

Chapitre I

Les dépenses de la sécurité sociale

PRESENTATION

Les dépenses des régimes de base de la sécurité sociale, au sens de la loi de financement, se sont élevées à 331,9 Md€ en 2003, après 316,9 Md€ en 2002, soit une progression de 4,8 %.

L'année 2003 met en évidence, comme les années passées, les évolutions contrastées des dépenses des différentes branches : à la relative modération des dépenses des branches famille (+ 3,8 %) et retraite (+3,5 %) peut être opposée la forte croissance des dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM (+6,3 %).

Le chapitre dresse un bilan de l'évolution des dépenses sociales, au sens de la loi de financement, depuis quatre ans et analyse l'évolution observée en 2003, en insistant sur les dépenses d'assurance maladie. Comme les années précédentes, l'ONDAM qui avait été arrêté par le Parlement pour 2003 à un niveau particulièrement élevé (123,5 Md€) a été pourtant dépassé (124,6 Md€) en exécution, ce qui pose la question de l'efficacité des dispositifs de régulation.

Les évolutions observées en 2003 confirment le constat établi par la Cour les années passées : les prévisions sont largement déficientes et les instruments mis en œuvre pour réguler les dépenses inefficaces.

I - L'évolution des dépenses de la sécurité sociale depuis quatre ans

L'évolution des dépenses de la sécurité sociale depuis 2000 est examinée à partir des concepts et agrégats de la loi de financement, et non de ceux des comptes nationaux. Le périmètre de la sécurité sociale, au sens de la loi de financement, est en effet spécifique, de sorte que les évolutions retracées ici peuvent être légèrement différentes de celles issues des comptes nationaux ou des comptes de la sécurité sociale, tels qu'établis pour la commission des comptes¹.

Deux enseignements majeurs se dégagent de l'examen des dépenses depuis 2000. Les dépenses ont toujours excédé l'objectif fixé chaque année. Ce dépassement a constamment été supérieur à 2 Md€ (en 2003 il est de 2,5 Md€ contre 4,9 Md€ en 2002, 2,9 Md€ en 2001 et 2,1 Md€ en 2000). Au total, les dépassements cumulés depuis 2000

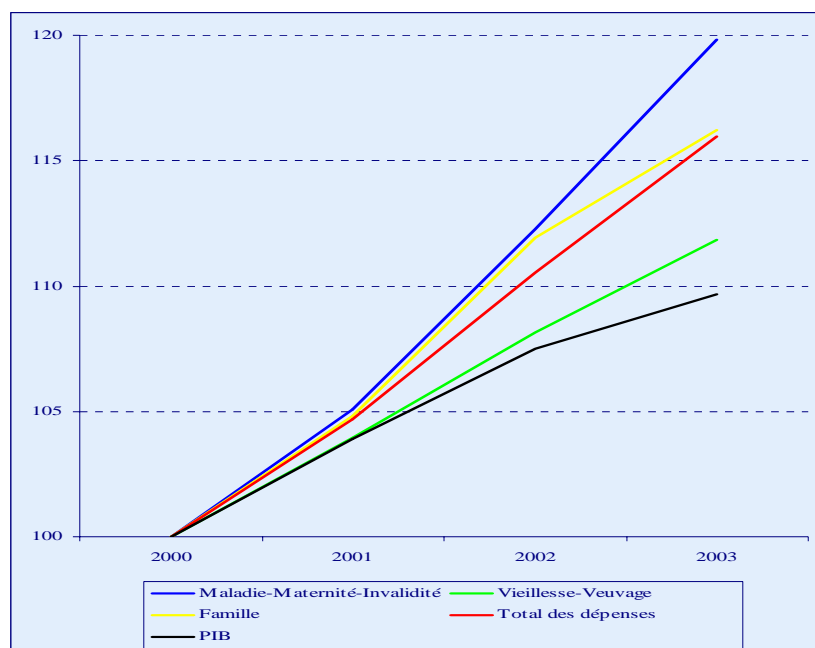
1. Sur les différences entre tous ces cadres, voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001.

représentent 12,4 Md€ Sur ces 12,4 Md€ de dépassement, 12 Md€ sont dus aux dépenses d'assurance maladie.

Il en est résulté que, sur la période examinée, la part de l'ensemble des dépenses de la sécurité sociale dans le PIB (dans le périmètre de la loi de financement) a progressé fortement (20,2 % en 2000 et 21,3 % en 2003), tout comme celle des dépenses d'assurance maladie (7,8 % du PIB en 2000 et 8,8 % en 2003).

Le second enseignement majeur de ces évolutions sur quatre ans se dégage d'une comparaison entre les différentes branches de la sécurité sociale. Depuis 2000, la croissance des dépenses de retraite (+11,8 %) et d'accidents du travail (+11,9 %) a été proche de celle du PIB (+9,7 %) alors que celle des dépenses de maladie a été beaucoup plus soutenue (22,4 % pour l'assurance maladie). L'augmentation des dépenses de la branche famille s'est située à un niveau intermédiaire (+16,3 %)².

Evolution des dépenses de sécurité sociale dans le champ LFSS, et du PIB (base 100 en 2000)



2. Ces taux d'évolution ont été calculés en tenant compte du fait qu'au début de la période, les évaluations étaient en encaissement-décaissement et en fin de période en droits constatés.

Les dépenses des régimes de base dans le champ LFSS

(En Md€)

Objectifs	Encaissements-décaissements*		Droits constatés	
	2000	2001	2002	2003
Maladie-Maternité-Invalidité	111,4	117,3	125,4	136,4
Accidents du travail	8,4	8,6	8,5	9,4
Vieillesse-Veuveage ⁽¹⁾	122,4	126,6	136,1	140,4
Famille ⁽²⁾	40,2	42,2	42,0	43,6
Total de s objectifs de dépenses	282,4	294,7	312,0	329,7
ONDAM (rappel)	100,4	105,9	112,8	123,5
Réalisations	2000	2001	2002	2003
Maladie-Maternité-Invalidité - encaissements-décaissements - droits constatés	114,2 <i>115,4</i>	120,4 <i>121,3</i>	129,6	138,2
Accidents du travail - encaissements-décaissements - droits constatés	8,1 <i>7,9</i>	8,5 <i>8,8</i>	9,3	9,8
Vieillesse-Veuveage ⁽¹⁾ - encaissements-décaissements - droits constatés	121,9 <i>125,9</i>	126,9 <i>130,9</i>	136,1	140,5
Famille ⁽²⁾ - encaissements-décaissements - droits constatés	40,3 <i>37,3</i>	41,8 <i>39,2</i>	41,8	43,4
Total des dépenses - encaissements-décaissements - droits constatés	284,5 <i>286,6</i>	297,6 <i>300,0</i>	316,9	331,9
ONDAM (rappel) - encaissements-décaissements - droits constatés	103,0	108,8 <i>108,9</i>	116,7**	124,6
Pour mémoire : PIB ⁽³⁾	1 420,1	1 475,6	1 526,8	1 557,2

Source : rapports de la Cour et direction de la sécurité sociale

(1) Ensemble des régimes de retraite de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, c'est-à-dire à l'exception des régimes complémentaires obligatoires (notamment AGIRC et ARRCO).

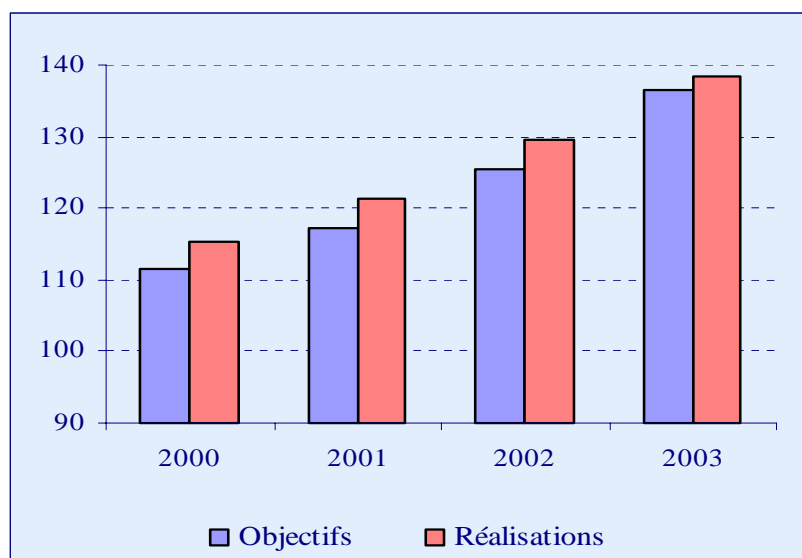
(2) Les dépenses qui apparaissent dans la LFSS au titre de la famille comprennent l'AAH mais n'incluent pas le transfert à la CNAV au titre de l'AVPF.

(3) Source : INSEE

* Dans cette colonne, les chiffres en italiques correspondent à des séries en droits constatés. ** Hors rebasage lié aux effets de champ (voir infra section II)

Les dépenses de sécurité sociale maladie-maternité-invalidité dans le champ LFSS

En Md€



Source : LFSS 2000 à 2003

II - Les dépenses de l'assurance maladie

L'ONDAM et ses composantes.

La loi du 22 juillet 1996 a prévu que, chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires, un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année suivante. Cet objectif englobe toutes les prestations légales pour les risques maladie, maternité et accidents du travail, à l'exclusion des indemnités journalières versées au titre de la maternité et des rentes d'accidents du travail. Il ne constitue pas une enveloppe limitative mais un outil de suivi et de régulation des dépenses. Après son vote par le Parlement, il est décliné en cinq sous-objectifs pour la métropole (soins de ville, établissements sanitaires publics, établissements médico-sociaux, cliniques privées, réseaux de soins), auxquels s'ajoutent des évaluations des prestations remboursées, d'une part, aux français de l'étranger et, d'autre part, dans les DOM, ainsi qu'une réserve dénommée marge de manœuvre.

L'objectif de dépenses de soins de ville est décomposé entre des « dépenses déléguées », dont la gestion est déléguée à la CNAM et un

poste « autres soins de ville » placé sous la responsabilité de l'Etat. Les dépenses déléguées englobent les honoraires des professions de santé et les transports sanitaires. Les « autres soins de ville » comprennent les médicaments, les dispositifs médicaux et les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail.

Depuis 2004, pour permettre la mise en place de la tarification à l'activité, l'enveloppe établissements sanitaires publics est décomposée en trois sous-enveloppes (cf. infra). Sont d'abord distingués, d'une part, un objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, d'autre part, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé ; la troisième sous-enveloppe est un objectif de dépenses pour les autres activités, notamment la psychiatrie, les soins de suite et les unités de soins de longue durée qui ne relèveront pas de la tarification à l'activité.

L'enveloppe établissements médico-sociaux comprend, quant à elle, deux sous-enveloppes « personnes âgées » et « personnes handicapées ».

Le déficit de l'assurance maladie, pour le régime général seul, qui était de 2,1 Md€ en 2001 et de 6,1 Md€ en 2002, est passé à 11,9 Md€ (hors éléments exceptionnels)³ en 2003, soit au niveau prévu par la Cour dans son rapport de 2003⁴. Il représente ainsi 9,5 % des dépenses effectives de 2003 entrant dans le champ de l'ONDAM, alors que le déficit de 2002 en représentait 5,5 %.

Les développements qui suivent évoquent d'abord l'ONDAM pour 2003 et son exécution, ainsi que l'évolution globale des dépenses d'assurance maladie pendant cet exercice. Ils analysent ensuite les principales enveloppes de l'ONDAM, puis l'évolution de quatre postes dont la croissance est très rapide.

A – L'ONDAM 2003 et l'évolution d'ensemble des dépenses d'assurance maladie

Pour 2003, la loi de financement avait fixé l'ONDAM à 123,52 Md€. Les dépenses effectives se sont élevées à 124,76 Md€⁵. L'objectif a ainsi été dépassé de 1,24 Md€

3. Les modalités d'établissement de ce résultat sont exposées au chapitre III.

4. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003 p. 161.

5. Chiffres provisoires figurant dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2004, p. 92. Selon les indications fournies par la DSS, en août 2004, le dépassement de 2003 serait en fait ramené à 1,1 Md€

Ce dépassement est trois fois inférieur à celui de 2002 qui s'élevait à 3,9 Md€ Il est le plus faible depuis celui enregistré en 1997.

Dépassements de l'ONDAM

En Md€

Année	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total 1997 à 2003
Dépassement	-0,110	1,486	1,548	2,649	2,190	3,901	1,238*	12,902*

Source : Cour des comptes.

* Provisoire

Le meilleur respect de l'objectif tient notamment à ce qu'il avait été fixé à un niveau plus réaliste, mettant le Parlement en état de se prononcer en meilleure connaissance de cause. Il n'en reste pas moins que l'évolution des dépenses a été très forte et qu'ont subsisté des problèmes importants dans la présentation de la loi de financement au Parlement.

1 – Une évolution des dépenses aussi forte qu'en 2002

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM

En Md€

	Dépenses effectives	Progression	En %
2000	103,00		
2001	108,77	5,77	5,6 %
2002	116,70	7,97	7,3 %
2003	124,76	8,06	6,9 %

Source : Cour des comptes

L'augmentation de 2003 est en pourcentage un peu inférieure à celle, exceptionnellement forte, de 2002, mais, en montant, elle est la plus forte jamais enregistrée depuis 1997.

Si la progression des dépenses s'était poursuivie en 2002 et 2003 au rythme moyen des cinq années précédentes, soit 3,9 %, elle aurait été inférieure de 7,5 Md€ à ce qu'elle a été en fait. L'accélération des dépenses sur ces deux années représente donc 60 % du déficit constaté à fin 2003. Dans la même hypothèse et pour la seule année 2003, le déficit aurait progressé de 1,5 Md€ entre 2002 et 2003 au lieu de 5 Md€ Ces chiffres confirment que l'évolution des dépenses constitue la source majeure du déficit, comme la Cour l'a souligné dès septembre 2003.

La croissance des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM pour la seule année 2003, déflatée de la hausse des prix, est 2,7 fois supérieure à ce qui aurait dû résulter des objectifs indiqués au Parlement dans les trois programmes triennaux de stabilité qui lui ont été successivement présentés et qui englobaient l'année 2003⁶.

2 – Une progression des dépenses fortement majorée par des facteurs extérieurs à l'évolution des soins

Sur les 8,06 Md€ de croissance des dépenses effectives de 2002 à 2003, une proposition élevée tient à des décisions prises par les pouvoirs publics, les plus importantes dans les années antérieures et d'autres au moment de la préparation de la loi de financement pour 2003.

C'est tout d'abord sur 2003 qu'avait été reporté l'effet essentiel de la mise en œuvre de l'ARTT et des protocoles hospitaliers conclus en 2001 et 2002 : 528,4 M€ au titre des protocoles, 1 299 M€ au titre de l'ARTT, soit au total 1 827 M€⁷ s'ajoutant aux mesures déjà entrées les années antérieures dans la base des dépenses hospitalières, à hauteur de 207,7 M€ en 2000, 314,8 M€ en 2001 et 1 033,7 M€ en 2002⁸.

Pesait aussi sur 2003 le solde de l'effet en année pleine des hausses exceptionnellement fortes d'honoraires consenties en 2002, soit 435 M€ dont 242 M€ pour les hausses consenties aux médecins⁹.

La remise demandée à l'industrie pharmaceutique étant comptabilisée en atténuation de dépenses et non en recettes, sa baisse de 48 M€ en 2003 a majoré d'autant les dépenses¹⁰.

Enfin, les transferts de charges effectués depuis le budget de l'Etat vers l'assurance maladie ont accru les dépenses de 544 M€

Cet ensemble de décisions a majoré de 2,9 Md€ les dépenses de 2003, ce qui représente 36 % de leur hausse globale et 2,5 points de croissance de l'ONDAM. Hors ces décisions, les dépenses se seraient

6. En croissance cumulée sur trois ans, la programmation pluriannuelle des dépenses publiques prévoyait une croissance des dépenses d'assurance maladie de 4,5 % en volume entre 2001 et 2003 et de 5,5 % entre 2002 et 2004 ainsi qu'entre 2003 et 2005.

7. Compte non tenu des effets de l'ARTT sur les cliniques privées et les établissements médico-sociaux.

8. La base de dépenses se trouvera encore majorée de 881,6 M€ en 2004 et 365,8 M€ en 2005.

9. Chiffre de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2004, p. 93.

10. Cette remise est passée de 180 à 132 M€. La Cour a critiqué ce mode de comptabilisation dans son rapport de 2003.

accrues de 5,174 Md€ soit de 4,4 %, donc beaucoup plus près de la tendance moyenne des dépenses pendant les années 1997 à 2001. L'activité de soins proprement dite, c'est-à-dire hors indemnités journalières, a augmenté de 4,2 %.

Cette analyse permet aussi de constater que le report des conséquences de certaines décisions, notamment des effets de l'ARTT et des protocoles hospitaliers, affecte profondément le profil de l'évolution des dépenses de 2002 à 2003.

3 – Une progression des dépenses minorée par la présentation de la loi de financement

L'ONDAM initial pour 2003 (123,5 Md€) est en croissance de 9,5 % par rapport l'ONDAM initial de 2002 (112,8 Md€). Cette progression va très au-delà de la hausse de 5,3 % annoncée par le ministre lors du débat parlementaire relatif à la LFSS le 28 octobre 2002¹¹.

Cette différence résulte de la pratique de rebasage, appliquée depuis la loi de financement pour 2000, que la Cour a mise en évidence et dont elle a critiqué les modalités dans son rapport de septembre 2003¹². Le taux de croissance d'un ONDAM à l'autre est en effet calculé entre l'ONDAM « révisé » de l'année N-1 et l'ONDAM fixé pour l'année N et non d'un ONDAM initial à l'autre. Ce rebasage fausse la perception de l'évolution réelle des dépenses en minorant le taux de croissance de l'objectif des dépenses. L'objectif révisé de 2002 a ainsi été fixé par la loi de financement pour 2003 à 116,7 Md€ soit une augmentation de 3,9 Md€ par rapport à l'ONDAM initial fixé dans la LFSS pour 2002. Ce rebasage qui minore de 3,5 % le taux de croissance affiché entre l'objectif de 2002 et celui de 2003 est le plus important jamais effectué.

Certes, la Cour estime nécessaire de fonder le calcul de l'ONDAM sur des bases réalistes tenant compte du niveau des dépenses atteint en fin d'année précédente. Mais la révision de l'objectif lui-même n'a de sens que si elle intervient dans une LFSS rectificative à un moment de l'année où des mesures peuvent encore être prises pour éviter ou limiter les dépassements. La pratique actuelle a pour effet de ne pas faire apparaître la réalité de l'évolution des dépenses.

11. Par ailleurs, les données figurant dans la LFSS de 2003 étaient de 123,5 Md€ pour l'ONDAM 2003 initial et de 116,7 Md€ pour l'ONDAM révisé de 2002 ce qui correspond en fait à une variation de 5,8 %. La différence avec les 5,3 % annoncés résulte d'un rebasage supplémentaire lié à des dépenses transférées du budget de l'Etat à l'assurance maladie d'un montant de 544 M€

12. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003 p.177.

Pour leur part, les dépenses effectives sont passées de 116,7 Md€ en 2002 à 124,8 Md€ en 2003 soit une augmentation de 6,9%.

4 – Une quasi-absence de mesures de maîtrise

Malgré la perspective d'une très forte augmentation des dépenses, la LFSS pour 2003 n'a comporté qu'une mesure d'effet rapide allant dans le sens de la maîtrise des dépenses, la création du tarif forfaitaire de remboursement des médicaments dans certaines des classes thérapeutiques où existent des produits génériques. Les conséquences de cette mesure (qui sont examinées infra au chapitre XI) ne pouvaient être que limitées sur l'exercice 2003 puisque celle-ci ne devait prendre effet qu'en octobre.

5 – L'évolution relative des grandes enveloppes de l'ONDAM en 2003

Evolution des composantes de l'ONDAM¹³

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Soins de ville	5,7 %	4,4 %	6,6 %	7,8 %	7,8 %	7,5 %
Etablissements	2,5 %	2,5 %	3,0 %	4,2 %	6,4 %	5,2 %
dont :						
hôpital	1,6 %	2,3 %	3,3 %	3,7 %	5,9 %	4,8 %
cliniques privées	3,4 %	2,9 %	0,6 %	4,1 %	7,3 %	5,5 %
médiaco-social	6,4 %	3,3 %	3,5 %	7,4 %	8,7 %	6,6 %
ONDAM	4,0 %	3,3 %	4,7 %	5,8 %	7,2 %	6,4 %

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Ces évolutions appellent quatre commentaires.

En premier lieu, la croissance est forte pour toutes les enveloppes. Chacune a continué à progresser, comme depuis 2001, à un rythme sensiblement supérieur à la moyenne des années antérieures.

En second lieu, les dépenses de soins de ville ont à nouveau augmenté nettement plus que celles des établissements et notamment des hôpitaux. L'écart constaté en 2003, soit 2,7 points, est proche de la moyenne des six dernières années, qui est de 3 points, bien que les dépenses hospitalières aient, on l'a vu, intégré en 2003 une part très lourde des dépenses liées à l'ARTT et aux protocoles hospitaliers.

13. Cette série en dépenses rebasées diffère de celle des dépenses effectives présentées supra.

Parmi les établissements, les dépenses afférentes aux cliniques ont à nouveau progressé plus rapidement que celles des hôpitaux. L'écart atteint 2,5 points sur la période 2001-2003, alors que les dépenses des deux catégories d'établissements avaient progressé de manière globalement équivalente de 1998 à 2000.

Les dépenses de l'enveloppe médico-sociale ont été inférieures de 40 M€ à l'objectif. La sous-consommation s'élève à 120 M€ pour la sous-enveloppe handicapés. Elle a été en partie compensée par un dépassement de 90 M€ de la sous-enveloppe personnes âgées. Pour cette dernière, la croissance de 11,7 % des dépenses tient notamment à la réforme de la tarification et à la médicalisation des établissements, à hauteur de 6,5 points environ, et aussi, pour 4 points, à des mesures de revalorisation des rémunérations.

Les dépenses dans les DOM augmentent de 12 %, soit 316 M€ avec un écart de 200 M€ par rapport à l'objectif. Cet écart équivaut, par exemple, au dépassement constaté pour l'ensemble des établissements sanitaires publics de métropole. En quatre ans, la hausse atteint 47 %, soit une dépense supplémentaire proche d'1 Md€

6 – Les conditions d'élaboration de la LFSS pour 2004

a) Un dépassement vraisemblable de l'ONDAM

La loi de financement pour 2004 a fixé un ONDAM révisé de 2003 à 124,7 Md€ correspondant pratiquement aux dépenses effectives de 2003. Elle a fixé l'ONDAM 2004 à 129,7 Md€ en progression de 4 %.

Contrairement au problème relevé pour la LFSS de 2003, le taux de 4 % représente bien la progression entre l'ONDAM révisé de 2003 et l'ONDAM 2004. Le rebasage de l'objectif 2003 est, du fait même du moindre dépassement de l'ONDAM initial de 2003, très inférieur à celui de l'objectif 2002. En revanche, la pratique de la révision de l'objectif, alors que l'exercice est déjà presque clos, demeure critiquable puisqu'elle ne peut conduire à des mesures d'économie pour équilibrer le supplément de dépenses, et qu'elle a donc pour seul effet de minorer la progression apparente des charges pour l'exercice suivant. L'augmentation entre l'ONDAM initial de 2003 et celui de 2004 est de 5 %.

Le Conseil constitutionnel¹⁴ a considéré, compte tenu des explications qui lui avaient été apportées, que « l'ONDAM (2004) n'est pas entaché d'une erreur (manifeste) ; qu'en effet, sa progression... de 4 %

14. Décision du 11 décembre 2003 (considérants n° 1 à 8).

n'ignore ni l'évolution spontanée des dépenses de santé, ni l'effet des mesures nouvelles ».

Divers facteurs, dont la plupart étaient certains ou prévisibles dès le vote de la loi, amènent à conclure que l'ONDAM sera à nouveau dépassé en 2004¹⁵, presque toutes ses enveloppes devant l'être immanquablement :

- certaines décisions de la période antérieure continueront à faire sentir leurs effets, bien que de manière atténuée. Ainsi l'ARTT et les protocoles hospitaliers accroissent encore les dépenses de 881,6 M€ en 2004, soit l'équivalent de deux points d'augmentation des dépenses hospitalières ;

- pour les soins de ville, l'acquis de croissance à fin 2003 pesant par avance sur 2004 était de 3,3 %, alors que la progression de l'enveloppe résultant de la LFSS pour 2004 est de 3,4 %. Le respect de l'objectif suppose donc une quasi-stabilité de ces dépenses à partir du 1^{er} janvier 2004 ;

- dans l'enveloppe médico-sociale, l'ONDAM pour 2004 se traduit par une croissance de 8,5 % pour les personnes âgées. Cet objectif paraît peu réaliste : d'une part, en 2003 l'augmentation des dépenses effectives (11,7 %) a été beaucoup plus forte que prévu (8,7 %), d'autre part, le plan de médicalisation des établissements doit concerner 2 000 établissements en 2004, soit deux fois plus qu'en 2003¹⁶ ;

- compte tenu du niveau de dépenses enregistré fin 2003, l'enveloppe des DOM ne peut manquer d'être dépassée ;

- les particularités de l'année 2004 (année bissextile avec trois jours fériés tombant en fin de semaine) devraient entraîner un supplément de dépenses de 500 M€, soit 0,4 % de l'ONDAM prévisionnel ;

- la renonciation à certaines mesures d'économies annoncées, en particulier le remboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant, ne permettra pas de ramener l'évolution spontanée des dépenses, évaluée à 5,5 % par la commission des comptes, à 4 %.

15. De 800 M€selon le rapport de la commission des comptes de juin 2004.

16. Même en tenant compte des crédits supplémentaires apportés par le plan vieillesse et solidarité, l'objectif de 2 000 établissements ne serait compatible avec l'enveloppe personnes âgées de l'ONDAM que si une forte majorité des conventions de médicalisation n'était signée que fin décembre 2004.

b) ONDAM et objectif de branche

A côté de l'ONDAM, qui sert de base aux discussions avec les professions de santé et à la détermination des enveloppes des établissements sanitaires et médico-sociaux, la LFSS fixe un second objectif, l'objectif de branche, dont le champ est plus large. De même que pour l'ONDAM, elle fixe désormais un objectif révisé de branche pour l'exercice antérieur.

Dans la LFSS pour 2004, le taux de croissance entre l'objectif de branche révisé pour 2003 et l'objectif de branche pour 2004 est de 4 %, comme pour les ONDAM correspondants. En revanche, l'augmentation est de 5,3 % entre l'objectif de branche initial pour 2003 et celui pour 2004, contre une progression, on l'a vu, de 5 % d'un ONDAM initial à l'autre¹⁷. Cet écart de 0,3 point représente une croissance supplémentaire de 409 M€¹⁸.

Dans son rapport de 2003, la Cour a critiqué la coexistence de ces deux objectifs de dépenses d'assurance maladie non cohérents entre eux, ce qui est peu propice à la clarté de la loi de financement. De plus, des dépenses qui, en raison de leur nature, auraient dû figurer dans l'ONDAM ont en fait été intégrées dans l'objectif de branche. La LFSS pour 2004 illustre ce problème. Par exemple, à la suite des revalorisations d'honoraires de 2002 et 2003, les cotisations des professionnels de santé prises en charge par l'assurance maladie et qui équivalent à une rémunération ont augmenté de 100 M€. Cette somme n'est pas retracée dans l'ONDAM mais uniquement dans l'objectif de branche. Il en est de même, à hauteur de 247,6 M€ pour l'un des fonds (le FMES) qui contribue au financement des établissements de santé¹⁹.

SYNTHESE

L'examen de la loi de financement de 2003 et de l'évolution globale des dépenses d'assurance maladie en 2003 appelle notamment trois types de constatations.

17. Rapporté à un objectif de branche initial pour 2003 de 136,3 Md€

18. Objectif de branche 2003 : 136,3 Md€; objectif 2003 révisé : 138,1 Md€; objectif 2004 : 143,6 Md€

19. La charge nette est de 172,6 M€ si l'on fait déduction du solde du FMCP qui, en revanche, a été imputé sur l'ONDAM.

La dérive des dépenses, aussi forte qu'en 2002, est en grande partie imputable aux conséquences de décisions publiques qui se sont ajoutées à la tendance de fond de l'augmentation de la demande de soins.

Malgré la perspective d'une forte hausse, d'autant plus certaine qu'elle résultait mécaniquement de décisions prises antérieurement ou lors même de la préparation de la loi de financement, celle-ci n'a comporté qu'une mesure jouant rapidement dans le sens de l'économie, la création d'un tarif forfaitaire de remboursement pour certains médicaments.

L'ampleur de la progression prévisible des dépenses a été minorée par les modalités retenues pour la présentation de l'ONDAM dans la loi de financement et ces problèmes de présentation ont été d'une ampleur sans précédent.

Au-delà des aspects comptables, ces constats posent la question de la clarté de l'information fournie au Parlement et confirment la nécessité d'une révision en profondeur des conditions dans lesquelles la loi de financement est établie et présentée au Parlement, comme la Cour l'a souhaité dans son rapport de 2003.

L'année 2004 devrait marquer, compte tenu de l'épuisement progressif des effets différés des décisions qui avaient induit l'essentiel de l'accélération des dépenses, un retour vers les tendances antérieures, sauf engagement de dépenses nouvelles en cours d'exercice.

L'ONDAM pour 2004, fixé légèrement en dessous de cette tendance, ne tient pas compte de manière suffisamment réaliste des dernières conséquences de la période antérieure. Les mesures figurant dans la LFSS pour 2004 et celles actuellement envisagées ne devant avoir que des effets limités en 2004, il devrait donc être dépassé, malgré le ralentissement des dépenses constaté pendant les premiers mois de l'année.

B – L'évolution générale des dépenses de soins de ville

En 2003, l'ensemble des dépenses de soins de ville a progressé de 7,5 %, les dépenses déléguées de 7,2 % et les autres soins de ville de 7,6 %. La croissance des remboursements qui avait été forte les années précédentes sur les médicaments et les dispositifs médicaux l'est devenue pour les honoraires en 2002 et plus encore en 2003. Ceux-ci ont en effet augmenté de 7,9 % contre 7,1 % l'année précédente : comme l'a noté la commission des comptes de juin 2004, 5 points de cette croissance sont imputables aux effets reports des revalorisations de 2002 ; le reste l'est à de nouvelles revalorisations intervenues en 2003, mais aussi à une nette reprise du nombre d'actes. La revalorisation des tarifs des médecins en 2002 et la signature de nombreux textes conventionnels avec d'autres

professions n'ont pas empêché que, globalement, la masse des honoraires reprenne ou poursuive dès 2003 sa progression. Malgré la quasi absence de hausse tarifaire, les remboursements aux spécialistes augmentent de 5,3 %, après 4,9 % en 2002.

C – La maîtrise de certains postes de dépenses en forte croissance

La Cour a procédé à l'examen détaillé de quatre postes de dépenses : les affections de longue durée (ALD), la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), les transports et les indemnités journalières (IJ). Ce choix s'explique par la forte croissance de la population en ALD et par la forte augmentation des dépenses sur les trois autres postes qui a accru, chacune des quatre dernières années, de 1 Md€ par an en moyenne les dépenses du régime général.

Evolution des quatre postes pour le régime général

En M€

	2003	Evolution 2000-2003
ALD (soins de ville seuls)*	16 674	+41 %
LPPR	2 907	+42 %
Transports	1 782	+32 %
IJ	7 434	+32 %
Soins de ville (régime général)	48 902	+25 %
ONDAM (régime général)	101 461	+21 %

Source : CNAM – risques maladie, maternité et accidents de travail

*hors IJ servis aux assurés sociaux en ALD

1 – Les affections de longue durée

Lorsque l'assuré social a été reconnu atteint d'une des 30 affections²⁰ comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrite sur une liste établie par décret, ses dépenses de soins en rapport avec cette affection sont exonérées de ticket modérateur.

20. Deux autres situations, dites 31^{ème} et 32^{ème} maladie, sont aussi exonérées.

Les ALD constituent la première source de dépenses pour l'assurance maladie. Elles représentent 40 % des dépenses de prestations en nature dispensées en ville²¹, alors qu'elles ne concernent que 12 % de la population affiliée au régime général. Pour certains postes, comme les transports en véhicules sanitaires légers et les matériels pour traitement à domicile, cette proportion dépasse 80 %.

L'augmentation du nombre annuel de personnes admises en ALD justifie également que les dépenses correspondantes soient examinées avec une attention particulière : 896 302 admissions en 2002, contre 614 662 en 1990, soit une progression de 46 %. Au cours de cette période, les admissions ont doublé au titre du diabète et augmenté de près de deux tiers pour les hypertensions artérielles et de plus de 50 % pour les tumeurs malignes.

Les personnes âgées de plus de 75 ans entrent pour une part notable dans l'accroissement observé à partir de 2000, année au cours de laquelle a été instituée la majoration de déplacement pour les visites à domicile de patients atteints d'une ALD. Comme la Cour l'a relevé dans son rapport de 2003, cette mesure a en effet incité les médecins à placer leurs patients en ALD²².

	1998	1999	2000	2001	2002
Nbre d'admissions	719 515	720 403	830 718	868 665	896 302
Dont plus de 75 ans	163 003	168 990	237 116	236 926	237 904

Source : CNAM

Le montant de dépenses remboursé est près de neuf fois plus élevé pour les personnes en ALD que pour les autres assurés : 6 623 € contre 741 € en 2002, selon l'échantillon permanent des assurés sociaux du régime général géré par la CNAM (EPAS). Les dépenses de soins des sujets jeunes, âgés de 5 à 24 ans, dépassent 9 000 €, celles des personnes de 60 à 69 ans sont un peu supérieures à 5 100 €

21. Une estimation plus précise du coût des ALD conduirait à ne prendre en compte que le surcoût résultant, d'une part, de l'écart des taux de remboursement entre un malade remboursé à 100 % et un malade remboursé au taux normal et, d'autre part, de la consommation médicale supplémentaire induite par les ALD. Ces données ne sont cependant actuellement pas disponibles à la CNAM.

22. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003, pp. 193-194.

Les ALD sont un sujet d'autant plus sensible que tous les patients qui pourraient en relever n'en bénéficient pas. C'est le cas de 500 000 des 1 800 000 diabétiques relevant du régime général²³.

a) Les limites des éléments d'analyse disponibles

A l'exception notable d'une étude longitudinale réalisée par la CNAM en mai 2003 à partir de l'EPAS et de monographies établies par le service du contrôle médical, les ALD constituent un domaine aussi mal connu qu'important.

Le numéro de l'ALD ne figure pas sur les feuilles de soins et les protocoles inter-régimes d'examen spécial (PIRES) envoyés par les médecins traitants au contrôle médical pour provoquer la mise en ALD ne sont pas utilisés pour introduire le numéro de l'ALD dans les systèmes d'information utilisés pour la liquidation des prestations. Il n'existe en conséquence aucune base de données reliant, même de manière anonyme, le montant des remboursements et le numéro de l'ALD.

L'absence d'une donnée aussi fondamentale que le coût de chaque type d'ALD est particulièrement gênante pour toute tentative de compréhension et de régulation médicale de l'évolution des dépenses.

De même les données du stock des patients en ALD, estimé à 5,7 millions de personnes, ne peuvent être exploitées en routine en raison du maintien, dans les bases de données, de patients décédés et de l'absence d'actualisation des informations médicales concernant les bénéficiaires. Par exemple, si un patient déjà en ALD est atteint par une autre ALD, cette évolution est rarement communiquée aux caisses et encore moins exploitée. Par ailleurs, le stock n'a pas été réexaminé depuis 1994²⁴.

b) L'admission en ALD et le suivi des patients

La prise en charge de l'ALD implique obligatoirement l'intervention du contrôle médical. Elle repose sur un examen spécial, fait à la demande du médecin traitant, réalisé selon le protocole PIRES. Le médecin traitant soumet au contrôle médical les éléments de diagnostic, de pronostic et thérapeutiques. Le médecin conseil doit s'assurer que ces éléments sont suffisamment détaillés et conformes aux données acquises de la science et aux recommandations et références médicales.

23. Source : contrôle médical de la CNAM.

24. Les analyses ne peuvent être faites que par étude spéciale, à partir de l'EPAS, et avec une exhaustivité incertaine pour les hospitalisations.

Le taux de refus d'admission par le contrôle médical est en moyenne de 4,8 % en 2002, bien que le PIREs soit souvent loin d'être rédigé dans des termes précis, ce qui rend difficile son suivi en aval.

La procédure de l'ordonnancier bi-zone, qui permet de distinguer les dépenses de soins en rapport avec l'affection, par principe exonérées, et celles sans rapport, est mal respectée. En l'absence de sanctions, ce non respect est de moins en moins contrôlé : 4 222 médecins contrôlés en 1998, 2 268 en 2000, 1 498 en 2002. Selon une étude réalisée par la CANAM, entre 7 % et 12 % d'économies pourraient être réalisées sur les remboursements de soins ambulatoires aux malades d'hypertension artérielle si la partie des dépenses sans rapport avec cette affection n'était plus remboursée à 100 % mais au taux normal. Extrapolée au régime général, l'économie susceptible d'être réalisée serait pour cette seule affection de 50 M€

Le protocole de soins est théoriquement évolutif et doit être adapté en fonction de l'état de santé du malade. En pratique, les cas de révision des protocoles à l'initiative du contrôle médical sont relativement peu nombreux 180 000 en 2002 (soit 3 % de la population concernée) -donnant lieu à 2 600 sorties d'ALD- et il conviendrait de les développer.

c) Les apports et limites des évolutions en cours

La LFSS pour 2004 a donné un fondement législatif au PIREs. La question du degré de précision de ce protocole reste cependant posée : suffit-il d'un protocole « générique » ou faut-il qu'il détaille les soins exonérés ? Le Haut comité médical a été chargé, en novembre 2003, d'élaborer un référentiel médical qui servira de support à l'élaboration des protocoles, en priorité pour l'hypertension artérielle, le diabète et les troubles psychiatriques. Les travaux ont peu progressé et aucune date ne peut a fortiori être avancée pour d'éventuels référentiels sur d'autres ALD.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit de renforcer la portée du protocole qui sera opposable au médecin et au patient. Celui-ci devra le signer et le communiquer à tout médecin auquel il aura recours. Sa portée devrait également être renforcée avec l'obligation pour le médecin de certifier qu'il a pris connaissance du protocole lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement et de le réviser régulièrement.

Ces dispositions devraient favoriser une pratique plus rigoureuse de l'ordonnancier bi-zone, mais le respect de celui-ci restera fondé sur un contrôle a posteriori, nécessairement peu fréquent et lourd à mettre en œuvre, donc relativement mal adapté à la masse considérable des feuilles

de soins et des lignes de prescription. Il conviendrait de coder les affections ou les prescriptions prévues par le protocole pour permettre un contrôle a priori, c'est-à-dire au moment de la liquidation, du bien fondé de l'exonération du ticket modérateur.

Le problème des médicaments à service médical rendu faible ou insuffisant reste pendant. Or il est, par principe et sauf circonstances particulières, peu satisfaisant qu'ils bénéficient d'une exonération totale dès lors que leur usage peut se rattacher à une ALD. En extrapolant une étude régionale menée en Aquitaine, leur remboursement au taux normal de 35 % générerait une économie de l'ordre de 300 M€ pour le régime général.

2 – La liste des produits et prestations remboursables

La LPPR regroupe un nombre considérable de dispositifs médicaux, formant un ensemble très hétéroclite dans lequel on trouve, entre autres, l'optique, les appareils correcteurs de surdité, le grand appareillage podo-orthèses et orthoprothèses, les stimulateurs cardiaques et les véhicules pour handicapés.

Ce poste de dépenses augmente plus de deux fois plus vite que l'ONDAM. Les dispositifs de maintien à domicile représentent plus de la moitié du total des remboursements et enregistrent la plus forte croissance²⁵.

a) Les progrès dans l'organisation de la procédure d'admission au remboursement et leurs limites

Depuis une réforme intervenue en 2000, deux organismes consultatifs institués auprès du ministre interviennent successivement pour l'admission au remboursement :

- la commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP) émet un avis sur le service rendu, en tenant compte notamment de l'efficacité thérapeutique des produits et prestations. En principe, l'inscription est proposée sous forme d'une description générique et tout autre fabricant peut alors mettre sur le marché des produits analogues, sous réserve de répondre au cahier des charges décrit dans la LPPR. Lorsque le produit présente un caractère innovant ou que son impact financier justifie un suivi individualisé, l'inscription peut intervenir pour une durée maximale de cinq ans, sous forme de marque ou de nom commercial ;

25. Il s'agit de dépenses brutes, compte non tenu des hospitalisations évitées.

- le comité économique des produits de santé (CEPS), composé des représentants des administrations centrales et des caisses d'assurance maladie, émet un avis sur le tarif de remboursement des produits et prestations en tenant compte de l'appréciation portée par la CEPP, ainsi que des tarifs et des prix des produits comparables et des volumes de vente prévus. Il peut également proposer des prix limites de vente et conclure avec les fabricants des conventions portant sur le volume des ventes.

Ce dispositif représente un progrès par rapport à la situation antérieure où une même instance effectuait à la fois l'évaluation technico-médicale et économique et où n'existait pas d'instance formalisée de délibération sur les prix et tarifs. Il présente cependant plusieurs limites.

La CEPP, dont le secrétariat est assuré par l'AFSSAPS, n'a que des moyens propres limités à sept évaluateurs et a fréquemment recours à des experts extérieurs. Elle a élaboré une méthodologie rigoureuse, mais elle ne peut réaliser elle-même d'enquête. Elle est très largement tributaire de l'information fournie par les fabricants qui est souvent incomplète et inégale. Dans ces conditions, il lui est souvent difficile de porter une appréciation sur les produits ou prestations qui n'apportent qu'une amélioration modérée ou mineure, alors que ce classement détermine ensuite le tarif de remboursement.

Le CEPS dispose également de moyens très réduits : une personne à temps plein et une à temps partiel sont affectées aux missions relatives à la LPPR. La fixation des tarifs devrait prendre en compte les coûts de fabrication et d'installation des dispositifs, ce que ne prévoit plus la réglementation. Elle devrait être précédée des enquêtes nécessaires. A défaut, les tarifs sont souvent fixés de manière approximative. Ainsi, pour les audioprothèses pour enfants, les tarifs appliqués par le comité incorporent un coefficient forfaitaire de 1,957 entre le prix du produit et la facturation totale incluant la pose, qui n'a pas été révisé depuis de très nombreuses années, alors que les matériels ont fortement évolué. La méconnaissance des volumes vendus et des prix pratiqués sur le marché, en l'absence persistante de codage des produits et prestations, est également gênante pour la fixation des tarifs et des prix.

b) Des règles mal adaptées

La non dissociation entre la rémunération des matériels et celle d'actes de pose tels que l'adaptation d'une audio-prothèse est source d'opacité dans la tarification et dans les rémunérations respectives des fabricants et des professionnels de santé.

En outre, aucune information du CEPS n'est obligatoire lorsque le fabricant souhaite la prise en charge de son nouveau dispositif mais qu'il ne revendique pas d'amélioration du service rendu par rapport à une ligne générique existante.

c) Les problèmes dans la pratique de la réglementation

En matière de prix de vente, trois situations sont possibles : soit il est égal au tarif de remboursement, soit il est libre, soit enfin est fixé un prix de vente supérieur au tarif de remboursement. Lorsque le prix de vente est libre, il peut en résulter des écarts importants avec les tarifs, situation bien connue par exemple dans le cas des lunettes. Pour les matériels particulièrement indispensables dans un état de santé dégradé, la possibilité de fixer des prix limites de vente ne devrait pas être écartée quand la voie conventionnelle ne permet pas de déboucher sur des accords avec les professionnels sur les prix.

En principe, un nouveau dispositif ne peut être inscrit sur la LPPR que s'il apporte une amélioration ou permet une économie de traitement. En pratique, la majorité des dispositifs qui n'apportent pas d'amélioration sont inscrits au même prix que les produits existants, ce qui empêche les économies d'échelle et la réduction des coûts pour l'assurance maladie. Les baisses de tarif sur les lignes génériques sont par ailleurs encore peu nombreuses. Enfin, il n'est pas effectué de retrait de la liste qui, de la sorte, n'est pas actualisée en fonction de l'obsolescence des dispositifs.

d) Une utilisation insuffisamment guidée et encadrée

Le respect des spécifications techniques des dispositifs médicaux est essentiel. Or il n'est quasiment pas contrôlé. En aval, la procédure d'agrément des établissements en cours pour la pose de certains dispositifs implantables devrait permettre de mieux encadrer cette pose, mais des problèmes existent aussi pour les dispositifs eux-mêmes²⁶.

Par ailleurs les indications de la LPPR ne sont pas rigoureusement suivies. Ainsi, selon une enquête réalisée par la CPAM de Marseille, 60 % des stents à libération de principe actif²⁷ seraient posés en dehors des indications de la LPPR. Des constats analogues concernent les

26. Une enquête déjà ancienne de la CPAM de Reims concluait à un taux de 20 % d'anomalies dans la pose des dispositifs implantables.

27. Un stent est un conduit semi-rigide introduit dans une artère occluse, après dilatation, pour maintenir le flux sanguin. Les stents à libération de principe actif, nettement plus chers, luttent contre les réactions inflammatoires qui tendent à reboucher l'artère.

anneaux gastriques et les endoprothèses aortiques. Il n'est pas établi après l'avis de la CEPP, l'équivalent de ce que sont, pour les médicaments, les fiches de transparence. Les prescriptions rédigées dans des termes très généraux peuvent entraîner des surcoûts : en l'absence d'encadrement précis par la prescription, le fournisseur est libre de choisir le dispositif sur lequel il réalise la plus grosse marge sans que celui-ci réponde à un besoin médical. Ainsi, pour l'aérosolthérapie, il existe plusieurs lignes de nomenclature pour la location de l'appareil selon la durée du traitement (4 semaines, moins de 65 semaines, plus de 65 semaines). Le médecin, s'il ne connaît pas cette différence de tarif, prescrit pour quatre semaines. Le pharmacien facturera donc tous les mois à partir d'une nouvelle prescription sur la base de ce tarif qui est le plus élevé. En outre, les médecins ne signalent pas systématiquement le caractère non remboursable des produits et prestations qu'ils prescrivent en dehors des indications.

Les réformes en cours devraient améliorer l'utilisation des dispositifs médicaux par les établissements de santé : dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité, la prise en charge des dispositifs les plus coûteux, en sus des tarifs des groupes homogènes de séjour tant dans les établissements publics que privés, sera subordonnée à la conclusion d'accords de bon usage avec les agences régionales d'hospitalisation. Cette réforme laisse toutefois pendants les problèmes liés à l'utilisation des dispositifs dans le cadre de la médecine de ville.

3 – Les transports de malades

Les frais de transport pris en charge par l'assurance maladie correspondent à des transports sanitaires (74 % en 2003) et à des transports non sanitaires (26 %). Les premiers comprennent deux catégories, les ambulances (40 %) et les véhicules sanitaires légers (VSL, 34 %). Les seconds comportent les taxis (22 %), les transports en commun et les véhicules personnels (4 %).

Les frais de transport en ambulance et plus encore en taxi ont connu des taux de progression très élevés (50 % et 60 % de 2000 à 2003), les transports en VSL des taux nettement plus faibles (6 % sur les 3 ans), avec même une légère dégrèvement en 2003.

L'analyse des composantes de ces évolutions montre que l'essentiel (80 % sur la période 1998-2003)²⁸ tient à la hausse des

28. Les diverses séries utilisées pour ces développements sur les frais de transport ne sont pas disponibles sur les mêmes périodes.

volumes et de la part des modes les plus chers, les prix n'ayant, eux, progressé en moyenne annuelle que de 1,6 %.

a) Des facteurs de hausse incomplètement identifiés

Un calcul²⁹ effectué par la Cour sur la base EPAS de la CNAM montre que le vieillissement de la population explique moins du dixième de la croissance globale des frais de transports de 2000 à 2002 (2 % sur 22 %). Un calcul analogue montre que l'accroissement de la part des assurés qui se trouvent en ALD (71 % en 2002) représente un peu plus du dixième de cette même croissance. Les deux facteurs se recoupent d'ailleurs largement, compte tenu de la part des personnes âgées en ALD.

Les restructurations des cliniques et des hôpitaux, les sorties d'hospitalisation plus précoces, assorties en certains cas de retours périodiques à l'hôpital, la forte progression de la chirurgie ambulatoire sont vraisemblablement des facteurs d'augmentation de la demande de transports, mais ni le ministère de la santé, ni l'assurance maladie ne disposent d'évaluations précises.

Les prescriptions hospitalières représentent 62 % des frais de déplacement des malades hors cures thermales, dont 69 % des frais de taxis. Elles augmentent plus vite que la moyenne (11,1 % par an de 1999 à 2002, contre 9,1 %) mais aucune étude n'existe sur les raisons de cette croissance³⁰. L'évolution des pathologies, notamment l'augmentation des diabètes, des cancers et des maladies mentales et leur prise en charge de plus en plus fréquente en ALD y contribuent probablement³¹.

La modification de la structure des dépenses, avec une progression plus forte des modes de déplacement les plus chers, est l'un des facteurs de la hausse globale du poste, mais il n'existe pas non plus d'analyse disponible sur les raisons³² et l'ampleur de cette évolution.

29. En appliquant le taux de personnes transportées par tranches d'âge au nombre de personnes pour les mêmes tranches d'âge constatées en 2000, 2001 et 2002

30. L'analyse annuelle établie par l'assurance maladie avec la DHOS décrit l'évolution par régime et par établissement mais n'en analyse pas les causes.

31. Les données de l'assurance maladie montrent la progression des dépenses de transport prescrites par les centres de lutte contre le cancer.

32. Sur le rôle de l'évolution des prix relatifs des moyens de transport, cf. infra.

b) Une prescription mal encadrée

Plus de 90 % des dépenses de transport sont exonérées du ticket modérateur. Il n'existe donc pratiquement pas d'autre frein à la dépense que la qualité de la prescription et son contrôle.

Selon la réglementation, les frais sont pris en charge sur la base du mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire. La prise en charge est subordonnée à la présentation par l'assuré d'une prescription attestant que son état justifie l'usage du moyen choisi et le médecin doit préciser les éléments médicaux motivant le déplacement. En pratique, ces dispositions ne sont pas toujours correctement appliquées : les justifications médicales sont rarement précisées, le choix du mode de transport n'est pas justifié, en particulier dans les prescriptions hospitalières. En outre, dans ce dernier cas, le prescripteur, ou le service à l'origine de la prescription, n'est souvent pas identifiable sur le bon de transport.

L'assurance maladie rembourse généralement, même si les conditions réglementaires ne sont pas remplies. La procédure de l'entente préalable requise pour les transports sur plus de 150 kilomètres et les transports en série s'apparente souvent à une pure formalité.

Quant aux contrôles a posteriori, leur efficacité est pour l'instant réduite, la suppression des comités médicaux régionaux par la LFSS pour 2003 ayant fait disparaître la possibilité de prononcer des sanctions³³. Certes, la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie comporte des dispositions visant d'une part, à instituer des sanctions administratives, d'autre part, à mettre sous contrôle les prescripteurs abusifs qui ne pourront prescrire des transports qu'avec l'accord de la caisse. Pour nécessaire que soit un dispositif de sanction des abus, son maniement sera délicat, en raison de la difficulté de déterminer, parfois longtemps après le transport, si celui-ci était médicalement justifié. En outre, ni ce dispositif ni la mise sous contrôle des prescripteurs abusifs ne s'appliqueront aux prescripteurs hospitaliers. Enfin, la mise sous contrôle ne pourra concerner que des cas extrêmes et ne pourra constituer qu'un dernier recours et non un mode ordinaire de régulation.

Le plan d'action établi par la CNAM en 2003 traduit une intention d'intensifier les contrôles mais ne comporte pas d'éléments réellement nouveaux. Son efficacité dépendra donc largement des nouvelles mesures envisagées, avec les limites que comporte tout contrôle a posteriori.

33. Les comités médicaux régionaux étaient des organes paritaires qui devaient se prononcer sur les sanctions souhaitées par les caisses.

c) Des critères de prise en charge insuffisamment précis

Les cas de prise en charge par l'assurance maladie sont très larges et la réglementation combine des critères de destination (par exemple l'hospitalisation) et de situation personnelle (notamment une affection de longue durée) qui ne prennent pas en compte l'aptitude des malades à se déplacer. En particulier, les transports de personnes atteintes d'une ALD sont pris en charge quelle que soit la nature de l'affection et son retentissement sur la mobilité. La détermination, pour certaines ALD, du ou des modes de transport qui peuvent être pris en charge devrait constituer une priorité.

Les transports en ambulance ne sont en principe pris en charge que lorsque l'état du malade justifie un transport allongé ou une surveillance constante. Leur accroissement plus rapide que celui des transports en VSL est un indice parmi d'autres que le recours à l'ambulance est en réalité beaucoup plus large, notamment parce que, pour les personnes qui ne sont pas en ALD, il donne droit à une prise en charge plus extensive que le VSL.

Le transport en commun et le véhicule personnel sont sous-utilisés, en partie, semble-t-il, parce que les formalités de remboursement sont plus complexes et qu'il n'y a pas de tiers payant.

Un accord de bon usage des soins sur les prescriptions de transport a été signé le 17 septembre 2003 entre l'assurance maladie et un syndicat de médecins. Il fixe pour objectif une diminution des transports en ambulance, grâce à l'utilisation d'un référentiel médical ; sa portée est toutefois limitée ; il est succinct ; il s'applique aux seuls généralistes, alors que la prescription des spécialistes est aussi importante ; il ne concerne pas l'hôpital ; enfin, le référentiel qu'il met en place n'est pas opposable.

d) L'organisation de l'offre de transports

L'exercice de la profession de transport sanitaire est réglementé par un décret de 1987.

Le préfet détermine le nombre théorique de véhicules autorisés par référence à un indice national de besoins exprimé en nombre de véhicules par habitant. La mise en service de chaque véhicule est soumise à autorisation préfectorale. Le nombre de véhicules autorisés s'élevait à 27 763 en 2001, dernier chiffre connu par le ministère de la santé, alors que le maximum théorique était de 21 601. Le dispositif d'encadrement des transports sanitaires est donc totalement dépassé et nécessite d'être revu, parallèlement au rapprochement envisagé entre VSL et taxis.

Pour le transport assis, coexistent actuellement deux secteurs, les VSL et les taxis qui obéissent à des règles différentes d'autorisation et de prix. Les tarifs des taxis, fixés par référence à des arrêtés ministériels qui étaient d'abord inférieurs à ceux des VSL ont dépassé ceux-ci, fixés par convention avec l'assurance maladie et, dans les faits, bloqués depuis plusieurs années. Ce blocage a vraisemblablement contribué à la hausse plus rapide des transports en taxis puisqu'une même entreprise peut disposer à la fois de VSL et de taxis. Selon une étude effectuée en octobre 2003 par un groupe de travail comprenant les administrations, l'assurance maladie et les professionnels, le coût du transport en taxi serait supérieur de plus de 7 % à celui du trajet en VSL.

Il n'est pas exclu qu'un mouvement de substitution ait également joué des VSL vers les ambulances, puisqu'une entreprise doit réglementairement disposer des deux types de véhicules. Ceci pourrait contribuer à expliquer d'une part, la forte croissance du poste ambulances et, d'autre part, la baisse globale de la part relative du transport assis, passée de 61 à 56 % entre 1999 et 2003.

Pour remédier à l'hétérogénéité des régimes d'installation et de tarifs, une unification des règles du fonctionnement du transport assis est envisagée. Les tarifs devraient se situer entre les tarifs actuels des VSL et ceux des taxis et un régime unique d'autorisation ou d'appel d'offres serait mis en place.

Par ailleurs, le traitement des transports en cas d'urgence a été partiellement réorganisé par un décret de juillet 2003, sectorisant la garde, c'est-à-dire le transport de nuit, les dimanches et jours fériés, entre les entreprises de transport sanitaire. En outre, une circulaire de mars 2004 a rappelé le rôle central du SAMU, qui fait appel soit aux services mobiles d'urgence et de réanimation en cas de pathologie grave nécessitant une hospitalisation rapide, soit aux ambulanciers privés ou, à défaut, aux services départementaux d'incendie et de secours³⁴ dans les autres cas. Il reste cependant, au-delà de ce rappel des rôles respectifs, à réorganiser le transport d'urgence dans la journée ; celui-ci, en effet, n'est pas soumis à une obligation, contrairement à la garde de nuit et les entreprises peuvent donc être tentées de privilégier les transports non urgents, susceptibles d'être programmés, par rapport à ceux demandés en urgence.

Le succès de cette réforme implique cependant une complète révision de la réglementation aujourd'hui totalement inadaptée de l'offre de transport sanitaire.

34. En ce cas, l'hôpital verse forfaitairement 90 € pour chaque sortie.

4 – Les indemnités journalières d'assurance maladie

a) Une croissance surtout liée aux arrêts de longue durée

Les indemnités journalières remboursées par le régime général de l'assurance maladie ont augmenté de près de 40 % entre 1999 et 2003, avec une forte accélération en 2002 (+13 %) et un ralentissement en 2003 (+6 %). Cette évolution est légèrement plus rapide que celle de l'ensemble des soins de ville, dont les IJ représentent 11,9 % en 2003.

Les indemnités de moins de huit jours, qui représentent près de 40 % du nombre des arrêts, ne totalisent que 3,4 % du nombre total d'IJ. Si elles retiennent souvent l'attention, leur impact sur les dépenses de l'assurance maladie est donc relativement faible. Les IJ de huit jours à moins d'un mois, soit également 40 % des arrêts, sont à l'origine de 17 % des dépenses. Celles d'un à trois mois, soit 12 % des arrêts, pèsent pour 22 % des IJ. Ce sont celles de trois mois et plus qui bien qu'elles ne représentent que 7 % des arrêts ont de loin le poids le plus important, près de 60 %.

Ce sont aussi celles qui ont le plus progressé, de plus de 40 % entre fin 1998 et fin 2003, contre environ 27 % pour les IJ de moins de trois mois. Sur la même période, le nombre d'IJ de plus de trois mois a augmenté d'abord moins vite que les autres et a même fortement baissé au second semestre 2000. Il s'est ensuite accru rapidement. En fin de période, les IJ de plus de trois mois progressent alors que celles de courte durée marquent le pas et même fléchissent à partir de l'automne 2003. Une étude de corrélation sur la période comprise entre janvier 1992 et janvier 2004 entre le nombre de chômeurs au sens du BIT et celui des IJ de moins de trois mois permet de conclure à un certain parallélisme, sans que la corrélation puisse être considérée comme totalement significative.

La progression des IJ de plus de trois mois semble, elle, liée à l'arrivée à l'âge de 55 ans des générations nombreuses de l'après-guerre. C'est dans cette tranche d'âge que le nombre d'IJ cumulées dans une année est le plus élevé (84 jours dans la classe d'âge 55-59 ans) et c'est bien entre 2001 et 2003, années où la part des plus de 55 ans a le plus augmenté, passant de 8,3 % à 10,7 %, que les IJ de plus de trois mois ont le plus progressé. Le ralentissement de moitié du taux de croissance de cette part en 2004 et 2005, et sa quasi-stagnation au-delà³⁵, devraient donc constituer un facteur spontané de stabilisation. L'examen des statistiques de la DARES sur l'évolution du nombre de départs en pré-retraites entre 1997 et 2002 montre par ailleurs que leur nombre a baissé

35. Part des 55 ans et plus dans la population active au sens du BIT (source INSEE).

de l'ordre de 138 000. En supposant que toutes les personnes qui n'ont pas pu prendre de pré-retraite se soient arrêtées 84 jours par an (moyenne de leur tranche d'âge) il n'en résulterait qu'une augmentation de l'ordre de 1,16 million d'IJ, alors que le nombre global d'IJ de cette tranche d'âge a augmenté de l'ordre de 7 millions et le nombre global d'IJ d'environ 45 millions. Si le fléchissement des départs en pré-retraite contribue vraisemblablement à expliquer la croissance du nombre d'IJ, son impact n'a donc pu être que relativement secondaire par rapport à l'ampleur globale du phénomène.

Ainsi, pour les IJ tant de courte durée que de longue durée, les explications exogènes ne suffisent pas à rendre compte des évolutions constatées. Le rôle des prescriptions et des comportements ainsi que l'état de santé de la population sont vraisemblablement plus importants.

La proportion moyenne d'assurés arrêtés au moins une fois dans l'année est de 23 %. Par tranches d'âge cette proportion est stable à l'exception notable des personnes âgées de plus de 60 ans pour lesquelles elle est sensiblement plus faible, soit 9 %. Parmi les personnes en ALD, elle est de 35 % et les deux tiers des IJ de plus d'un an les concernent. Le nombre moyen d'IJ augmente avec l'âge, passant de 28 jours pour les moins de 40 ans à 84 jours dans la classe d'âge des 55-59 ans.

b) Une réglementation complexe

La complexité de la réglementation est source de difficultés pour les centres de liquidation. L'appréciation de la condition d'activité minimale requise pour l'ouverture du droit à indemnités en est un élément. Pendant les six premiers mois, l'assuré doit justifier soit d'un montant de cotisation au moins égal à 1 015 fois la valeur horaire du SMIC au cours des six mois précédents, soit d'au moins 200 heures de travail salarié au cours des trois mois civils précédents. Lorsque l'arrêt se prolonge sans interruption au-delà du sixième mois, ces seuils sont portés à 2 030 fois la valeur du SMIC et 800 heures au cours des 12 derniers mois civils. Or la reconstitution de la période de référence pour les salariés sous contrat à durée déterminée embauchés par plusieurs employeurs et pour toutes les formes de travail discontinu peut être complexe. Une autre difficulté réside dans le calcul de l'indemnité journalière qui est égale à une fraction du gain journalier de base, lequel est déterminé d'après le salaire brut des trois derniers mois- 12 derniers

en cas de travail discontinu ou saisonnier- antérieurs à l'arrêt de travail³⁶. Des arrêts de travail proches dans le temps nécessitent de recommencer les calculs à chaque fois dans leur intégralité. Une simplification devrait être envisagée.

Selon la CNAM, la durée moyenne de traitement des dossiers d'indemnisation entre la date de l'arrêt de travail et la liquidation était de 66 jours en 2002. Ce délai recouvre le temps de traitement par le service chargé de la liquidation, mais aussi le temps de transmission par l'employeur des éléments nécessaires à la liquidation. L'imprimé de prescription d'arrêt de travail ne comporte pas l'identification de l'employeur, ce qui complique la collecte par la caisse des éléments nécessaires. Par ailleurs, la subrogation des entreprises aux assurés qui aujourd'hui concerne principalement les grandes entreprises mérite d'être développée. Elle permet en effet à l'assurance maladie de n'avoir qu'un interlocuteur, l'entreprise, et paraît préférable à la pratique des retenues sur salaire du montant des IJ perçues par le salarié. Le développement de la subrogation concerne également l'Etat pour ses agents non titulaires. A défaut de subrogation, ceux-ci bénéficient d'indemnités journalières qui, en principe, devraient venir en déduction de leur salaire³⁷.

La liquidation mobilise ainsi des ressources qui seraient plus utilement affectées au renforcement des contrôles.

c) La nécessité de renforcer les contrôles du service médical

L'une des principales missions du contrôle médical consiste dans la régulation des arrêts de travail. Pour l'accomplissement de cette mission, il se trouve cependant en butte à plusieurs difficultés.

Les arrêts de moins de huit jours sont en l'état actuel difficilement contrôlables, sauf par l'entreprise, compte tenu du délai de transmission de deux jours dont dispose l'assuré pour adresser à l'employeur l'avis d'interruption signé par le médecin traitant, puis du délai de transmission au contrôle médical par le service de liquidation, enfin du délai de convocation éventuelle. La télétransmission des arrêts par le prescripteur

36. Le taux est de 50 % du gain journalier dans la limite du plafond de la sécurité sociale, majoré à 66,6 % à partir du 31^{ème} jour pour les assurés ayant au moins trois enfants à charge. A partir du 7^{ème} mois, le taux est de 51,49 % majoré à 68,66 % pour les assurés ayant au moins trois enfants à charge.

37. Le ministère de l'éducation nationale a réalisé une expérience qu'il a jugée concluante de subrogation pour les assistants d'éducation en septembre 2003 et envisage son extension à d'autres catégories d'agents non titulaires.

constitue une piste qui renforcerait sérieusement la possibilité de contrôle. Environ 2000 médecins sont contrôlés par an, soit 2 %.

Pour les arrêts longs qui constituent la question essentielle, le service du contrôle médical intervient obligatoirement en vue d'un examen spécial, fait avec le médecin traitant afin de déterminer le traitement approprié, lorsque l'arrêt se prolonge au-delà de six mois continus. Un signalement au service du contrôle médical entre 90 et 120 jours est normalement prévu dans les caisses. Cependant, il n'existe pas de procédure nationale automatisée homogène. Le signalement par les unités chargées de la liquidation au contrôle médical est fait à partir de logiciels différents, voire manuellement et de façon trop tardive pour que le contrôle médical puisse vérifier le bien fondé d'un arrêt qui a duré déjà plusieurs semaines.

Les contrôles effectués par le service médical montrent une stabilité du taux d'anomalies constaté pour les arrêts de longue durée, de l'ordre de 16 % et une progression du taux d'anomalies constaté pour les arrêts de moins de quinze jours qui est passé de 13,8 % en 1998 à 18,9 % en 2003³⁸. La CNAM attribue cette augmentation à l'amélioration des méthodes de ciblage des arrêts courts et répétitifs.

Ces contrôles n'ont cependant qu'une efficacité limitée. Ils ne débouchent que sur une suspension des indemnités journalières restantes, et, depuis la suppression des comités médicaux régionaux, ne sont assortis d'aucune conséquence pour les médecins concernés. L'élaboration d'un dispositif contraignant, comme le prévoit la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, instituant la possibilité de mettre sous contrôle des caisses les prescripteurs abusifs et de leur infliger des pénalités financières paraît donc d'autant plus nécessaire. Cependant, son application est vraisemblablement appelée à constituer un dernier recours dont l'usage sera toujours délicat et limité puisqu'il ne concerne pas les prescripteurs hospitaliers, à l'origine de 30 % des arrêts de longue durée.

L'évolution des IJ traduisant notamment un problème de qualité de la prescription, l'élaboration d'un référentiel faisant l'objet d'un accord de bon usage des soins reste souhaitable, comme la Cour l'a relevé dans son rapport de 2003. Les travaux engagés n'ont pas pour l'instant abouti.

38. Le taux de 6 % fréquemment évoqué correspond aux contrôles non ciblés.

SYNTHESE

Les quatre postes de dépenses qui viennent d'être étudiés recèlent une potentialité importante d'économies. Beaucoup reste cependant à faire pour qu'elles puissent effectivement être dégagées, à commencer par des progrès pour une connaissance plus fine des phénomènes en jeu, les causes principales de l'évolution demeurant mal connues.

Les comportements en matière de prescription sont vraisemblablement déterminants et constituent la principale marge d'action. A cet égard, la mise en place de référentiels pour les prescripteurs devrait constituer une réponse adaptée. Leur élaboration puis leur application par le corps médical constituent un enjeu essentiel qui nécessitera un effort de pédagogie et d'information de la part de l'assurance maladie et des institutions mises en place dans le cadre de la réforme en cours.

Le contrôle a posteriori devrait bénéficier des améliorations prévues par le projet de loi, en donnant à l'assurance maladie les moyens de contrecarrer les prescriptions abusives. Il restera cependant à le compléter par un renforcement des contrôles effectués lors de la liquidation, ce qui suppose de développer le codage, que ce soit pour les produits et prestations, pour lequel il est en cours, ou en matière de transports et d'affections de longue durée, où tout est à engager.

Des actions de fond demeurent à finaliser ou à entreprendre, que ce soit la réorganisation des transports assis de patients et des transports de jour en urgence, l'extension d'accords de subrogation avec les employeurs pour les indemnités journalières ou le réexamen des conditions de remboursement pour les médicaments à service médical insuffisant.

L'aboutissement concret de ces efforts exige un très grand volontarisme de l'ensemble des acteurs en vue d'assurer, d'ici 2007, une meilleure maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie. Plus de 40 % des économies (10 Md€ au total) prévues par la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie relèvent de cette démarche, principalement à travers une action sur les prescriptions, sur les ALD et sur les IJ. La confrontation entre les dérives financières constatées dans ces domaines jusqu'en 2004 et l'ambition des objectifs affichés montre l'ampleur du chemin à parcourir.

RECOMMANDATIONS

1. Pour les ALD, mettre en place un système de codage des ALD et coder les données du PIREs ; faire aboutir les travaux engagés sur les référentiels médicaux ; envisager de ramener au taux de droit commun le

remboursement des produits dont le service rendu est reconnu insuffisant et faible sauf nécessité médicale inscrite dans un protocole.

2. Pour la LPPR, renforcer la capacité d'expertise du CEPS sur la formation des prix notamment en s'appuyant sur des enquêtes de la DGCCRF ; modifier la réglementation pour prévoir la prise en compte des coûts de fabrication et d'installation ; rendre obligatoire pour les professionnels la notification à la CEPP et au CEPS de la commercialisation des dispositifs couverts par une ligne générique ; lorsqu'un nouveau produit n'améliore pas le service rendu, n'accepter de l'inscrire qu'à un prix inférieur aux produits déjà existants.

3. Pour les transports, élaborer un référentiel médical de transport opposable à l'ensemble des prescripteurs, y compris hospitaliers ; revoir la réglementation du transport de malades et réorganiser avec la profession le transport d'urgence de jour.

4. Pour les IJ, simplifier la réglementation et libérer ainsi des ressources pour le contrôle ; développer la subrogation des administrations dans les droits aux IJ des personnels non titulaires ; concrétiser la démarche engagée en vue d'un référentiel relevant d'un accord de bon usage, comportant notamment des durées indicatives d'arrêt par pathologie.

D – Les enveloppes budgétaires des établissements participant au service public hospitalier (ESPH)

La place de la dotation globale dans les recettes hospitalières Structure des dépenses et recettes en 2003

<i>Dépenses</i>	<i>Recettes</i>
Groupe 1	Groupe 1
Personnel (71,2 %)	Dotation globale (85 %)
Groupe 2	Groupe 2
Dépenses médicales (12,8 %)	Produits de l'activité hospitalière (5,5 %)
Groupe 3	Groupe 3
Dépenses hôtelières générales (9,8 %)	Autres produits (9,5 %)
Groupe 4	Groupe 4
Amortissements, provisions, charges financières exceptionnelles (6,2 %)	Transferts de charges (- de 1 %)
<i>Source : Données DHOS</i>	

L'enveloppe hospitalière de l'ONDAM finance la « dotation globale » versée par les caisses d'assurance maladie aux hôpitaux.

Cette dotation constitue le groupe 1 des recettes de ces établissements et représente environ 85 % de leurs recettes globales.

Les hôpitaux disposent en outre des recettes inscrites au groupe 2, « produits de l'activité hospitalière » correspondant essentiellement à la participation des assurés à la prise en charge des soins (ticket modérateur, forfait journalier, produits des conventions internationales pour les patients étrangers...), mais aussi des recettes du groupe 3 correspondant à celles qui ne sont pas issues de l'activité hospitalière proprement dite (principalement produits du patrimoine et prestations de services rendus) et enfin des recettes inscrites au groupe 4 qui sont relatives aux transferts de charges.

Après le vote de l'ONDAM, le ministère de la santé fixe l'enveloppe des dépenses hospitalières encadrées qui équivaut à la somme des dépenses des hôpitaux dont on déduit les recettes escomptées des groupes 3 et 4. A la clôture de l'exercice, si, pour un hôpital, les recettes du groupe 2 sont supérieures ou inférieures aux recettes prévues au dernier budget rendu exécutoire de l'exercice concerné, le montant de la dotation globale de l'année suivante sera ajusté en conséquence.

Il convient de préciser que certaines dépenses ne sont pas prises en compte dans cette présentation. Ainsi, hors ONDAM, l'assurance maladie finance le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), dont 300 M€ dans le cadre du plan de soutien à l'investissement. Les ARH ont aussi disposé de financements complémentaires pour l'accompagnement social des restructurations, avec un effort tout particulier pour la formation professionnelle.

1 – Le bilan de la campagne budgétaire 2003

a) Les fixations d'enveloppes

En 2003, l'enveloppe des dépenses hospitalières encadrées (hors unités de soins de longue durée -USLD³⁹-), fixée par l'arrêté du 27 janvier 2003, s'élève, pour la France métropolitaine, à 46 899 M€, soit +4,8 % par rapport à la base de référence 2002 corrigée des effets de champ y compris les rebasages. Le financement de ces dépenses provient principalement de l'assurance maladie (plus de 93 % en 2003). L'objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie pour les établissements

39. Le montant total des dépenses hospitalières relatives aux unités de soins de longue durée est fixé à 1 410 M€ en 2003 pour la France métropolitaine. Avec la constitution des « établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (EHPAD), les USLD sont censées passer du champ sanitaire au champ médico-social, mais de fortes résistances ont conduit à une situation de blocage.

sous dotation globale, quant à lui, s'élève au sein de l'ONDAM⁴⁰ à 45 813 M€ soit +4,8 % par rapport à 2002.

La compréhension des taux d'évolution des objectifs de dépenses hospitalières est rendue plus complexe du fait que, pour calculer les montants des enveloppes, non seulement il a été tenu compte, comme les années précédentes, des effets de champ, mais aussi d'une dépense nouvelle qui a été incluse dans les bases des dépenses hospitalières en l'occurrence les 293,6 M€ prévus par le protocole du 14 mars 2000 pour assurer le remplacement des agents absents et financés de 2000 à 2002 par le budget de l'Etat.

Sans support réglementaire, le ministère de la santé a par ailleurs réduit les dotations régionales annoncées de 109,5 M€ prélevés sur « la provision de 0,86 % » (provision de 383,1 M€ destinée à couvrir une augmentation du point fonction publique non intervenue en 2003, ainsi que quelques mesures catégorielles), d'une part, pour abonder de 100 M€ l'OQN destiné aux cliniques privées, d'autre part, pour augmenter de 3,5 M€ les dépenses des DOM, le reste étant réinjecté dans les crédits de la campagne. Les bases de référence pour la métropole en 2004 ont ainsi été amputées de 103,5 M€.

Le taux de progression des dotations régionales finales des DOM pour 2003 a été de 8,9 %, soit 3 % de plus qu'en métropole⁴¹.

b) Les délégations de crédits

L'enveloppe des dépenses encadrées hospitalières est partagée en dotations régionales et en dotations complémentaires ; ces dernières sont destinées à la mise en œuvre de mesures nationales dont le financement est délégué ultérieurement.

En début d'année, le montant de la dotation régionalisée initiale attribuée était en progression de 4,3 % par rapport à la dotation 2002 rebasée.

La campagne budgétaire 2003 a nécessité deux arrêtés et quatre circulaires qui ont modifié les bases de référence 2002. En fin de campagne, un écart subsiste entre la somme des dotations régionales et le montant total annuel des dépenses encadrées : il correspond à la dotation

40. Ces dépenses concernent la métropole et comprennent les dépenses du service de santé des armées et de l'institut national des invalides, USLD incluses.

41. L'établissement de santé de Mayotte a bénéficié dans ce cadre d'un apport supplémentaire de près de 7 M€, correspondant à une progression de ses dépenses encadrées de 20 %.

que le ministère gère directement⁴² et au reliquat constaté en fin d'année (0,46 M€ en 2003).

c) Les dépenses identifiées

Dans la circulaire du 19 décembre 2002, l'accent était mis sur la responsabilité des acteurs et les financements complémentaires devraient être, pour l'essentiel, globalisés et fongibles, avec seulement 9 % de mesures nouvelles constituées de mesures «fléchées» au niveau national. En réalité, en cours d'année, les décideurs nationaux, selon leurs habitudes, ont eu de plus en plus recours aux mesures fléchées, au détriment de l'autonomie de décision des ARH. Ainsi, contrairement aux déclarations d'intention, les mesures fléchées⁴³ ont été plus importantes en 2003 qu'en 2002 : elles ont en effet représenté 16,6 % des mesures nouvelles contre 10,5 % en 2002.

Pour le reste, la campagne 2003 aura connu peu d'innovations importantes. Parmi les mesures nouvelles, on peut citer les surcoûts des investissements prévus au plan Hôpital 2007, ainsi que le financement (16,3 M€) des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), en cas d'indisponibilité des transporteurs privés (en application de la loi du 27 février 2002).

d) Le bilan synthétique de la campagne budgétaire

Dans le bilan ci-dessous, il apparaît qu'en 2003 les dépenses de personnel représentaient près de 75 % des dépenses nouvelles et les priorités de santé publique environ 20 %.

Bilan des dépenses de la campagne budgétaire 2003

En M€

	Métropole	DOM	France entière
Dotations régionales finales 2002	44 529	1 251	45 781
- Crédits non reconductibles 2002	- 155	- 6	- 161
- Effet de champ 2002	- 26		- 26
- Effet de champ au 1 ^{er} janvier.2003	- 107		- 107

42. Il s'agit des dotations de l'établissement public de santé national de Fresnes.

43. Notamment : permanences d'accès aux soins de santé, pôles d'accueil pour personnes sourdes, centres de référence pour la sclérose latérale amyotrophique, la mucoviscidose et les troubles de l'apprentissage du langage, consultation d'oncogénétique, unité hospitalière sécurisée interrégionale, etc.

	Métropole	DOM	France entière
- Transferts	294	9	303
Bases régionales de référence pour 2003	44 535	1 255	45 790
Dépenses de personnel *	1 651	66	1 717
Priorités de santé publique	471	10	481
Aide à l'investissement	74	2	76
Soutien budgétaire et mesures exceptionnelles	144	14	158
Crédits gériatrie	8	1	9
Effort de productivité	- 84	18	- 66
Evolution totale des dépenses	2 264	111	2 375
Dotations régionales finales	46 799	1 366	48 165

* après reprise de 109,5 M€

Source : DHOS

e) La pratique difficilement évaluable des reports de charges

Les données de la DGCP ont révélé en 2002 une forte majoration des reports de charges (+59 %, soit près de 140 M€ supplémentaires) qui ont représenté 0,8 % des charges de 2002.

Selon les informations transmises par les ARH et les données DGCP provisoires, ces reports se sont accentués en 2003.

En fait, les reports de charges consistant à reporter sur l'exercice suivant les dépenses excédant les crédits disponibles sont difficilement évaluable dans la mesure où il s'agit d'une pratique irrégulière qui contrevient au principe même de la dotation globale et du budget limitatif. Ainsi les données de la DGCP ne sont certainement pas exhaustives car elles dépendent du respect par les établissements des règles d'imputation au compte 672-8 «charges sur exercices antérieurs».

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) devrait progressivement aboutir à la résorption de ces reports de charges.

f) L'arrêt de la péréquation interrégionale

Dans l'attente de la mise en œuvre à partir de 2004 de la tarification à l'activité, il a été décidé pour 2003 de se baser, pour l'attribution des dotations régionales, essentiellement sur le critère de la

valeur régionale du point ISA. La péréquation interrégionale⁴⁴ a donc été réduite de façon très significative.

Evolution des dotations régionales finales (hors effet de champ)

En %

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Moyenne 97-03
France métropolitaine	1,06	2,05	2,56	2,24	4,09	5,61	5,09	3,24
<i>dont : AP-HP</i>	<i>- 0,34</i>	<i>0,91</i>	<i>1,48</i>	<i>2,12</i>	<i>3,15</i>	<i>5,27</i>	<i>6,47</i>	<i>2,72</i>
<i>reste Ile-de-France</i>	<i>0,01</i>	<i>1,00</i>	<i>1,77</i>	<i>2,05</i>	<i>3,59</i>	<i>4,33</i>	<i>4,06</i>	<i>2,40</i>
<i>autres régions</i>	<i>1,43</i>	<i>2,38</i>	<i>2,83</i>	<i>2,51</i>	<i>4,30</i>	<i>5,86</i>	<i>5,08</i>	<i>3,54</i>
DOM	2,23	4,18	4,95	6,05	7,36	8,75	8,90	6,06
France entière	1,09	2,10	2,62	3,15	4,19	5,70	5,20	3,44

Source : DHOS

La région Ile-de-France, sur laquelle avait porté l'essentiel de l'effort de redistribution ces dernières années, se trouve ainsi bénéficiaire d'une augmentation de dotation supérieure à celle de la moyenne en métropole en 2003. Cela est essentiellement imputable à l'AP-HP qui a bénéficié pour cette même année d'une première tranche de soutien de 35 M€ dans le cadre du plan de retour à l'équilibre et qui est en outre traditionnellement destinataire d'enveloppes conséquentes au titre des mesures de santé publique et des innovations thérapeutiques. Au cours de l'exercice 2003, ces deux seuls apports se traduisent par une progression de la dotation de 70 M€ environ, soit 1,5 % en taux.

Ainsi, la forte progression de dotation dont a bénéficié l'AP-HP en 2003 a très précisément annulé l'effort de péréquation opéré à son détriment entre 2000 et 2002.

2 – La campagne budgétaire 2004

La campagne budgétaire 2004 est caractérisée par le passage progressif à un nouveau mode de financement des établissements de santé fondé sur l'activité réelle des établissements grâce à la T2A.

Pour l'instant, la réforme ne concerne que les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de MCO⁴⁵. Si ces établisse-

44. Depuis 1997, les régions métropolitaines les plus bénéficiaires de la péréquation ont été le Poitou-Charentes, la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais ; les plus contributrices ont été l'Ile-de-France, PACA, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon.

ments disposent également d'autorisations pour des lits de soins de suite et de psychiatrie, seule la partie MCO de leur activité est concernée.

Les tarifs applicables aux établissements ont été affectés d'un coefficient géographique se traduisant par une majoration de 10 % pour Paris et la petite couronne, de 5 % pour la Corse, de 25 % pour les départements français d'Amérique et de 30 % à la Réunion. Ces coefficients n'ont pas été établis sur une base technique mais ont correspondu à des décisions politiques, en particulier en ce qui concerne Paris et la petite couronne, la grande couronne ne bénéficiant pas de cet avantage.

a) L'objectif de l'assurance maladie

En 2004, après prise en compte des transferts entre lignes de l'ONDAM, les dépenses d'assurance maladie pour le financement des établissements sous dotation globale ont été fixées à 45 454 M€ (hors soins de longue durée et hors hôpitaux militaires et institut national des invalides), soit + 4,1 %. En ce qui concerne les DOM, la progression retenue a été de + 6 % par rapport à 2003.

b) L'objectif des dépenses encadrées

L'objectif des dépenses hospitalières encadrées a été fixé en métropole à 48 900 M€ soit une progression de 4,5 % et dans les DOM à 1 521 M€ soit une progression de 6,3 %.

Les dépenses hospitalières encadrées progresseront ainsi en 2004 à un rythme plus rapide que l'enveloppe hospitalière des dépenses d'assurance maladie en raison de l'augmentation attendue des produits de l'activité hospitalière (recettes du groupe 2) facturés aux patients. Le gouvernement a en effet décidé, d'une part, la suppression de l'exonération de ticket modérateur pour des actes liés à l'hospitalisation (décret du 18 décembre 2003) et, d'autre part, une augmentation du montant du forfait hospitalier journalier, porté à 13 € (soit une augmentation de 2,3 €)⁴⁶, les deux mesures s'appliquant au 1^{er} janvier 2004. L'effet de ces deux mesures a été évalué à 169 M€ en métropole et 5,2 M€ dans les DOM.

45. Sont toutefois exclus du champ d'application de la réforme, les hôpitaux locaux, les établissements du service de santé des armées, l'institution nationale des invalides, l'établissement public de santé national de Fresnes et les établissements de Saint Pierre et Miquelon et de Mayotte.

46. Toutefois, le forfait hospitalier de psychiatrie est passé de 10,67 € en 2003 à 9 € en 2004.

c) Les dotations régionales de la campagne 2004

La circulaire du 3 décembre 2003 indique que l'objectif de financement de l'activité réelle des établissements conduit à n'attribuer à ces derniers qu'une première allocation de ressources plus limitée qu'habituellement, «afin de réserver les marges de manœuvre financières destinées à rémunérer l'activité réelle des établissements».

Les dotations régionales notifiées aux ARH sont cette année décomposées en deux grandes catégories :

- la première est constituée de ressources dont le montant évoluera en cours de campagne, à proportion de l'évolution de l'activité des établissements (au départ sur la base de l'activité 2002, les données 2003 et 2004 étant prises en compte en cours d'année). La part des ressources ainsi allouée représente 8,9 % des dotations régionales en métropole et 7,7 % dans les DOM ;

- la seconde correspond à la partie de la dotation qui reste calculée hors activité ; elle repose sur une base constituée de l'ensemble des autres ressources disponibles en base 2004 avant distribution de crédits nouveaux. Cette partie des dotations régionales est la plus importante puisqu'elle représente 91,1 % des dotations en métropole et 92,3 % dans les DOM.

d) Les mesures nouvelles financées dans le cadre de la campagne 2004

La progression du taux des dépenses hospitalières encadrées assure le financement de trois séries de mesures :

- les mesures relatives au personnel (salariales et catégorielles), avec principalement : l'augmentation des traitements de la fonction publique de 0,5 % à compter du 1er janvier 2004, ainsi que la poursuite de la mise en œuvre de l'ARTT dans la fonction publique hospitalière et pour les personnels médicaux soit au total 965 M€;

- les plans de santé publique : le plan cancer (22 M€) et le plan urgences (100,4 M€ dont 18,9 M€ pour les SAMU et 16,6 M€ pour favoriser l'hospitalisation à domicile) ;

- le volet investissement du projet hôpital 2007 : 90 M€ devaient être prévus pour accompagner les crédits fournis, hors ONDAM, par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Mais l'attribution de ces crédits est subordonnée au bilan de l'utilisation des crédits attribués à cet effet en 2003, de sorte qu'en début d'année seulement 56 M€ sont prévus au titre de 2004.

Par ailleurs, le 25 mai 2004, le ministre de la santé a annoncé, pour faciliter la mise en œuvre de la T2A, 450 M€ de financements complémentaires : d'une part, 300 M€ seraient attribués aux établissements en difficulté ayant des reports de charges (il appartiendrait aux ARH de fixer la part allouée à ce titre à chaque établissement concerné, en fonction notamment de leurs plans de redressement) ; d'autre part, 150 M€ de crédits «non fléchés» seraient destinés à donner aux ARH des marges de manœuvre (particulièrement réduites cette année du fait de la T2A et de l'abandon de la péréquation), notamment pour leur permettre d'honorer les engagements pris dans les contrats d'objectifs et de moyens conclus avant fin 2002.

—SYNTHESE—

Le dispositif d'encadrement des dépenses hospitalières mis au point par le ministère de la santé est d'une excessive complexité qui rend difficile l'articulation avec l'ONDAM. Cette complexité altère aussi l'information dont disposent les parlementaires et nuit à la compréhension des règles du jeu pour les établissements auxquels l'encadrement s'applique.

C'est ainsi qu'en cours d'année 2003 le ministère de la santé a pu prendre en toute discrétion la décision d'opérer un transfert de 100 M€ entre l'enveloppe des dépenses hospitalières encadrées et l'OQN destiné aux cliniques privées.

E – L'enveloppe de l'objectif quantifié national (OQN) des cliniques privées

Il existe deux agrégats distincts permettant de fixer les objectifs de dépenses des « cliniques privées » et de suivre leur réalisation :

- l'objectif quantifié national (OQN) qui, suite aux négociations annuelles avec les fédérations de cliniques privées, fixe une enveloppe limitative ;
- l'ONDAM des établissements de santé non soumis à dotation globale qui inclut des prestations⁴⁷ restant hors du champ de la négociation avec les fédérations. Il ne constitue pas une enveloppe limitative, mais exclut les "consommations intermédiaires" (800 M€ comprenant notamment les prothèses), comprises dans l'OQN et comptabilisées dans l'ONDAM en soins de ville, ainsi que les dépenses des DOM comptabilisées dans la ligne DOM de l'ONDAM. Quant aux

47. Parmi ces prestations : HAD, dialyse alternative, forfaits scanners, IRM ...

honoraires des praticiens, ils ne sont ni dans l'OQN, ni dans la ligne des établissements de santé de l'ONDAM, mais dans celle des soins de ville de l'ONDAM.

Ainsi, l'OQN et la ligne "cliniques privées" de l'ONDAM ne sont pas superposables.

1 – La répartition de l'OQN en 2003

Pour 2003, l'arrêté du 27 janvier 2003 a fixé la base de référence pour la fixation de l'OQN à 7 651 M€ et l'OQN à 7 961 M€, ce qui correspond à une progression de 4,05 % par rapport à 2002 (après prise en compte des effets de champ).

a) La campagne tarifaire du 1^{er} janvier 2003

La campagne tarifaire 2003 a commencé par la pérennisation des ressources allouées par le fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP), décidée en LFSS 2003. A cette fin, le montant des subventions sociales et salariales accordées par le fonds a été intégré dans l'OQN et les tarifs des prestations ont été revalorisés, à effet du 1^{er} janvier 2003, dans la limite des ressources allouées au titre de ces subventions sociales pour 2001 et 2002. Cette mesure a visé tous les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique (y compris ceux qui n'exercent que des activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile) qui ont bénéficié d'une subvention du FMCP pour la réalisation d'une action en matière sociale et salariale et a conduit à rebaser l'OQN à hauteur de 181 M€

b) L'accord national tarifaire du 24 avril 2003

Cet accord, signé entre l'Etat et les organisations nationales représentatives des établissements de santé privés⁴⁸, a fixé le taux d'évolution moyen national des tarifs des prestations à 3 %.

Les taux d'évolution moyens des tarifs de prestations ont été fixés à 3,06 % pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), à 2,71 % pour les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et à 2,66 % pour les activités de psychiatrie. Pour l'activité d'urgence, les taux d'évolution moyens ont été de 2,63 % (contre 11,28 % en 2002). Les

48. Fédération de l'hospitalisation privée et fédération des établissements d'hospitalisation et d'assistance privés à but non lucratif.

taux applicables à chaque établissement ne pouvaient être supérieurs à 150 % de ces taux moyens.

S'agissant de l'activité MCO, l'objectif a été de réduire les écarts de moyens alloués au regard de l'activité médicale décrite par le PMSI. Une action ciblée a porté sur les activités d'obstétrique (forte revalorisation du forfait nouveau-né), de sorte qu'en quatre ans la recette moyenne par accouchement a été revalorisée de plus de 300 €

Les DOM ont bénéficié, comme les années précédentes, d'un taux d'augmentation majoré de 2,7 % (au 1^{er} mai 2003).

c) La mise en œuvre de l'accord national par les ARH

Les accords régionaux reposent essentiellement sur trois principes :

- le développement ou le maintien des activités concourant à la mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), y compris par attribution de moyens spécifiques ;
- le soutien des efforts accomplis par les établissements afin d'améliorer la qualité des soins ;
- la réduction des inégalités tarifaires constatées prioritairement à travers le PMSI lorsque ces données sont disponibles.

d) Les résultats financiers

Les données provisoires des réalisations de l'OQN 2003 fournies en janvier 2004 par la CNAM font état, comme en 2002, d'une forte progression de l'OQN à hauteur de 7 % en valeur, soit 8 140 M€ par rapport à une progression de l'objectif 2003 fixé à 4,05 %.

Cette progression de 7 % résulte des augmentations tarifaires moyennes accordées en 2003 (2,6 % suite aux revalorisations du 1^{er} janvier, 3 % au 1^{er} mai prévue par l'accord national) et d'un peu plus de 1 % de progression des volumes d'activité. Cette dernière rejoint la progression d'activité moyenne sensiblement dépassée en 2002 en raison notamment d'un report d'activité des hôpitaux publics vers les cliniques.

2 – La répartition de l'OQN en 2004

a) La détermination de la base tarifaire

La base initiale à partir de laquelle est calculé l'objectif pour 2004, fixée à 8 130 M€, a été établie à partir des prévisions de réalisation de l'OQN 2003 fournies en janvier par la CNAM. Elle intègre le

dépassement constaté par rapport à l'objectif 2003, ce qui minore le taux de progression apparent entre 2003 et 2004.

b) La fixation des objectifs

L'arrêté du 20 mars 2004 a fixé l'OQN pour les cliniques privées à 8 463 M€ correspondant à un taux d'évolution de 4,1 % par rapport à la base de référence de 8 130 M€

L'accord national a été signé par l'Etat et les fédérations de cliniques privées le 22 mars 2004. Le taux d'évolution moyen national des tarifs des prestations d'hospitalisation est fixé à 4,25 % au 1^{er} mai 2004⁴⁹, soit 4,4 % sur l'année 2004 en intégrant les enveloppes ciblées dont certaines seront mises en œuvre au 1^{er} octobre 2004.

L'accord et son protocole s'articulent autour de trois axes majeurs :

- l'attribution d'un taux d'évolution commun de 3,5 % au 1^{er} mai 2004 pour les disciplines MCO, SSR et psychiatrie ;
- la poursuite de la politique de réduction des inégalités de ressources ;
- la mise en œuvre de diverses revalorisations tarifaires spécifiques notamment pour la périnatalité, l'obstétrique, l'IVG ou au titre du plan cancer et du plan urgences.

Evolution de l'OQN de 2003 à 2004

En M€

OQN 2003 (+4,05 %)	7 961
Effet de champ	-10
Rebasage	181
Réalisations 2003	8 140
Base de référence 2004	8 130
OQN 2004 (+4,10 %)	8 463

Source : DHOS

49. Les taux d'évolution régionaux en MCO sont compris entre 3,60 % (Limousin) et 7,86 % (Champagne Ardenne). Cette année, contrairement aux autres années, les DOM n'ont pas bénéficié de taux nettement supérieurs et le taux de l'Ile-de-France (5,71 %) a été plus élevé que celui de la moyenne nationale en raison des enveloppes ciblées dont l'Ile-de-France a été bénéficiaire.

III - Les dépenses de la branche retraite

A – Le respect de l’objectif voté par le Parlement

L’objectif initial de dépenses de la branche retraite entrant dans le champ de la loi de financement, soit 140,4 Md€ a été porté à 140,7 Md€ par la LFSS 2004. Les dépenses se sont élevées à 140,5 Md€ soit un montant légèrement inférieur à l’objectif révisé.

B – Les dispositions de la loi de financement relatives aux dépenses de la branche retraite

La loi de financement comportait peu de modifications du code, en raison de la préparation de la réforme des retraites.

L’article L. 61 du code de la sécurité sociale fixe pour le régime général et les régimes alignés à 1,5 % le taux de revalorisation des avantages de retraite déjà liquidés et des cotisations et salaires servant de base à leur calcul⁵⁰. Faute de disposition légale fixant la règle de revalorisation, le taux est directement arrêté par la loi.

L’article L. 62 étend au régime d’assurance chômage l’obligation imposée par la loi de financement pour 2001 aux organismes gérant les régimes de retraite de transmettre à l’autorité compétente de l’Etat les données nécessaires à la constitution d’un échantillon statistique inter-régimes de cotisants. La loi du 21 août 2003 (art. 114) étend également cette obligation aux gestionnaires des plans d’épargne individuels et collectifs pour la retraite. Le décret d’application de ces deux extensions est en cours de préparation.

L’année 2003 a été essentiellement consacrée à la préparation et au vote de la loi du 21 août relative à la réforme des retraites et à la publication des décrets d’application.

C – La mise en œuvre de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites

La loi du 21 août 2003 vise, à des degrés divers, la totalité des régimes de base de retraite, à l’exception des régimes spéciaux concernant des personnels non fonctionnaires, appartenant

50. Ce taux s’applique également par voie d’arrêtés aux prestations en espèces versées par les autres branches : accidents du travail, assurance maladie et invalidité.

essentiellement aux entreprises publiques. En outre, elle crée ou aménage des dispositifs d'épargne en vue de la retraite. La plupart de ses dispositions ont été rendues applicables au 1^{er} janvier 2004. La multiplicité des régimes concernés et la complexité de la loi ont rendu très difficile la publication des décrets d'application dans des délais compatibles avec la nécessité pour les organismes de retraite d'adapter leurs systèmes informatiques, d'organiser l'information et l'accueil des assurés et la prise en charge d'un afflux de demandes résultant de la loi. Certains textes d'application ne sont toujours pas publiés, la priorité ayant été accordée aux textes portant sur le calcul des droits⁵¹. La plupart des décrets qui restent à publier concernent plutôt des procédures institutionnelles (par exemple la création de la commission de garantie des retraites et de la conférence tripartite chargée de proposer l'ajustement des coefficients de revalorisation, la modification de la commission de compensation et la suppression de la surcompensation) ou des dispositions de la loi dont l'entrée en vigueur est plus tardive.

1 – Dispositions générales (titre 1^{er})

Les dispositions essentielles pour les assurés concernent le droit à l'information, l'alignement des régimes complémentaires et les mesures destinées à favoriser le maintien en activité.

Les décrets relatifs à la mise en œuvre du droit à l'information individuelle des assurés (art. 10) et à l'assouplissement des règles de cumul entre une retraite et un emploi (art. 15) sont en cours d'élaboration. S'agissant du droit à l'information, la mise en place d'une coordination entre les régimes et la constitution d'un GIP pour élaborer et délivrer l'information ont fait l'objet d'un rapport remis au gouvernement en mars 2004.

Le décret relatif à la contribution sur les avantages des préretraites d'entreprise a été publié pour fixer le taux réduit applicable jusqu'au 31 mai 2008 (décret du 30 décembre 2003). Enfin, la loi enjoignait aux partenaires sociaux d'engager une négociation pour adapter le dispositif des retraites complémentaires aux modalités nouvelles prévues pour le régime général. Un accord a été signé dans ce sens le 13 novembre 2003.

Le conseil d'orientation des retraites, dont l'existence et les missions sont désormais inscrites dans la partie législative du code de la sécurité sociale, a vu sa composition élargie de 32 à 36 membres par le

51. Certains décrets ne constituent pas l'application d'une disposition de la loi mais mettent en œuvre des mesures réglementaires du plan de réforme.

décret du 28 mai 2004, le nombre de parlementaires, de représentants de l'Etat et de personnalités qualifiées étant accru.

2 – Dispositions relatives au régime général et aux régimes alignés⁵² (titre II)

Modalités de calcul (art. 22, 25, 26, 27)

Deux décrets des 13 et 16 février 2004 ont modifié les modalités de calcul du salaire annuel moyen des polypensionnés, organisé le passage progressif de 150 à 160 du nombre de trimestres d'assurance ou assimilés servant au calcul de la pension dans chacun des régimes, modifié en conséquence la majoration de pension applicable aux assurés du régime général de plus de 65 ans ne justifiant pas de cette durée d'assurance maximum (tout en l'étendant aux autres régimes alignés), enfin allégé le coefficient de minoration (décote) déjà en vigueur et mis en œuvre la surcote au profit des assurés atteignant à 60 ans la durée d'assurance tous régimes requise pour avoir le taux plein mais qui ajournent leur départ en retraite.

Les nouvelles conditions d'attribution du minimum contributif ont été définies par un décret du 26 décembre 2003 : la durée d'assurance au régime général est portée progressivement de 150 à 160 trimestres d'ici à 2008 pour bénéficier du minimum contributif entier. A défaut, il est proratisé. Par ailleurs, le texte fixe son montant à 6 511,06 € par an au 1^{er} janvier 2004. Celui-ci, majoré de 3 % au titre des périodes effectivement cotisées, est porté à 6 706,39 € si toutes les périodes ont donné lieu à cotisation. A défaut, il y a proratisation.

La règle de revalorisation des pensions est à nouveau fixée par une disposition législative permanente. Un arrêté du 23 décembre a fixé pour 2004 la revalorisation des pensions à 1,7 %, dont 0,2 % au titre d'un rattrapage sur l'inflation réelle de 2003.

L'abaissement de l'âge de la retraite (art. 23, 24)

La mise en œuvre de l'abaissement de l'âge de la retraite au profit, d'une part, des assurés ayant commencé à travailler tôt et eu une longue carrière et, d'autre part, des assurés handicapés, a été réalisée respectivement par deux décrets du 30 octobre 2003 et du 17 mars 2004. Ces dispositions visent, outre le régime général et les régimes alignés, ceux des exploitants agricoles, des professions libérales et des avocats.

52. Il s'agit des régimes des artisans, commerçants et du régime géré par la MSA au profit des salariés agricoles.

Cette mesure qui était la plus attendue a fait l'objet du premier décret publié après le vote de la loi.

Les versements pour la retraite au titre de certaines périodes (art. 29)

Un décret (rectifié) et des arrêtés du 31 décembre 2003 ont organisé le droit au rachat d'annuités manquantes, qu'il s'agisse d'années d'études ou d'années où les cotisations n'ont pas permis de valider quatre trimestres. Le dispositif s'applique au régime général et, selon des modalités adaptées, aux régimes alignés, au régime des exploitants agricoles et au régime des cultes. En 2004 et 2005, seuls les assurés d'au moins 54 ans y ont accès et peuvent racheter au maximum 12 trimestres. Le coût d'un trimestre est fixé par un barème qui varie en fonction de l'option d'achat, de l'âge et des revenus.

Les avantages conjugaux et familiaux (art. 31 et 32)

La réforme des majorations d'assurance pour enfant a été précisée par le décret du 26 décembre 2003 pour les régimes alignés et celui des exploitants agricoles. Celle portant sur la pension de réversion et la suppression de l'assurance veuvage (à effet au 1^{er} juillet 2004) a fait l'objet, pour ces mêmes régimes, de deux décrets du 24 août 2004.

Autres dispositions

Les articles 30 (retraite progressive), 35 (activité à temps partiel) et 38 (congé de solidarité familiale) n'ont pas encore fait l'objet du décret prévu.

3 – Les régimes de fonctionnaires (titre III)

Six décrets du 26 décembre 2003 ont précisé la plupart des dispositions qui appelaient une disposition réglementaire, sachant que la loi est plus détaillée pour ces régimes que pour les précédents.

La retraite additionnelle de la fonction publique (art. 76) qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2005 a fait l'objet d'un décret du 18 juin 2004.

4 – Dispositions relatives aux travailleurs non salariés (titre IV)

Pour les exploitants agricoles, la plupart des mesures d'application ont été insérées dans les décrets applicables aux régimes alignés (titre II).

Doivent encore intervenir des décrets relatifs à la surcote (art. 99 IV) et au rachat concernant les aides familiaux (art. 100).

La loi a également décidé la création d'un régime complémentaire obligatoire pour les industriels et les commerçants (art. 81 à 84) et une réforme importante de l'assurance vieillesse des professions libérales (art. 85 à 96). Pour les avocats, quelques adaptations limitées sont prévues (art. 97), la réforme d'ensemble du régime étant renvoyée à une loi ultérieure.

Deux décrets du 27 mai 2004 mettent en œuvre les dispositions concernant à la fois l'organisation, la tutelle, le financement et le mode de calcul des prestations du régime des professions libérales et un décret du 24 août 2004 organise le régime complémentaire des industriels et des commerçants.

5 – Dispositions relatives à l'épargne retraite (titre V)

La loi a permis à toute personne de se constituer, à titre privé ou dans le cadre de son activité professionnelle, une épargne retraite.

Le « plan d'épargne retraite populaire » (PERP) (d'abord appelé dans la loi du 23 août 2003 « plan d'épargne individuel pour la retraite ») a été mis en œuvre par deux décrets et un arrêté du 21 avril 2004.

Le plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO), d'abord appelé plan partenarial d'épargne salariale volontaire pour la retraite (PPESVR), a été mis en place par le décret du 7 mai 2004 intégré dans le code du travail. Le PERCO se substitue au plan partenarial d'épargne salariale volontaire (PPESV) créé par la loi du 8 février 2001.

Un texte important fait encore défaut : celui relatif au régime social (exonération de cotisations) applicable aux contributions de retraite et de prévoyance complémentaire.

D – L'évolution des prestations de retraite du régime général

En 2003, l'évolution démographique était encore favorable au régime général, les générations nombreuses issues du baby boom n'ayant pas encore atteint l'âge de la retraite. Néanmoins, son solde positif se dégrade de 713 M€ par rapport à 2002 : il s'établit à 946 M€. Cette dégradation s'explique essentiellement par l'augmentation de 1 011 M€ des charges de compensation (+52,3 % pour la seule compensation généralisée) à destination des autres régimes de retraite.

Charges de la branche retraite (régime général)

En M€

Charges	2003 (M€)	% 2003/2002
A- Charges de gestion technique	71 196	+ 5,1
dont :		
- prestations légales vieillesse	64 333	+ 3,8
- prestations légales veuvage	77	- 3,6
- action sociale	272	- 11,1
- compensation généralisée	3 007	+ 52,3
- autres transferts	2 857	+ 4,9
- dotations aux provisions	196	- 20
- charges financières	1	+ 92,9
B- Charges de gestion courante	915	+ 3,1
Total	72 112	+ 5,0

Source : *commission des comptes de la sécurité sociale*

Les charges de la branche, s'établissant à 72 112 M€ ont ainsi progressé de 5 %, soit plus du double du taux de 2002 (+2,4 %). Les seules prestations légales « vieillesse » et « veuvage » et d'action sociale (64 683 M€) ont progressé de 3,8 %, soit moins qu'en 2002 (+4,3 %). Au sein de ces prestations, les droits dérivés évoluent moins vite (+3 %) et les prestations veuvage négativement (-3,6 %), tandis que les majorations de pension sous condition de ressources (art. L. 814-1 CSS) progressent de 8,7 %, essentiellement en raison de leur service à l'étranger (v. infra).

La progression des prestations (+3,7 %) est encore légèrement inférieure à celle de l'ensemble des produits (+3,9 %), mais elle est supérieure à celle des cotisations et impôts affectés (+2,5 %), les produits techniques (transferts) progressant de 6,1 %. L'augmentation des prestations résulte de trois effets :

- la revalorisation fixée à 1,5 %, strictement calée sur l'inflation prévue ;
- l'évolution du nombre de retraités : +1,61 % ;
- l'« effet structure » ou « de noria » qui résulte du niveau plus élevé, en euros constants, des pensions des nouvelles générations de retraités qui se substituent aux précédentes. Il s'établit en 2003 à 0,59 %.

Les deux derniers effets mesurent l'accroissement en volume des prestations, égal à la différence entre la progression totale des prestations

(3,7 %) et l'effet prix (1,5 %) soit 2,2 % en 2003, taux légèrement supérieur à celui de 2002 (2,1 %).

IV - Les dépenses de la branche famille

En 2003, pour la cinquième année consécutive, les comptes de la branche famille ont été excédentaires. Mais cet excédent est en forte régression : 426 M€ contre 1 029 M€ en 2002.

Alors que les prestations sociales ont progressé à un rythme légèrement inférieur à celui des produits issus des cotisations, impôts et produits affectés (+ 2,16 % contre + 2,27 %) et que la branche a bénéficié d'une augmentation de reprises sur amortissements de 270 M€ par rapport à 2003⁵³, la dégradation des résultats est due à la forte augmentation de la contribution au financement du FSV en application de l'article 59 de la LFSS pour 2003.

A – Les mesures nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003

Deux mesures nouvelles relatives à la branche famille figuraient dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et ont fait l'objet de la mise en œuvre suivante :

- article 58 : création d'une allocation forfaitaire de 70 € par mois, versée pendant un an aux familles de trois enfants et plus dont l'aîné atteint vingt ans. Mise en œuvre à compter du 1^{er} juillet 2003, cette mesure a entraîné une dépense nouvelle de 16,3 M€ en 2003.

- article 59 : poursuite de l'augmentation de la prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfant, avantage non contributif financé par le FSV depuis 1993. Cette prise en charge est passée de 30 à 60 % en 2003, entraînant des charges supplémentaires de près de 1 Md€ pour la branche famille.

B – L'évolution des dépenses

L'objectif de dépenses de la branche famille entrant dans le champ de la loi de financement a été fixé initialement à 43,6 Md€, puis révisé à

53. Reprises permises principalement par le remboursement à la branche en avril 2003 d'une créance de 238 M€ sur le FOREC

44 Md€⁵⁴. Les dépenses se sont élevées à 43,4 Md€ soit une progression de + 4,3 %. Mais les seules prestations familiales n'augmentent que de 2,1 % par rapport à 2002, tandis que les charges techniques (transferts au profit notamment du FSV en application de l'article 59 de la LFSS pour 2003) progressent fortement.

Le montant total des dépenses de la branche s'est établi à 47,1 Md€ soit une progression de 4,2 % par rapport à 2002 :

Evolution des principaux postes de dépenses de la branche famille en 2003

En M€

	Dépenses 2003	Evolution 2002/2003 (%)
Prestations légales :	32 910	+ 2,09
- Allocations familiales	11 448	+ 1,69
- Complément familial	1 556	+ 0,11
- Allocation pour jeune enfant	2 816	- 0,13
- Garde des jeunes enfants	5 315	+ 2,67
- Monoparentalité	1 825	+ 4,22
- Allocation de rentrée scolaire	1 338	- 1,09
- Logement	3 267	+ 1,21
- Handicapés	5 045	+ 4,71
- Frais de tutelle	182	+ 5,13
- Autres	118	
Prestations extra-légales (action sociale)	2 449	+ 3,65
Transferts versés :	9 194	+ 14,38
- AVPF	3 749	+ 2,16
- Majoration pour enfant (FSV)	1 895	+ 110,18
- Congé paternité	207	+ 3,86
- Financement FNH-FNAL	3 183	+ 1,51
- Autres transferts versés	160	
Charges de personnel et autres charges de gestion courante	1 946	+ 4,68
Charges diverses	573	
Total	47 072	+ 4,21

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale juin 2004.

54. L'objectif n'inclut pas les dépenses de transfert au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer soit 3,7 Md€ versés à la CNAV.

1 – Les prestations familiales ont connu des évolutions contrastées

a) Les prestations d'entretien ont diminué en volume

La base mensuelle des allocations familiales (BMAF), sur laquelle le niveau de la plupart des prestations familiales est indexé, a été augmentée de 1,7 % au 1^{er} janvier 2003. Les principales prestations d'entretien (allocations familiales hors effet de la création de l'allocation forfaitaire : +1,54 %, complément familial : +0,11 % et allocation pour jeune enfant : -0,13 %) ont connu une progression inférieure de même que l'allocation de rentrée scolaire (-1,09 %) en raison, d'une part, d'une relative baisse du nombre d'enfants ouvrant droit à ces prestations et, d'autre part, de la baisse du nombre de ménages éligibles pour celles de ces prestations soumises à conditions de ressources.

b) L'aide à la garde des jeunes enfants a progressé selon un rythme moins rapide que les années précédentes

Les aides à la garde des enfants de moins de six ans ont représenté 5 315 M€ en progression de 2,68 % par rapport à 2002 (la hausse était de 5,6 % en 2002 par rapport à 2001). Cette progression recouvre des évolutions différentes des trois prestations : l'allocation parentale d'éducation (APE) n'a progressé que de 1,3 %, le nombre de bénéficiaires étant resté stable en 2003 ; l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle (AFEAMA) a poursuivi une hausse significative (+5 %) pour atteindre près de 2 200 M€ et l'aide à la garde à domicile (AGED) a connu une baisse beaucoup moins forte que les années précédentes, passant de 115 à 113 M€

c) Les aides au logement ont faiblement augmenté

Après une progression de 7,93 % en 2001 et de 6,11 % en 2002, en raison principalement de la réforme des aides mise en œuvre à la suite de la LFSS pour 2001, les aides au logement n'ont augmenté que de 1,19 % en 2003. Cette faible augmentation est expliquée par une légère diminution du nombre des bénéficiaires (-1,3 %) et par l'absence de revalorisation des barèmes⁵⁵.

55. En raison de différents retards, les revalorisations des barèmes n'ont eu lieu qu'au second trimestre 2004, avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2003.

d) Les aides aux personnes handicapées ont connu une progression soutenue

L'allocation adultes handicapés (AAH) et son complément ont représenté une dépense totale de 4 577 M€ soit une augmentation de 3,3 % due principalement à la hausse du nombre de bénéficiaires (+ 2,2 %). Cette progression n'a pas d'incidence sur le solde financier de la branche car les dépenses au titre de l'AAH et de son complément sont intégralement remboursées par l'Etat.

Par ailleurs, les dépenses relatives à l'allocation d'éducation spéciale (AES) sont passées de 388 M€ en 2002 à 468 M€ en 2003, soit une progression de 20,8 % (après une progression de 10,9 % en 2002) due principalement à la réforme intervenue en avril 2002.

2 – Les dépenses d'action sociale ont connu une augmentation moins élevée qu'en 2002

Les prestations extra-légales, qui avaient fortement crû en 2002 (+13%) suite à l'impulsion donnée par la COG 2001/2004, ont connu une croissance plus modérée en 2003 (+3,7%). Au sein de ces prestations, ce sont les contrats temps libre qui ont progressé le plus fortement, passant de 137 M€ en 2002 à 187 M€