés de moins de huit ans dont le capital est détenu directement ou indirectement à 75 % par des personnes physiques et qui réalisent d'importantes dépenses de recherche et développement (ces dépenses doivent représenter plus de 15 % des charges totales).

Le projet de loi de finances pour 2004 contient les articles du code général des impôts définissant ce statut et les mesures fiscales corrélatives : les mesures principales sont une exonération totale d'impôt sur les bénéfices pour les résultats des trois premiers exercices bénéficiaires, cette exonération étant réduite de moitié au titre des deux exercices bénéficiaires suivants ; une exonération de l'imposition forfaitaire annuelle des sociétés ; et, sur délibération des collectivités territoriales, une exonération pendant sept ans de taxe foncière sur les propriétés bâties et de taxe professionnelle.

Le PLFSS 2004 crée une exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale pour les rémunérations versées aux personnels des jeunes entreprises innovantes, dès lors qu'ils participent activement au projet de recherche et de développement de l'entreprise. Sont ainsi concernés les chercheurs, techniciens, gestionnaires de projets de recherche et de développement, juristes chargés de la protection industrielle et des accords de technologie liés au projet, ou encore les personnels chargés des tests pré-concurrentiels. Cette exonération est également ouverte aux mandataires sociaux relevant du régime général de sécurité sociale par détermination de la loi à condition qu'ils participent, à titre principal, au projet de recherche et de développement de l'entreprise.

Cette exonération est applicable pendant au plus huit années, c'est-à-dire jusqu'au dernier jour de la septième année suivant celle de la création de l'entreprise. Si l'entreprise ne remplit plus les conditions au cours d'une année, elle perd définitivement le bénéfice de l'exonération.

Réforme de la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments

Les dépenses de médicaments progressent à un rythme élevé : depuis 1990, elles ont plus que doublé. Les Français sont parmi les plus grands consommateurs mondiaux de médicaments (3 milliards de boîtes consommés par an, soit un peu moins d'une boîte par personne et par semaine).

Les laboratoires pharmaceutiques consacrent des sommes importantes à la promotion de leurs médicaments. Le lancement de nouvelles molécules s'accompagne de plus en plus de campagnes de promotion tout azimut, qui viennent s'ajouter à l'action traditionnelle des visiteurs médicaux employés par l'industrie pharmaceutique.

Cette promotion intensive contribue à entretenir une surprescription de médicaments par les médecins ainsi que la surconsommation des patients.

Le PLFSS 2004 prévoit une réforme de la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments. Le dispositif actuel de taxation est établi pour chaque entreprise redevable à partir du rapport entre l'assiette de la contribution – les dépenses de promotion - d'une part, et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments remboursables ou agréés aux collectivités bénéficiant d'une AMM d'autre part.

Ce dispositif est critiquable car il avantage les laboratoires les plus importants qui sont en mesure de moduler leur politique promotionnelle sur un portefeuille important de médicaments remboursables ou agréés aux collectivités. Les plus petits laboratoires, qui n'exploitent qu'un nombre limité de spécialités, sont, eux, contraints de maintenir un fort niveau de promotion sur l'ensemble des médicaments qu'ils exploitent, ce qui les pénalise dans le dispositif actuel de taxation.

Afin de pallier ces disparités de traitement, le PLFSS 2004 propose de réformer le dispositif de taxation en mettant en place un barème progressif de taxation par tranche de dépenses de promotion, qui se substitue au système de taxation en vigueur.

Création d'un groupe générique dès l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché

Un arrêt du Conseil d'Etat (« Glaxo Wellcome ») a condamné l'Afssaps pour avoir inscrit dans un groupe générique un médicament sans avoir vérifié au préalable que les droits attachés au titre de la propriété intellectuelle ont été concédés par le médicament princeps en application de l'article L.613-8 du code de la propriété intellectuelle.

Ainsi, selon le Conseil d'Etat, il revient à la charge de l'Afssaps d'apporter la preuve que le laboratoire générique dispose d'une licence ou que les droits sont expirés avant d'inscrire un générique au répertoire, car cette inscription au répertoire se faisant au moment de la commercialisation, elle fait grief au laboratoire détenteur du princeps en incitant les pharmaciens à la substitution.

Cette nécessité pour l'Afssaps de vérifier les droits de propriété entraîne des retards considérables pour la création de nouveaux groupes génériques et la commercialisation de certains génériques. En effet, l'agence dont la mission principale est de veiller à la sécurité sanitaire des produits de santé n'a ni l'expertise, ni surtout la vocation à intervenir dans les débats juridiques du droit de propriété intellectuelle en matière de médicaments.

Il est donc nécessaire d'exonérer clairement l'Afssaps de la charge de cette preuve et ainsi d'accélérer la mise sur le marché de nouveaux génériques. Le PLFSS 2004 modifie l'article L.5121-10 du code de la santé publique pour que l'inscription dans le groupe générique soit faite dès l'obtention de l'AMM par le générique, avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle, cet article précisant déjà que la commercialisation de cette spécialité générique n'est possible qu'après l'expiration de ces droits.

Dans cette configuration, il revient au laboratoire se proposant de mettre un générique sur le marché le devoir de s'assurer qu'il n'enfreint pas le code de la propriété intellectuelle.

Le décret en Conseil d'Etat créant le répertoire (article R.5143-8 du csp) devra également être modifié afin de préciser que l'inscription au répertoire se fera désormais au moment de l'obtention de l'AMM et non de la commercialisation.

Les estimations réalisées sur les données de juin 2003 montrent que le retard, provoqué par la décision du Conseil d'Etat, pour inscrire des génériques au répertoire a un coût pour l'assurance maladie d'un peu plus de 20 millions d'euros. De plus, des médicaments générant un chiffre d'affaires important vont tomber dans le domaine public dans les mois qui viennent, permettant d'envisager une réévaluation substantielle des économies potentielles pour l'assurance maladie en 2004.

**Fixation d'un prix maximum de vente
aux établissements de santé
pour les médicaments inscrits sur la liste «rétrocession»
bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché**

Le code de la santé publique prévoit que le prix de cession des médicaments rétrocédés aux patients par les établissements de santé est arrêté conjointement par les ministres chargés de l'économie et des finances, de la santé et de la sécurité sociale de même que le montant de la marge laissée aux établissements de santé pour couvrir les frais de gestion de cette rétrocession.

Le projet de décret d'application (en cours d'élaboration) prévoit que le prix hors marge de rétrocession des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste rétrocession, aujourd'hui libre, soit administré. Cela suppose que les prix de vente de ces médicaments par les laboratoires aux établissements de santé soient également administrés, faute de quoi, la marge de rétrocession ne pourrait leur être garantie si les laboratoires alignaient leur prix de vente aux établissements sur le prix de cession au public. Le PLFSS 2004 prévoit la mise en place de ce dispositif.

Le PLFSS 2004 prévoit d'exclure la détermination, dans le cadre des conventions passées entre le Comité économique des produits de santé et les laboratoires, du prix des médicaments inscrits sur la liste prévue au 2^{ème} alinéa de l'article L.162-17 du code de la sécurité sociale qui ne disposent pas d'une autorisation de mise sur le marché. En effet, pour les médicaments inscrits sur la liste «rétrocession» disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, les préparations magistrales, les préparations hospitalières et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation autre que celle mentionnée à l'article R.5143-5-4 du code de la santé publique, le prix d'achat par les établissements de santé reste libre.

Médicalisation des critères de prise en charge des affections de longue durée

Les dépenses remboursées aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) représentent plus de la moitié du total des dépenses remboursées par l'assurance maladie. Cette situation est due notamment au taux de prise en charge plus élevé de ces personnes puisqu'elles sont exonérées du ticket modérateur pour les frais liés au traitement de leur affection de longue durée.

La progression des dépenses remboursées à ces patients est plus rapide que celle des dépenses remboursées aux autres assurés et elle représente les 2/3 de la croissance des dépenses de ville entre 2000 et 2002. Cette progression est due en particulier au fait que le nombre de personnes admises en ALD s'accroît de plus en plus vite, notamment en raison de la prise en charge très précoce des ALD alors même que les patients ont une vie normale (diabète même à un stade non invalidant). Or, la mise sous ALD a pour conséquence d'entraîner l'exonération du ticket modérateur d'un grand nombre de prestations, dont il est le plus souvent difficile de contrôler, a posteriori, le lien avec l'ALD elle-même.

La concentration de ces remboursements est particulièrement forte sur les frais de transport (entre 70 % et 85 % du total des remboursements) ou les médicaments (50 %).

Dans ces conditions, il est indispensable d'améliorer très significativement la maîtrise de ces dépenses.

Le PLFSS y contribue :

- en donnant une base législative au protocole de soins sur la base duquel est déclenchée l'exonération ;

- en permettant une définition plus précise des prestations faisant l'objet de l'exonération.

Il est nécessaire de renforcer le contrôle médical des caisses sur l'admission à exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée et de responsabiliser parallèlement le médecin traitant et le patient dans cette démarche dérogatoire du droit du remboursement.

L'objet de la disposition proposée consiste à appliquer la limitation ou l'exonération du ticket modérateur aux actes et prestations spécifiés dans un protocole de soins, sur la base d'un accord entre le contrôle médical et le médecin traitant. Elle vaut pour les 30 ALD comme pour les affections « hors liste » dont il s'agit également de définir les prestations ouvrant droit à une prise en charge intégrale.

Les actes et prestations non prévues dans le protocole, compte tenu de l'état de santé du malade concerné, continueront à être remboursés mais au taux de droit commun.

Responsabilisation des assurés en matière de prise en charge des actes remboursables

L'assurance maladie a pour objet de rembourser les soins nécessaires des assurés sociaux. L'article L 321-1 du code de la sécurité sociale définit ce périmètre par une description des prestations.

Ce principe, constamment rappelé, implique qu'une prestation n'a vocation à être prise en charge au titre de l'assurance-maladie que si elle correspond à un besoin effectif de soins, et a pour objet le traitement d'une maladie. Par dérogation à ce principe, certains actes de prévention ou de dépistage peuvent être pris en charge, à condition que cela soit expressément prévu par les textes.

Or, le code de la sécurité sociale, et en particulier son article L. 321-1, se limite à décrire le contenu du panier de soins pris en charge, sans prévoir explicitement ce principe.

Ce manque de précision a parfois eu pour effet une prise en charge induite de certains actes effectués dans le seul but d'obtenir un certificat médical censé autoriser l'obtention d'une licence sportive, un brevet de pilote, le droit de conduire au-delà d'un certain âge, etc... Parfois, des actes sont effectués ou prescrits non en raison de l'état du patient mais pour répondre à des exigences provenant d'une réglementation extérieure.

Afin d'éviter ces pratiques, le PLFSS 2004 prévoit d'exclure du remboursement par l'assurance maladie les actes effectués en dehors de toute justification médicale.

Ainsi les prestations qui auront été indûment remboursées à ce titre pourront faire l'objet d'un remboursement par l'assuré.

Délégation de la gestion du risque à des groupements de professionnels de santé

Différentes expériences ont montré que des échanges entre médecins sur leurs pratiques permettent d'obtenir des inflexions sensibles de ces pratiques en termes de maîtrise des dépenses. Il est souhaitable d'encourager la généralisation de ces échanges en permettant aux URCAM d'inciter les professionnels de santé à des formes d'auto-évaluation et d'auto-encadrement collectifs de leurs pratiques.

L'objet de la mesure incluse dans le PLFSS est de permettre aux URCAM de passer des conventions avec des groupements de professionnels de santé aux termes desquelles ceux-ci s'engageraient sur des objectifs d'évaluation et d'améliorations de leurs pratiques, assortis d'indicateurs quantifiés, en contrepartie d'une prise en charge des frais correspondants à ces actions (réunions, informations, entretiens...) et d'un éventuel intéressement (les montants correspondants aux prestations de soins elles-mêmes ne seront pas concernés et resteront financés selon les règles en vigueur).

Modernisation des outils de maîtrise médicalisée

Le gouvernement s'est fixé comme objectif de mettre en œuvre la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, conformément aux axes tracés par le Président de la République lors du Congrès de la Mutualité en juin 2003.

Les exemples étrangers montrent l'utilité d'outils plus diversifiés d'intervention sur les professionnels de santé. Le rapport de l'IGAS de mai 2002 sur l'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire (étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Pays-Bas) souligne l'importance des mécanismes d'accompagnement, de partenariat et de conseil alors que les mécanismes purement quantitatifs ou les sanctions collectives se heurtent à des limites et sont progressivement abandonnés, comme en Allemagne.

Il est indispensable, pour que cette maîtrise médicalisée prenne forme, de moderniser les outils qui permettent de faire évoluer les pratiques médicales. Parmi ces outils figurent les accords de bon usage de soins (ACBUS), les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique.

La loi du 6 mars 2002 portant rénovation des dispositifs conventionnels dispose que les AcBUS peuvent être conclus au niveau national ou au niveau régional. En revanche, les contrats de bonne pratique et de santé publique ne peuvent être conclus qu'au niveau national. Il est proposé de permettre l'élaboration au plan régional des contrats de bonne pratique et de santé publique.

En outre, ces accords et contrats présentent aujourd'hui deux faiblesses :

Ils ne sont assortis d'aucune légitimité médicale ou scientifique, soit en amont de leur conclusion, soit en aval à titre de validation avant leur publication. Or, l'accord des parties signataires ne suffit pas à garantir leur conformité aux objectifs poursuivis ou aux indicateurs utilisés.

- Leur mise en œuvre est actuellement retardée par un dispositif lourd d'approbation. Ils sont soumis à l'approbation du ministre dans le délai de droit commun de 45 jours (qui est le délai d'approbation des conventions ou de leurs avenants) C'est pourquoi il est proposé de conférer à la CNAMTS un pouvoir de mise en œuvre directe des accords et contrats nationaux et de lui transférer, pour les accords et contrats régionaux, le pouvoir d'approbation actuellement exercé par le ministre. A cet effet, ces contrats seront désormais des instruments distincts des conventions nationales entre l'assurance maladie et les professions de santé.

L'ensemble des accords et contrats devront avoir reçu l'avis favorable de l'ANAES. Une telle intervention est nécessaire pour garantir que les objectifs de ces dispositifs contractualisés restent validés scientifiquement. En cas de recours au pouvoir de substitution du Ministre prévu par l'article L.162-12-19, la consultation de l'ANAES sera également prévue.

Un tel dispositif permettra de redynamiser et généraliser ces dispositifs et de leur donner une plus grande légitimité médicale.

Mise en place du dossier médical partagé

Les enjeux du dossier médical partagé sont nombreux : améliorer la coordination des soins et encourager l'émergence de formes nouvelles d'exercice de la médecine (mise en commun d'informations au sein des structures hospitalières, échange d'information dans les réseaux de soins entre la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social...) d'une part, aller vers une plus grande responsabilisation des patients et des médecins d'autre part.

Les expériences à l'étranger sont nombreuses et concluantes. Le dossier médical partagé permet une meilleure qualité des soins à travers une bonne coordination des professionnels. Cette coordination permet par ailleurs d'éviter des actes inutiles.

Le professeur Marius Fieschi a remis en juin le rapport de son groupe de travail sur le dossier médical partagé. Ce rapport avait été demandé par le ministre de la santé en collaboration avec la CNAMTS.

L'idée de dossier médical partagé, proposée par le professeur Fieschi, suppose le développement d' « adresses qualité santé » pour chaque patient ainsi que la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 mars 2002 autorisant l'apparition d' « hébergeurs agréés » pour des données de santé.

Le PLFSS 2004 prévoit la possibilité pour le FAQSV de financer des expérimentations pilotes qui seront mises en œuvre en concertation avec la CNAMTS, les professionnels et les représentants de patients.

Les expérimentations permettront non seulement de valider un certain nombre de choix techniques, mais aussi d'évaluer l'intérêt d'un développement plus large de ce dossier médical partagé. Il paraît en effet indispensable d'éviter l'échec du carnet de santé qui n'a été que trop peu utilisé par les patients. Le support informatique devrait néanmoins faciliter l'acceptation de ce nouvel outil.

Incitation à l'accréditation des établissements de santé

L'accréditation des établissements de santé est réalisée par l'ANAES depuis 1999. En 2002, l'ANAES a réalisé 318 visites avec 531 experts. Depuis 1999, 540 visites initiales ont été réalisées, permettant ainsi l'accréditation de 30 % environ de la capacité hospitalière française.

Il a été demandé au nouveau président de l'ANAES d'accroître le nombre d'accréditations annuelles, mais aussi de modifier la procédure d'accréditation pour aboutir à une véritable évaluation des pratiques professionnelles.

La réussite de l'ANAES dépendra fortement de la volonté des établissements à se mobiliser. Il serait donc souhaitable de les y encourager financièrement puisqu'ils ne peuvent prétendre, suite à l'accréditation, à aucun supplément de revenus.

Le PLFSS 2004 prévoit, dans le cadre de la nouvelle tarification des établissements, une dotation spécifique pour tous les établissements volontaires pour expérimenter l'évaluation des pratiques professionnelles qui sera au cœur de la nouvelle version de la procédure. Les actions permettant d'acquérir les compétences nécessaires dans ce domaine (formations, consultants extérieurs) devraient constituer l'essentiel des dépenses auxquelles les établissements auront à faire face.

L'hypothèse retenue pour 2004 consiste à accompagner financièrement 50 établissements publics ou privés qui se porteraient volontaires pour expérimenter la nouvelle version médicalisée du manuel d'accréditation pendant le premier semestre 2004. Cette mesure serait un signal fort dans la mesure où la précédente expérimentation visant à valider la première version du manuel d'accréditation n'avait pas été accompagnée financièrement.

Une enveloppe de 7,6 millions d'euros est dégagée à cette fin pour l'année 2004. Les ressources préalablement définies au niveau national seront attribuées aux régions qui contracteront avec les établissements concernés sur la base d'un cahier des charges établi par l'ANAES. Les versements seraient effectués par la caisse des dépôts et consignations sur la base d'une attestation de l'ANAES justifiant le service rendu.

Pour financer cette mesure, le PLFSS 2004 prévoit un élargissement des missions de fonds de modernisation des établissements publics et privés (FMESPP).

Clarification des règles d'exonération du ticket modérateur liées aux actes dont la cotation est supérieure à 50

Les dépenses en ville exonérées de ticket modérateur ont augmenté de 11,2 % en 2002 soit deux fois plus vite que les dépenses non exonérées. Un tel différentiel conduit à s'interroger sur les règles actuelles de l'attribution des exonérations et notamment celles liées à un acte ou une série d'actes dont le coefficient global est égal ou supérieur à 50.

D'après un arrêté du 27 juin 1955, la participation de l'assuré est supprimée à l'occasion de tout acte (ou série d'actes) affecté à la NGAP d'un coefficient global supérieur ou égal à 50.

Cette disposition vise essentiellement les actes thérapeutiques de nature chirurgicale et quelques actes de diagnostic. L'exonération concerne non seulement l'acte (ou la série d'actes) dont le coefficient global est supérieur ou égal à 50, mais également tous les soins directement liés et nécessaires à cet acte y compris l'hospitalisation. Par exemple, lorsque l'acte exonérant est réalisé au cours d'une hospitalisation, l'exonération couvre aussi bien la période d'hospitalisation que les actes et prestations (médicaments, transport, hospitalisation) consécutifs pour autant qu'ils aient un lien avec l'acte exonérant.

La question du lien est la difficulté de la règle actuelle. La notion de lien peut être entendue de manière plus ou moins restrictive. Les pratiques des caisses d'assurance maladie, qui reposent sur des circulaires de la CNAMTS, sont par nature diverses.

Les ordonnances de 1967 ont fixé les conditions d'exonération du ticket modérateur (cf. article L. 322-3 du CSS). Des décrets en conseil d'état devaient préciser clairement les règles. En l'absence de ces décrets, les règles de 1955 continuaient à s'appliquer.

Depuis 1967, cette situation a perduré. La croissance forte des actes exonérés de ticket modérateur ces dernières années nécessite un réexamen et une rationalisation des règles d'exonération de plus en plus coûteuses et appliquées de manière inégale.

La mesure proposée vise à clarifier le champ de l'exonération en la ciblant sur les actes les plus coûteux, c'est-à-dire les actes dont la cotation est supérieure à 50 et aux soins réalisés dans les seules périodes d'hospitalisation au cours de laquelle l'acte est réalisé ou consécutives à cette hospitalisation, lorsque l'acte initial est réalisé à l'hôpital.

En effet, ce sont ces soins qui sont les plus coûteux, puisque le ticket modérateur moyen pour un séjour hospitalier est de 100 euros alors que le ticket modérateur d'une consultation en ville est de l'ordre de 6 à 7 euros.

Cette révision des règles d'exonération ne remet pas en cause le bénéfice de l'exonération du ticket modérateur à un autre titre (titulaire d'une pension d'invalidité, ALD etc). La mesure est donc notamment sans impact sur les personnes atteintes de maladies graves et dont le ticket modérateur est exonéré au titre de leur affection de longue durée (ALD).

Quelques exemples permettent de mieux comprendre la portée de cette mesure :

- Pour une personne qui se fracturerait la main et dont le traitement serait coté en K 45 (la cotation dépend de la gravité), aucune exonération n'est aujourd'hui prévue et la situation ne changera pas.
- Pour une fracture plus grave, cotée en K 55 nécessitant un séjour hospitalier, l'ensemble du séjour restera exonéré à 100%. En revanche, les séances de kinésithérapie et un éventuel traitement médicamenteux suivant cette hospitalisation ne seront pas exonérés totalement de ticket modérateur, le taux normal de remboursement sera désormais appliqué. Le coût en sera assez modique pour le patient et sera pris en charge, dans 92 % des cas, par une couverture complémentaire.
- Dans le cas d'une chute importante, qui conduirait à une hospitalisation de plusieurs jours, suivie d'un séjour hospitalier en rééducation (SSR), l'ensemble des soins resteront exonérés à 100%.

Augmentation du forfait journalier à l'hôpital

Le forfait journalier correspond à la participation financière des patients aux frais d'hébergement et d'entretien liés à l'hospitalisation lorsque celle-ci dure plus d'une journée. Il est fixé à 10,67 €

Ce forfait n'est pas pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale, sauf dans certains cas particuliers (les enfants et adolescents handicapés hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle, des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, des bénéficiaires de l'assurance maternité).

Le forfait a été augmenté pour la dernière fois le 1^{er} janvier 1996. Son montant n'a pas évolué avec l'inflation. Il est donc prévu de procéder à une revalorisation de son montant de 10,67 à 13€ ce qui constitue principalement un rattrapage par rapport à l'évolution de la richesse nationale.

Dans une période où les hôpitaux doivent faire face à des contraintes organisationnelles et financières très fortes notamment du fait de la mise en œuvre des 35 heures, il est logique de faire contribuer, de façon raisonnable, l'ensemble des usagers du service public hospitalier pour accompagner la modernisation de l'hôpital et lui permettre de faire face aux besoins de santé de la population.

Cette mesure ne remet pas en cause l'égal accès aux soins puisque les bénéficiaires de la CMU complémentaire, c'est-à-dire les plus défavorisés, n'en supporteront pas la charge.

Par ailleurs, le forfait journalier pour une hospitalisation en hôpital psychiatrique passe lui de 10,67 € à 9 €. Cela permet de ne pas pénaliser les malades notamment ceux qui alternent hospitalisation et intégration sociale en ville.

Réduction de la marge des grossistes répartiteurs

La marge des établissements de vente en gros est réglementée par arrêté. Elle est dégressive et correspond à 10,74% du prix fabricant hors taxe pour la partie du prix fabricant comprise entre 0 et 22,90 euros et 6% pour la partie du prix au-delà de 22,90 euros.

Or le coût de distribution varie moins en fonction du prix du médicament distribué que de sa taille, de son poids ou de contraintes particulières (produits réfrigérés, stupéfiants...). Le dispositif actuel n'est donc pas satisfaisant en ce qu'il conduit à renchérir de manière injustifiée le coût de distribution pour les molécules les plus onéreuses.

Cette situation devait d'autant plus être modifiée que l'on assiste à une croissance du segment des médicaments les plus coûteux. Celle-ci s'explique par les coûts de développement croissants des médicaments récents, par l'effet de structure qui conduit les médecins à délaisser les molécules anciennes vers des produits plus récents, et par l'apparition de molécules ciblées pour un nombre réduit de patients. Enfin, la sortie prochaine du décret organisant la rétrocession devrait conduire au transfert vers les officines de nombreuses molécules extrêmement coûteuses.

La mesure vise donc à modifier les taux de rémunération et à créer une troisième tranche assortie d'un taux de rémunération moindre. Cette mesure devrait rapporter à l'assurance maladie une économie de 100 millions d'euros.

Economies dans le domaine du médicament et dispositifs médicaux

La liste des produits remboursables n'a pas dans le passé fait l'objet d'une gestion suffisamment active. Cette insuffisante gestion a eu pour conséquences de laisser subsister des distorsions coûteuses pour l'assurance maladie.

Certains médicaments ou dispositifs sont pris en charge à des taux supérieurs à ceux auxquels sont pris en charge des médicaments comparables. Certains médicaments ont été commercialisés dans le but de faire obstacle à la progression du générique. C'est la politique de contournement du générique récemment dénoncée par la CNAMTS. Des obstacles juridiques enfin entravent en France l'émergence de nouveaux produits génériques alors qu'ils sont commercialisés ailleurs en Europe.

Le gouvernement souhaite poursuivre sa politique qui vise à payer au meilleur prix les produits en fonction de leur service médical rendu et à promouvoir chaque fois que possible l'usage de molécules moins onéreuses. Il corrige ces anomalies en prenant les mesures appropriées qu'elles soient législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Le gain attendu pour l'assurance maladie de ces mesures est de 100 millions d'euros.