

## **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 316,9 Md€ en 2002, après 300,0 Md€ en 2001, soit une progression de 5,6 %.*

*L'année 2002 met en évidence, comme les années passées, les évolutions contrastées des dépenses des différentes branches : à la modération des dépenses de la branche famille (+ 4,2 %) peut être opposée la forte croissance des dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM (+ 7,2 %). Les dépenses de la branche vieillesse progressent de 4,0 %.*

*Le chapitre dresse, en premier lieu, un bilan de l'évolution des dépenses sociales, au sens de la loi de financement, depuis six ans. En second lieu, il analyse l'évolution des dépenses observées en 2002, en insistant sur les dépenses d'assurance maladie. Comme les années précédentes, l'ONDAM arrêté par le Parlement pour 2002 (112,8 Md€) a été largement dépassé (116,7 Md€) en exécution, ce qui pose la question de l'efficacité des dispositifs de régulation.*

*Les évolutions observées en 2002 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 six ans**

L'évolution des dépenses de la sécurité sociale depuis 1997, première année de la LFSS, 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 comptes<sup>1</sup>.

---

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

Deux enseignements majeurs se dégagent de l'examen des dépenses depuis 1997. En premier lieu, les dépenses ont excédé l'objectif fixé chaque année depuis 1997, d'abord de façon modérée, de l'ordre de 1,5 à 2 Md€ les premières années, puis, à partir de 2001, de façon plus importante : dépassement de 2,9 Md€ en 2001 et de 4,9 Md€ en 2002. Au total, les dépassements cumulés depuis 1997 représentent 15 Md€.

Près de 13 Md€ sur les 15 sont dus aux dépenses d'assurance maladie. Que l'on raisonne à partir de l'objectif de la branche ou à partir de l'objectif des dépenses, l'ampleur des dépassements n'a cessé de croître.

La programmation pluriannuelle des finances publiques prévoyait une diminution progressive du poids des dépenses publiques dans le PIB pour les ramener à 50 % de la richesse nationale, niveau proche de la moyenne communautaire. Si la part de l'ensemble des dépenses de la sécurité sociale dans le PIB (dans le périmètre de la loi de financement) a progressé légèrement (20,7 % en 1997, 20,8 % en 2002), celle des dépenses d'assurance maladie a, en revanche, fortement progressé : l'ONDAM représentait 7,3 % du PIB en 1997, et 7,7 % en 2002.

Le second enseignement majeur de ces évolutions sur cinq ans se dégage d'une comparaison entre les trois principales branches de la sécurité sociale (donc en mettant à part celle des accidents du travail et des maladies professionnelles) : depuis 1997, la croissance des dépenses de retraite (+ 20 %) a été proche de celle du PIB (+ 21,6 %), celle des dépenses de maladie a été beaucoup plus soutenue (+ 27,6 % pour l'ONDAM) et celle des dépenses de la branche famille plus faible (+ 14,4 %)<sup>2</sup>.

Au total, la relative stabilisation de la part des dépenses de la sécurité sociale dans la richesse nationale résulte d'une progression moins forte des moyens consacrés à la politique familiale.

---

2. Tous 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 : ils sont donc obtenus en chaînant les indices successifs calculés dans la première puis la seconde convention.

### Les dépenses des régimes de base dans le champ LFSS

En Md€

Objectifs	Encaissements-décaissements					Droits constatés
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Maladie-Maternité-Invalidité	100,9	103,4	106,4	111,4	117,3	125,4
Accidents du travail	8,4	7,8	8,2	8,4	8,6	8,5
Vieillesse-Veuveage <sup>(1)</sup>	110,8	115,1	119,1	122,4	126,6	136,1
Famille <sup>(2)</sup>	36,8	37,6	39,2	40,2	42,2	42,0
<b>Total des dépenses</b>	<b>256,9</b>	<b>263,9</b>	<b>272,7</b>	<b>282,4</b>	<b>294,7</b>	<b>312,0</b>
<i>ONDAM (rappel)</i>	<i>91,5</i>	<i>93,6</i>	<i>96,0</i>	<i>100,4</i>	<i>105,9</i>	<i>112,8</i>
Réalisations	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Maladie-Maternité-Invalidité - encaissements-décaissements - droits constatés	101,1	104,7	107,6	114,2 115,4	120,4 121,3	129,6
Accidents du travail - encaissements-décaissements - droits constatés	8,4	7,8	8,0	8,1 7,9	8,5 8,8	9,3
Vieillesse-Veuveage <sup>(1)</sup> - encaissements-décaissements - droits constatés	110,0	114,9	118,6	121,9 125,9	126,9 130,9	136,1
Famille <sup>(2)</sup> - encaissements-décaissements - droits constatés	39,0	38,6	39,8	40,3 37,3	41,8 39,2	41,8
<b>Total des dépenses</b> - encaissements-décaissements - droits constatés	<b>258,5</b>	<b>266,0</b>	<b>274,0</b>	<b>284,5</b> <b>286,6</b>	<b>297,6</b> <b>300,0</b>	<b>316,9</b>
ONDAM (rappel) - encaissements-décaissements - droits constatés	91,4	95,1	97,6	103,0	108,8 108,9	116,7
Pour mémoire : PIB <sup>(3)</sup>	1 251,2	1 305,9	1 355,1	1 420,1	1 475,6	1 520,8

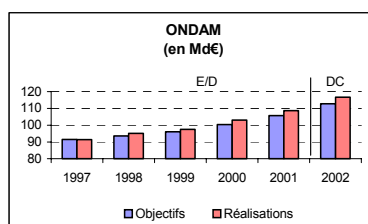
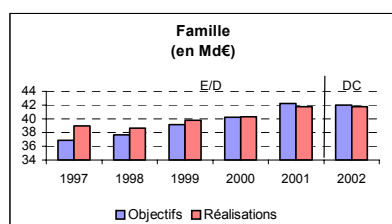
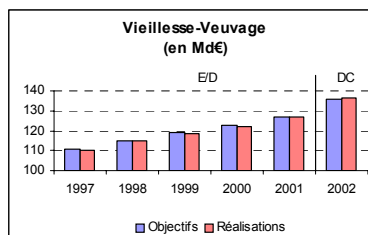
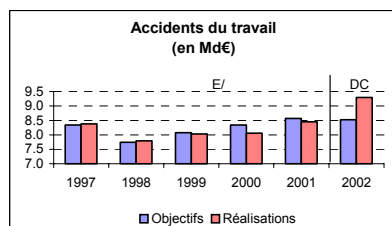
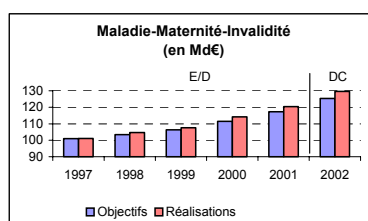
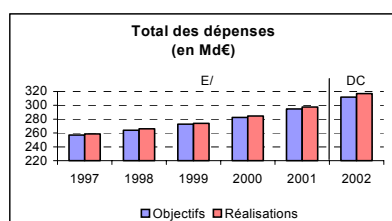
Source : rapports de la Cour et direction de la sécurité sociale

(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.

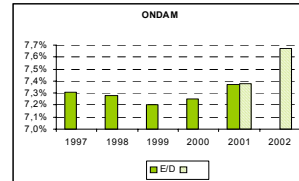
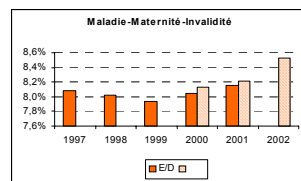
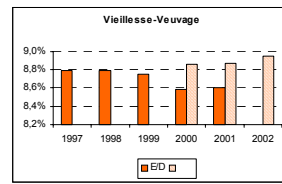
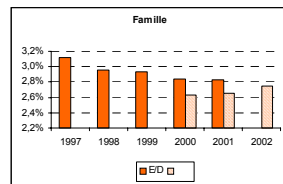
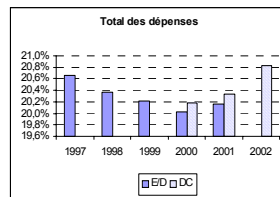
(3) Source : INSEE

### Les dépenses de sécurité sociale dans le champ LFSS Objectifs et réalisations

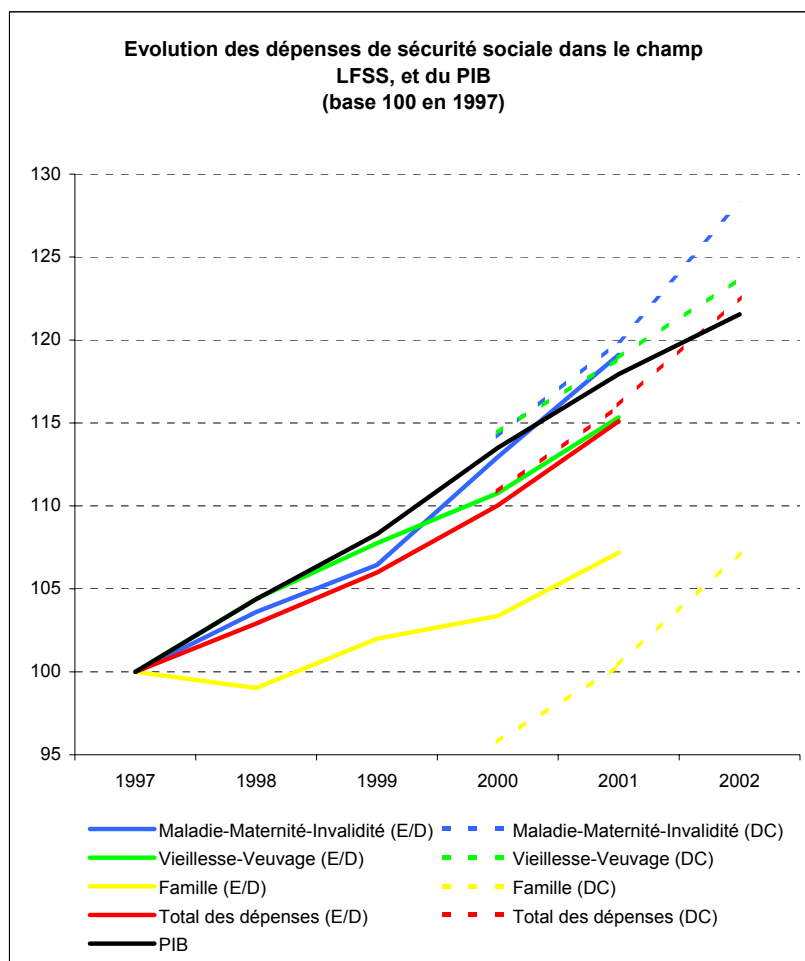


Source : LFSS 1997 à 2002  
 Note : E/D : encaissements-décaissements  
 DC : droits constatés

### Les dépenses de sécurité sociale dans le champ LFSS rapportées au PIB (en %) (\*)



(\*) Sur la période 1997-2002, la valeur du PIB a crû en moyenne de 4 % par an, c'est-à-dire de 21,6 % en six ans



CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

## 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. Un tel objectif a été déterminé, la première fois, pour les dépenses de 1997. Cet objectif ne constitue pas une enveloppe limitative, mais un outil de suivi et de régulation des dépenses d'assurance maladie. 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 et, depuis 2002, réseaux de soins), auxquels s'ajoutent des évaluations des prestations remboursées, d'une part, aux français résidant à l'étranger et, d'autre part, dans les DOM, ainsi qu'une marge de manœuvre. Celle-ci peut venir, en cours d'année, abonder certaines des enveloppes en fonction de l'évolution réelle des dépenses.

Depuis la LFSS pour 2000, l'objectif de dépenses de soins de ville (ODSV) est décomposé entre un objectif de dépenses déléguées (ODD), dont la gestion est déléguée à la CNAM, et un poste « autres soins de ville » géré par l'Etat. L'ODD comprend 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. Le comité économique des produits de santé fixe les prix des médicaments et des dispositifs médicaux et doit assurer un suivi périodique de ces dépenses afin de veiller au respect de l'ONDAM. Il peut, lorsque le seuil d'augmentation des dépenses fixé par la LFSS est dépassé, négocier avec les laboratoires pharmaceutiques des remises et des baisses de prix, qui les exonèrent de la contribution prévue par la loi en cas de dépassement du seuil. L'enveloppe établissements médico-sociaux comprend elle-même deux sous-enveloppes, « personnes âgées » et « personnes handicapées ».

### A – L'évolution d'ensemble des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM

#### 1 – Le plus fort dépassement de l'ONDAM depuis l'origine

Pour 2002, la loi avait fixé l'objectif national des dépenses d'assurance maladie à 112,8 Md€, en augmentation de 4 % par rapport à la base 2001. Les dépenses effectives se sont élevées à 116,7 Md€, soit + 7,2 % par rapport à 2001. L'objectif a ainsi été dépassé de 3,9 Md€, soit

le plus fort dépassement depuis 1997, et cela bien que l'ONDAM arrêté ait traduit une augmentation plus forte que les années antérieures.

## 2 – Une accélération générale des dépenses

Le tableau ci-après compare, pour l'ONDAM lui-même et pour ses différentes composantes, les dépenses effectives de 2001, l'objectif initial de 2002 et les dépenses effectives de 2002 :

### Objectifs et réalisations en 2001 et 2002

En Md€

	Objectif voté 2001	Réalisation 2001	Objectif 2001 rebasé	Objectif 2002	Réalisation 2002	Dépassement 2002	%
<b>Total soins de ville</b>	<b>47 902</b>	<b>50 510</b>	<b>50 159</b>	<b>51 684</b>	<b>54 508</b>	<b>2 824</b>	<b>7,9 %</b>
ODD	22 688	23 412	23 145	23 922	25 101	1 179	7,2 %
Autres soins de ville	25 214	27 098	27 014	27 761	29 407	1 646	8,5 %
<b>Total établissements</b>	<b>56 268</b>	<b>55 745</b>	<b>55 739</b>	<b>58 457</b>	<b>59 272</b>	<b>814</b>	<b>6,3 %</b>
<i>Etablissements sanitaires publics</i>	<i>41 649</i>	<i>41 498</i>	<i>41 187</i>	<i>43 165</i>	<i>43 842</i>	<i>677</i>	<i>5,6 %</i>
Etablissements sous DG	40 982	40 797	40 882	42 853	43 426	573	6,4 %
Autres Etablissements sanitaires							
Honoraires du secteur public							
<i>Médico-social</i>	<i>7 917</i>	<i>7 619</i>	<i>7 793</i>	<i>8 294</i>	<i>8 305</i>	<i>11</i>	<i>9,0 %</i>
Enfance inadaptée, adultes handicapés	5 043	5 099	5 067	5 241	5 391	150	5,7 %
Personnes âgées	2 874	2 520	2 725	3 053	2 914	- 139	15,7 %
<i>Cliniques privées</i>	<i>6 701</i>	<i>6 629</i>	<i>6 759</i>	<i>6 999</i>	<i>7 125</i>	<i>126</i>	<i>7,5 %</i>
<b>ONDAM métropole</b>	<b>104 170</b>	<b>106 255</b>	<b>105 898</b>	<b>110 141</b>	<b>113 780</b>	<b>3 639</b>	<b>7,1 %</b>
Prestations DOM		2 441		2 468	2 689	220	10,2 %
Ressortissants français à l'étranger		209		153	226	73	8,1 %
Marge de manoeuvre		0		31	0	- 31	0 %
<b>ONDAM total</b>	<b>106 716</b>	<b>108 905</b>	<b>108 455</b>	<b>112 794</b>	<b>116 695</b>	<b>3 901</b>	<b>7,2 %</b>

Source : direction de la sécurité sociale - montants en droits constatés

(1) Rebasage effectué par la DSS pour le calcul de l'objectif 2002.

La progression de 7,2 % des dépenses de l'ONDAM traduit une accélération par rapport à la croissance observée en 2000 et 2001 (5,6 %), déjà supérieure à celle des années précédentes. C'est la hausse la plus forte depuis qu'existe un tel objectif. Cette accélération est intervenue alors même que les recettes fléchissaient. Le déficit des régimes obligatoires d'assurance maladie, en droits constatés, est passé de ce fait de 2 Md€ en 2001 à 6,4 Md€ en 2002, soit l'équivalent de 5,5 % des dépenses de l'ONDAM.

Toutes les composantes de l'ONDAM ont contribué à ces évolutions. Les dépenses de soins de ville s'accroissent, mais aussi celles des établissements sanitaires. Alors qu'en 2001, les dépenses étaient inférieures aux objectifs pour deux des enveloppes, établissements médico-sociaux et cliniques privées, elles sont, cette fois, supérieures aux objectifs pour l'ensemble des composantes.

### **3 – Remarques sur la préparation et le suivi de l'ONDAM**

L'évolution de chaque composante de l'ONDAM sera examinée dans les sections suivantes de ce chapitre. Au plan général, les remarques suivantes peuvent être formulées.

#### *a) La détermination de l'ONDAM 2002*

Dans ses rapports de 2001 et 2002, la Cour a noté qu'une régulation ne peut être crédible et efficace que si elle s'appuie sur des objectifs réalistes et des moyens appropriés. Or, dès le départ, le respect de l'objectif 2002 était peu vraisemblable : les effets en année pleine sur 2002 des augmentations de dépenses intervenues en 2001 rendaient à eux seuls ce respect impossible.

Les dépenses avaient cru de 5,6 % en 2001 comme en 2000, et un ralentissement à 4 % était peu probable, même si une légère décélération était intervenue à l'automne 2001.

Comme la Cour l'a relevé dans son rapport de septembre 2002, les dépenses financées sur l'enveloppe des établissements sanitaires publics en 2001 ne reflétaient pas totalement la croissance des dépenses hospitalières. Une augmentation de leurs charges plus rapide que celle de leur dotation conduisait une partie de ces établissements à faire état, à l'automne 2001, de fortes tensions budgétaires. Même une fois attribuée une dotation complémentaire au titre de 2001, celles-ci ne pouvaient que conduire à des reports de charge sur 2002, rendant plus difficile le respect des dotations pour 2002.

Le respect de l'enveloppe médico-sociale pour 2001 n'avait été rendu possible que par des retards dans la médicalisation des établissements pour personnes âgées, comme la Cour l'avait également indiqué. Le constat que, à la fin 2002, la sous-enveloppe personnes âgées a été fortement dépassée, avec une croissance des dépenses de 15,7 %, et que, cependant, à l'issue de cette seconde année du plan de médicalisation prévu pour 3 ans, seuls 16 à 20 % des établissements<sup>3</sup> avaient conclu la convention nécessaire, confirme l'incompatibilité entre le montant de la sous-enveloppe et le plan en cours.

En matière de soins de ville, la LFSS pour 2002 ne comportant pas de mesure significative pour peser sur les dépenses, il était peu crédible que leur croissance puisse revenir à 3 %, après 7,2 % en 2001.

*b) L'ampleur des décisions prises en cours d'exécution*

Les dépenses enregistrées dès les premiers mois de 2002, les revalorisations tarifaires consenties à certaines professions au début de l'exercice, ont rapidement confirmé que l'objectif ne serait pas tenu.

Les résultats provisoires du régime général à fin mai, avant l'effet des nouvelles revalorisations d'honoraires accordées aux médecins généralistes par l'accord du 5 juin, faisaient apparaître un rythme annuel de croissance des dépenses de 6,8 % en taux brut et de 7,4 % en taux corrigé des jours ouvrés. Dès juin, la CNAM indiquait qu'à la fin du premier semestre, la croissance en volume déjà acquise pour 2002, avant toute hausse nouvelle, serait de 3 % pour les dépenses déléguées et de 4,9 % pour l'ensemble des soins de ville. L'acquis de croissance était donc déjà supérieur à l'objectif, avant même l'effet des hausses tarifaires, prévues par l'accord de juin avec les généralistes.

Si elle estimait que « la tendance pour 2002 était incertaine », la commission des comptes de la sécurité sociale n'en chiffrait pas moins, en juillet 2002, à 7 % la croissance des dépenses dans le champ de l'ONDAM pour cet exercice et à 3,8 Md€ le dépassement probable de l'objectif. En septembre, elle évaluait l'augmentation des dépenses à 7,2 %.

Malgré l'évidence du dépassement et malgré les revalorisations tarifaires et les décisions prises en faveur des établissements de soins, le Parlement n'a pas été saisi d'un projet de loi de financement rectificative permettant de définir un nouvel objectif et les moyens d'assurer son

---

3. Selon le nombre d'établissements dont on estime qu'ils seront en définitive concernés.

respect. Ce n'est que dans la loi de financement pour 2003, publiée le 23 décembre 2002, que l'objectif de 2002 a été révisé, ce qui a seulement permis l'affichage d'un taux de croissance plus faible de l'ONDAM pour 2003, comme cela avait déjà été le cas pour la loi de financement pour 2002.

Or, il est souhaitable que l'objectif soit révisé en cours d'année lorsque l'évolution des dépenses, la conjoncture économique ou la politique des pouvoirs publics le rend nécessaire, pour redonner son sens à la notion d'objectif. Ces conditions se trouvaient simultanément remplies en 2002.

L'ampleur des décisions prises par les pouvoirs publics aurait dû inciter à aller en ce sens : revalorisation d'honoraires, dont l'effet sur 2002 était évalué à 780 M€, forte revalorisation des tarifs des cliniques (+ 3,9 %), dispositions prises pour continuer à tirer les conséquences de la réduction du temps de travail dans les établissements publics (400 M€ pour le compte-épargne temps) et leur permettre de faire face aux insuffisances de financement (300 M€).

*c) La minoration des dépenses comprises dans le champ de l'ONDAM*

Le montant des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM pour l'exercice 2002 et l'évolution par rapport à 2001 ne tiennent pas compte de diverses dépenses prises en charge soit par l'assurance maladie, mais comptabilisées à l'extérieur de l'ONDAM, soit par le budget de l'Etat alors qu'elles relèvent normalement de l'assurance maladie.

La remise consentie par l'industrie pharmaceutique à l'assurance maladie au titre de ses dépenses de médicaments de l'exercice antérieur (198 M€), a continué d'être imputée en diminution des dépenses, alors qu'elle devrait l'être en recettes, comme la Cour l'a déjà fait observer.

La prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales des professionnels libéraux, qui revient à majorer leur revenu net, ne figure pas dans l'ONDAM. En conséquence, les dépenses induites par le passage à 66,6 % au lieu de 56,7 % de la participation des caisses à la cotisation ASV des 35 000 spécialistes du secteur 1 pour les six derniers mois de l'année, ne sont pas retracées dans les dépenses effectives de 2002 au titre de l'ONDAM. Les conséquences sur 2002 du protocole hospitalier du 14 mars 2000, soit 305 M€, sont, comme les années précédentes, imputées sur le budget de l'Etat, bien qu'il s'agisse du coût du remplacement de personnels hospitaliers absents, donc de dépenses de personnel normalement financées sur l'ONDAM.

Ces trois postes représentent à eux seuls plus d'1 Md€, soit de l'ordre de 1 % de l'ONDAM de 2002.

*d) L'absence de suivi de la « cinquième enveloppe » prévue par la LFSS 2002, sur le financement des réseaux de soins*

L'article 36 de la LFSS pour 2002 crée, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, une dotation nationale de développement des réseaux. Cette disposition vise à favoriser le financement des réseaux, en le faisant assurer sur les dépenses de prestations de l'assurance maladie et en le rendant ainsi plus pérenne que les aides au démarrage consenties jusque là par le fonds pour l'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV).

La dotation, financée par prélèvement sur l'enveloppe hospitalière, l'objectif quantifié national des cliniques privées et l'objectif des dépenses de soins de ville, a été fixée pour 2002 à 17,1 M€. Faute de dispositif de suivi, les dépenses effectives sur cette nouvelle enveloppe n'étaient pas connues début janvier 2003.

## **B – Les soins de ville et leur régulation**

Comme les années précédentes, les dépenses de soins de ville ont augmenté plus vite que celles afférentes aux établissements sanitaires. Leur progression s'est encore accélérée en 2002, passant à 7,9 %. Elles ont représenté plus de 77 % du dépassement total de l'ONDAM, alors qu'elles constituaient, à fin 2001, 47 % des dépenses de l'ONDAM.

### **1 – Analyse de l'évolution des dépenses**

L'évolution des remboursements de soins de ville appelle deux remarques générales et des commentaires particuliers sur certains postes.

*a) Le coût pour l'assurance maladie des revalorisations d'honoraires*

Le coût pour l'assurance maladie des mesures nouvelles en matière d'honoraires a été de 780 M€ en 2002 et dépasse 1,1 Md€ en année pleine. Il résulte principalement de l'accord conclu avec les infirmières et de ceux passés avec les généralistes en janvier puis en juin. Ces mesures

contribuent ainsi pour 1,5 point à l'augmentation des soins de ville et pour 0,7 point à celle de l'ONDAM<sup>4</sup>.

La croissance des remboursements de soins de ville étant passée de 7,2 à 8,4 %, l'accroissement des revalorisations d'honoraires en 2002 par rapport à celles consenties en 2001 explique à lui seul cette accélération.

#### *b) la progression du taux moyen de remboursement*

Dans la progression globale des remboursements de soins de ville de 8,4 %, les dépenses remboursées avec ticket modérateur ont augmenté de 4,6 %. Celles exonérées de ticket modérateur se sont accrues de 11,9 %, donc 2,6 fois plus vite. La tendance, constatée depuis 1996, à l'accroissement du taux moyen de remboursement, s'est ainsi accélérée : ce taux est passé de 78,0 % à 78,6 %, soit une progression de 0,6 point, alors que, chacune des années antérieures depuis 1996, l'augmentation était de 0,2 point.

Désormais, plus de la moitié des dépenses de remboursement sont afférentes à des assurés exonérés du ticket modérateur. Le taux moyen de remboursement se situe, en 2002, 2 points au-dessus du minimum de 1994 et 1995, et retrouve exactement son niveau antérieur à la baisse des taux de remboursement effectuée en 1993. Au taux moyen de remboursement de 76,6 %, correspondant à ce minimum, les remboursements de soins de ville n'auraient été que de 53,1 Md€ au lieu de 54,5 Md€, c'est-à-dire inférieurs de 1,4 Md€.

#### *c) Les indemnités journalières*

Le poste indemnités journalières augmente de 14,1 % en 2002, soit 1 Md€, par rapport aux 7 Md€ de dépenses de 2001.

Cette hausse s'est encore accélérée par rapport à celle de 2001 (9,1 %) et dépasse le taux annuel moyen de la période 1998 à 2001 (9,2 %). Cette évolution confirme que l'obligation faite aux médecins par la LFSS pour 2000 de mentionner la justification médicale de la prescription des arrêts de travail n'a pas eu d'effet perceptible sur la tendance. L'explication de la hausse demeure cependant incertaine.

En mai 2002, la CNAM avait expliqué le rythme de croissance constaté sur les quatre premiers mois de l'année par des problèmes techniques dans le démarrage d'un nouveau système de liquidation, qui

---

4. Evaluation de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2002.

aurait entraîné des retards fin 2001 suivis d'un rattrapage début 2002. Cette explication s'est avérée insuffisante.

Malgré la forte hausse des indemnités journalières, celles-ci ne figurent pas dans la liste des accords de bon usage des soins, dont les partenaires conventionnels ont retenu le principe dans leur accord du 5 juin 2002, en dépit de la proposition qui en avait été faite par certains syndicats médicaux. La Cour estime cette omission regrettable.

#### *d) Les médicaments*

La croissance de ce poste est revenue de 8,9 % en 2001 à 6,9 % en 2002. Le ralentissement relatif tient surtout à la baisse de près de moitié du nombre de mises sur le marché de molécules nouvelles<sup>5</sup>. Il résulte aussi des baisses de prix décidées en août 2002 pour 121 spécialités pharmaceutiques à service médical rendu jugé insuffisant. Enfin, le développement des génériques contribue également au ralentissement, même s'ils n'économisent que 230 M€ environ en année pleine.

La part de marché des génériques était, en volume, de 3,5 % en 1999, 5,2 % en 2000, 6,9 % en 2001 ; elle est passée à 8 % en février 2002 et 9,8 % en février 2003. En valeur, la part de marché, qui n'était que de 1,8 % en 1999, est passée à 2,6 % en 2000, 3,2 % en 2001 et 5 % en février 2003. La pénétration des génériques s'est donc légèrement améliorée à la suite de l'accord de juin 2002 avec les généralistes, mais elle reste trop faible : en Allemagne, le taux de pénétration en volume est de 28 %, donc trois fois plus important.

#### *e) Les dispositifs médicaux*

La croissance de ce poste, qui comprend divers appareillages médicaux (prothèses...), est restée très rapide : 12,7 % en 2002, après 14,6 % en 2001 et 12,1 % en 2000.

---

5. 31 demandes de mise sur le marché ont été déposées auprès de l'agence européenne du médicament (contre 58 en 2001 et 54 en 2000).

## 2 – Les mesures de régulation

### *a) L'absence d'encadrement global*

Après l'échec, en 2000, du système des « rapports d'équilibre » établis trois fois dans l'année par la CNAM, puis sa quasi-disparition en 2001<sup>6</sup>, l'exercice 2002 s'est déroulé pratiquement hors de tout dispositif de régulation globale des soins de ville.

### *b) Les mesures concernant le médicament*

Outre les baisses de prix déjà mentionnées, est intervenu l'accord du 5 juin 2002 avec les médecins généralistes : en contrepartie des revalorisations d'honoraires, ceux-ci s'engageaient à rédiger en dénomination commune internationale (DCI) au moins 25 % des lignes de prescription de médicaments, de manière à faciliter la délivrance par les pharmaciens des produits les moins chers ; en outre la moitié de ces lignes prescrites en DCI devaient l'être dans le champ du répertoire des produits génériques.

En fait, selon les statistiques établies dans certaines régions, seules 5 % à 7 % des prescriptions seraient actuellement effectuées en DCI. En ce qui concerne la prescription de génériques, l'accord a permis une accélération limitée par rapport à celle déjà enregistrée depuis que les pharmaciens peuvent substituer des génériques aux produits princeps. Aucun bilan n'a encore été établi.

D'autres mesures annoncées n'ont pas été mises en œuvre. En particulier, le déremboursement des médicaments à SMR insuffisant, à l'issue d'une période de trois ans allant de 2000 à 2002, annoncé en septembre 2000, n'avait pas encore eu lieu à fin 2002. De même, les accords de bon usage des soins prévus à l'article 6 de l'accord du 5 juin 2002 dans le domaine du médicament (polymédication des personnes âgées, prescription des hypnotiques, prescriptions de médicaments à SMR insuffisant) n'étaient pas encore intervenus début juin 2003.

---

6. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001 et de septembre 2002.

*c) La baisse des visites à domicile*

L'accord du 5 juin 2002 fixait pour la première année un objectif de réduction de 5 % des visites. Cet objectif était plus que prudent puisqu'il était plutôt inférieur à la décreue observée les années précédentes. Les dépenses afférentes à la visite avaient fléchi d'environ 5 % entre la mi-94 et janvier 2000, donc d'un peu moins de 1 point par an. Mais cette baisse était passée à 15 % de janvier 2000 à janvier 2002, donc de l'ordre de 7 points par an, malgré la majoration, le 1<sup>er</sup> mai 2000, du tarif de la visite rendue au domicile des patients atteints d'une affection de longue durée et âgés de plus de 75 ans. La diminution s'était encore accélérée au 1<sup>er</sup> semestre 2002.

Il est donc difficile de faire la part entre la prolongation des tendances antérieures et les conséquences de l'accord. Il est cependant probable que celui-ci a accéléré la baisse des visites tout en ne provoquant, en compensation, qu'une moindre augmentation du nombre des consultations.

*d) Le développement des accords de bon usage des soins  
et des accords de bonne pratique*

La possibilité ouverte à la CNAM par la LFSS pour 2000 de conclure des accords de bon usage des soins (ACBUS), n'avait guère connu d'application en 2000 et en 2001. La loi du 6 mars 2002 sur la rénovation des relations conventionnelles et l'accord du 5 juin 2002 ont créé les conditions du développement de ces accords.

Des ACBUS ont été signés dans toutes les régions sur le bon usage de la visite à domicile. Des accords ont également été signés avec les chirurgiens dentistes (utilisation des « inlay core »), les biologistes (dépistage de l'insuffisance rénale chronique) et certains auxiliaires médicaux (coordination avec les médecins).

Dans le même temps, des contrats de bonne pratique, négociés collectivement mais à adhésion individuelle et facultative, ont été conclus sur la démarche de soins infirmiers (DSI) et la certification dans les transports sanitaires, ce que la CNAM a engagé début 2003.

---

**SYNTHESE**

---

*Les quelques mesures de régulation intervenues en 2002 ont eu des effets limités par comparaison avec les tendances spontanées de l'offre et de la demande, et avec d'autres décisions prises par les pouvoirs publics, qui ont contribué à l'accélération des dépenses.*

*L'exercice 2002 s'est en réalité déroulé hors de tout système de régulation et même hors de tout cadre de référence, aucune loi de financement rectificative n'étant venue, en cours d'année, adapter les objectifs et les moyens à l'évolution des dépenses, de la conjoncture économique et de la politique des pouvoirs publics.*

*L'accélération des dépenses et l'écart entre l'objectif et le résultat montrent à la fois que l'objectif n'avait pas été fixé de manière réaliste par rapport aux moyens de régulation mis en œuvre et que les instruments eux-mêmes étaient insuffisants.*

## **C – Les enveloppes budgétaires des établissements participant au service public hospitalier**

### **1 – Le bilan de la campagne budgétaire 2002**

#### *a) Les délégations de crédits*

L'arrêté du 30 avril 2002 a fixé, pour les établissements sous dotation globale, d'une part, l'enveloppe des dépenses hospitalières encadrées et, d'autre part, au sein de l'ONDAM, l'objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie qui constitue la ressource essentielle des hôpitaux (groupe 1), les autres principales recettes étant issues du ticket modérateur et du forfait journalier (groupe 2)<sup>7</sup>.

---

7. L'hôpital dispose en outre de recettes qui ne sont pas issues de l'activité hospitalière, les recettes du groupe 3 (produits du patrimoine, prestations de services rendus etc) et du groupe 4 (transferts de charges).

L'enveloppe des dépenses hospitalières encadrées a été fixée (hors unités de soins de longue durée – USLD -) à 44 242 M€ en métropole<sup>8</sup>, soit + 4,54 % par rapport à la base de référence 2001 corrigée des effets de champ.

L'objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie s'élève au sein de l'ONDAM (métropole, y compris les dépenses du service de santé des armées et de l'Institut national des invalides, USLD inclus) à 42 843 M€, RTT incluse, soit une progression de 4,81 % par rapport à l'objectif final de 2001.

Cet objectif tient compte de l'augmentation, estimée à 0,27 %, de la part de la dotation globale dans l'ensemble des recettes des hôpitaux, du fait de la non revalorisation du forfait journalier et de la prise en charge par l'assurance maladie de dépenses jusque là financées par des recettes de groupe 2.

#### *b) Les dépenses identifiées*

Les dépenses de personnel ont été majorées depuis 2000 par la mise en œuvre de nombreuses mesures nouvelles. Par ailleurs, chaque année, est désormais identifiée une enveloppe destinée au financement de mesures de santé publique.

#### *Le coût des protocoles*

Aux protocoles de mars 2000 en faveur du service public hospitalier et de mars 2001 sur les filières professionnelles dans la fonction publique hospitalière (FPH), se sont ajoutés les protocoles de septembre et octobre 2001, relatifs à la mise en place de la RTT pour les personnels de la FPH et pour le personnel médical.

Au total, y compris une provision de 0,36 % au titre des mesures non encore chiffrées, les mesures relatives aux personnels devaient représenter en 2002 une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie de 1 381 M€ en métropole, dont 481,68 M€ au titre de la RTT. S'y ajoute le financement par le budget de l'Etat du dispositif prévu par le protocole du 14 mars 2000 pour assurer le remplacement des agents absents, à hauteur de 305 M€ pour chacune des années 2000 à 2002.

---

8. Les soins de longue durée sont fixés à 1 301 M€, soit un total de 45 543 M€ pour la métropole. Pour les DOM, le taux d'évolution est fixé à 6,13 %, RTT incluse.

### *Les mesures de santé publique*

En 2002, deux enveloppes spécifiques ont été définies au sein des dotations régionales, consacrées au financement des molécules coûteuses et aux programmes de santé publique. Dotée de 165 M€, la première enveloppe était elle-même répartie en trois sous-enveloppes destinées à la prise en charge des traitements de la polyarthrite rhumatoïde et des molécules innovantes en cancérologie, la troisième étant laissée à l'initiative des ARH. Les ARH devaient ainsi pouvoir prendre en charge de nouveaux médicaments, en contrepartie d'engagements de bon usage et d'élaboration de bonnes pratiques.

Les autres mesures de santé publique font l'objet de la « dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins » d'un montant de 168 M€, dont l'affectation relève des ARH, dans le cadre de priorités nationales.

### *c) Les crédits alloués en fin d'exercice*

La campagne budgétaire 2002 a nécessité deux arrêtés et quatre circulaires, qui ont modifié les bases de référence 2001 et les dotations elles-mêmes.

L'enveloppe nationale des dépenses encadrées a été divisée, comme chaque année, en dotations régionales, elles mêmes décomposées en dotations régionalisées allouées en début d'année et en dotations complémentaires versées ultérieurement. La Cour a déjà critiqué cette procédure qui place les ARH en campagne budgétaire permanente<sup>9</sup>.

La somme des dotations régionales distribuées a évolué au fur et à mesure de la campagne. En fin de campagne, une fois la totalité de l'enveloppe répartie, un écart subsiste entre la somme des dotations régionales et le montant total annuel des dépenses encadrées, tel que fixé par arrêté, pour deux raisons : l'une, structurelle, correspond à des enveloppes que le ministère gère directement<sup>10</sup> ; l'autre est propre à l'année 2002.

En septembre 2002, le montant des dépenses encadrées a été, en effet, réévalué de 300 M€, somme intégrée dans le rebasage exceptionnel

---

9. Des dotations complémentaires ont été attribuées en avril, septembre et novembre 2002. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2002.

10. Il s'agit des dotations du service de santé des armées, de l'institut national des invalides et de l'hôpital pénitentiaire de Fresnes.

de l'ONDAM hospitalier de 700 M€ annoncé à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2002<sup>11</sup>.

La dotation de 300 M€ destinée au soutien des établissements devait financer trois types de mesures : des mesures de santé publique et d'organisation des soins (39,5 M€), des mesures relatives au personnel et non encore financées (143,2 M€), enfin le soutien budgétaire, c'est-à-dire la réponse aux « tensions budgétaires » invoquées par les établissements et susceptibles de générer des reports de charges. Ce rebasage a permis de régler certaines situations de tensions budgétaires, dues notamment à la sous-évaluation de l'impact financier du protocole « filières » de mars 2001. Mais, selon le ministère, ces abondements n'ont pas permis de régler la totalité des situations budgétaires délicates.

Les 368 M€ dégagés pour financer les surcoûts du compte épargne temps (CET) dans le cadre de la RTT des établissements sanitaires ont été versés par l'assurance maladie à un fonds créé par la LFSS 2003 au sein du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH). Ces crédits sont destinés à compenser, pour l'ensemble des établissements y compris sociaux et médico-sociaux, le fait que les personnels ont dû voir leurs droits à congés (de 2002 et 2003 et, pour les médecins, de 2004) transférés dans le CET en raison de l'impossibilité de procéder à la totalité des recrutements prévus. En régime de croisière, les hôpitaux alimenteront le CET. Cette somme de 400 M€ est incluse dans la base de l'ONDAM 2003 mais n'entre pas dans les dépenses encadrées.

---

11. Soit 300 M€ au titre du règlement des difficultés budgétaires et 400 M€ destinés à financer les surcoûts du compte épargne temps (CET) dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

*d) Le bilan synthétique de la campagne budgétaire***Bilan de la campagne budgétaire 2002***En M€*

	<b>Métropole</b>	<b>DOM</b>	<b>France entière</b>
<b>Bases régionales de référence pour 2002</b>	<b>42 162,4</b>	<b>1 150,7</b>	<b>43 313,2</b>
Accord salarial et GVT	531,2	33,4	564,6
Priorités de santé publique	434,2	7,4	441,6
Mesures personnel non médical	331,7	8,4	340,1
Mesures personnel médical	98,2	3,6	101,8
Soutien budgétaire et autres mesures	418,5	26,4	444,9
RTT	494,2	18,7	512,9
Autres, dont transfert gériatrie	4	2,8	61,6
<b>Total augmentation des moyens</b>	<b>2 366,7</b>	<b>100,6</b>	<b>2 467,3</b>
<b>Dotations régionales 2002</b>	<b>44 529,1</b>	<b>1 251,4</b>	<b>45 780,5</b>

Compte tenu des mesures nouvelles ajoutées en cours d'année, le taux d'évolution par rapport à la base de référence incluant les effets de champ ressort à + 5,61 % en métropole et à + 5,69 % pour la France entière, au lieu de 4,54 % et 4,65 % annoncés en début de campagne.

Toutefois, plusieurs catégories de dépenses de gestion ne sont pas prises en compte. Comme en 2000 et 2001, certaines mesures sont financées hors ONDAM, par l'assurance maladie, ou par l'Etat. L'assurance maladie finance le fonds de modernisation des établissements de santé (FMES) à hauteur de 152,42 M€ au titre de 2002, tandis que l'Etat a doté le fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO) de 198 M€ en 2002. D'autre part, comme en 2000 et 2001, l'Etat a pris en charge, pour 305 M€, le coût du remplacement des personnels hospitaliers absents. Comme en 2001, l'enveloppe n'a pas été inscrite en LFI 2002, mais seulement en fin d'année, en loi de finances rectificative.

Par ailleurs, le coût de la RTT en 2002 doit être apprécié en ajoutant à l'enveloppe de 513 M€ (France entière) les droits à CET nés en 2002 et financés par le FEH avec l'enveloppe de 368 M€ ajoutée en cours d'année à la charge de l'assurance maladie, soit au total 881 M€.

Afin d'apprécier la progression réelle des dépenses de fonctionnement des hôpitaux publics en 2002, il faut donc rajouter 305 M€ et 368 M€, ce qui représente par rapport à la base de référence une majoration de 0,72 % et 0,84 % respectivement.

Le taux global de progression des dépenses hospitalières (France entière) ressort ainsi à 7,25 %, au lieu de 4,65 % prévu initialement.

Pour l'assurance maladie, l'objectif initial des établissements sous dotation globale<sup>12</sup> fixé à 42 853 M€ (+ 4,8 %) pour la métropole, a été dépassé de 573 M€, soit une progression de 6,4 % et un montant de 43 426 M€. Ce dépassement est inférieur au montant du rebasage de l'ONDAM résultant des décisions d'attribution des deux enveloppes de 300 et 400 M€ destinés au soutien des établissements et au CET. Cette différence s'expliquerait par le fait que les ARH ne répartissent pas intégralement les crédits notifiés tardivement et par des effets de champ intervenus en cours d'année qui ne sont pris en compte que dans la base de l'année suivante.

La réduction des inégalités entre régions, entre 2000 et 2001, a été limitée<sup>13</sup>. Alors que la valeur moyenne du point ISA a augmenté de 2,64 % en France métropolitaine, l'écart entre les valeurs régionales extrêmes (AP-HP et Poitou-Charentes) a légèrement diminué ; mais il a augmenté, si l'on exclut l'AP-HP de l'Ile-de-France, passant de 0,41 € à 0,44 € entre 2000 et 2001. La valeur du point ISA a augmenté plus fortement que la moyenne nationale dans des régions déjà favorisées telles que l'Ile-de-France (+ 3,8 %), Rhône-Alpes (+ 4 %), PACA (+ 4,9 %).

Au titre de la réduction des inégalités entre régions, un montant de 101 M€ a été prélevé sur les régions contributrices (Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, PACA) au profit des régions

---

12. Dans les comptes de l'assurance maladie, l'enveloppe de l'ONDAM « établissements sanitaires publics » comporte, outre l'enveloppe des « établissements sous dotation globale », des dépenses diverses « autres établissements », soit l'effet des conventions internationales et les honoraires du secteur public. Le total des deux lignes correspond à un objectif de 43 165 M€ et une réalisation de 43 842 M€.

13. Les valeurs de point ISA de l'année N ne sont connues qu'à partir d'octobre N + 1. Donc les valeurs de 2002 ne sont pas disponibles.

déficitaires. Ce montant ne représente que 0,24 % des dotations finales, comme en 2000 et 2001.

#### *e) L'utilisation des enveloppes par les ARH*

Le bilan au 1<sup>er</sup> février 2002 de la campagne budgétaire montre que les ARH avaient toutes à cette date procédé à une première répartition de leur dotation régionale. En métropole, 97,9 % des crédits distribués ont été attribués dès les budgets primitifs, une partie de la dotation initiale, 880,6 M€, soit près du double par rapport à 2001, ayant été mise en réserve par les agences. Ce gel a correspondu, d'une part, à la provision de 0,36 % pour mesures salariales futures que les ARH devaient constituer et, d'autre part, à des provisions décidées pour financer la RTT ou les molécules coûteuses. Plus de 25 % de l'enveloppe initiale allouée au titre de la dotation incompressible de santé publique ont été mis en réserve, tandis que les agences prélevaient sur la dotation régionale de reconduction une provision de 130 M€ destinée à financer les priorités régionales. Enfin, des crédits ont été réservés pour financer en cours de campagne les mesures nouvelles décidées au plan national.

## **2 – La campagne budgétaire 2003**

Elle a été annoncée comme une campagne de transition devant préparer les évolutions inscrites dans le plan « Hôpital 2007 » présenté le 20 novembre 2002 au conseil des ministres et qui comporte notamment l'instauration d'un mode de financement prenant davantage en compte l'activité médicale et le service rendu.

En 2003, la compréhension des taux d'évolution des objectifs de dépenses hospitalières et d'assurance maladie est rendue plus complexe du fait de l'intégration dans ces objectifs de dépenses nouvelles. En effet, la technique retenue a consisté à inclure les sommes correspondantes dans les bases 2002 et à appliquer à celles-ci des taux qui ne font pas apparaître ces nouvelles dépenses, soit + 4,81 % pour les dépenses encadrées et + 5 % pour les dépenses d'assurance maladie.

#### *a) L'objectif de l'assurance maladie*

Le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie pour 2003 a été fixé à 5 %. Comme l'indique le tableau ci-dessous, l'objectif des dépenses d'assurance maladie est fixé à 45 813 M€ pour 2003 (métropole, hors USLD). Ce taux tient compte d'une nouvelle déformation prévisionnelle de la structure des recettes de 0,19 % au

détriment de l'assurance maladie, en raison de la non revalorisation du forfait journalier et de l'effet en année pleine de l'intégration dans la sécurité sociale des accidents du travail des exploitants agricoles.

*b) L'objectif des dépenses encadrées*

Les dépenses hospitalières encadrées doivent progresser en métropole de 4,81 % par rapport à une dépense 2002 rebasée. Avant rebasage, ce taux ressort à 5,42 %, véritable taux d'augmentation des dépenses encadrées. Après imputation de la dotation des réseaux, l'enveloppe des dépenses encadrées est fixée à 46 899 M€ (métropole, hors USLD).

**L'évolution des dépenses hospitalières encadrées**

*En M€, hors SLD*

	<b>Métropole</b>	<b>DOM</b>	<b>France entière</b>
Base de référence des dépenses régionales (circ. 14 avril 2003)	44 535	1 255	45 790
Dépenses encadrées (arrêté 27 janvier 2003)	46 899		
Taux affiché d'évolution des dépenses encadrées/dépenses encadrées 2002 rebasées (soit 44 643 M€)	4,81 %		
Dotations régionales au 31 mars 2003	46 420	1 332	47 752
<i>Dont :</i>			
RTT personnel non médical	501	17	518
RTT personnel médical	116	6	122
Enveloppe hospitalière de l'ONDAM	45 813		
Taux affiché d'évolution	+ 5 %		

La base de dépenses 2002 intègre les mesures reconductibles accordées en 2002, les effets de champ et des transferts tels que les crédits de remplacement des agents absents (305 M€), l'intégration d'unités hospitalières en toxicomanie, l'intégration des honoraires des médecins libéraux intervenant dans les hôpitaux locaux ; elle exclut les crédits correspondant à la rémunération des étudiants en médecine en

stage chez un généraliste ainsi qu'à celle du maître de stage, dépenses reprises par l'Etat.

Hors transferts, un montant de plus d'1,9 Md€ au titre des mesures nouvelles a été délégué immédiatement pour la prise en charge :

- de mesures en faveur du personnel (1,6 Md€), soit revalorisations des carrières (252,7 M€), mesures salariales (428,3 M€), mise en place de la RTT (617,3 M€), provision de 0,86 % pour mesures salariales et catégorielles (383 M€), réduite par la suite de 0,25 point.
- de la poursuite des grands programmes de santé publique (0,3 Md€), dont les mesures impérativement fléchées (21 M€) et les molécules coûteuses (188,6 M€).

Par ailleurs, les dotations régionales intègrent l'effet négatif d'un effort de productivité demandé aux hôpitaux et l'effet positif de la modification des règles de péréquation.

### *c) Les novations de la campagne 2003*

La circulaire budgétaire du 19 décembre 2002 va dans le sens de certaines préoccupations exprimées par la Cour dans ses rapports annuels sur la sécurité sociale, plus particulièrement en 2002.

Les crédits de remplacement des agents absents sont désormais pris en charge par l'assurance maladie et inclus dans les dépenses encadrées et non plus, comme c'était le cas depuis trois ans, financés par le budget de l'Etat et comptabilisés en groupe 3 des recettes hospitalières. La prise en charge par l'Etat ne devait durer que trois ans alors que la mesure était présentée comme pérenne. Il en résulte une majoration des dépenses encadrées de 0,66 % en 2003.

Une plus grande autonomie est accordée aux ARH dans la gestion des dotations régionales afin de mieux adapter la répartition des crédits à la réalité locale. Les financements supplémentaires accordés en 2003 sont pour l'essentiel globalisés et fongibles.

En contrepartie, les ARH devront faire des comptes rendus d'exécution précis. La nouvelle version de l'application GEODE permet, à partir de 2003, d'assurer une part importante du suivi de la campagne budgétaire, grâce à une saisie des données en temps réel et devrait ainsi alléger la tâche des ARH. Néanmoins, certains éléments ne peuvent être suivis dans GEODE et la précision des données enregistrées n'est pas suffisante pour suivre dans le détail certaines mesures, telles la RTT. La

responsabilisation accrue des ARH en matière budgétaire sera intégrée dans les futurs contrats que les directeurs signeront avec le ministre.

Une autre novation est introduite dans la campagne budgétaire 2003. Les taux d'évolution des dotations régionales intègrent l'impact d'un effort d'économie de 0,3 % que les ARH doivent négocier avec les hôpitaux. Ce taux est présenté comme correspondant à une économie d'environ 1,3 % sur les dépenses des groupes 2 (médicaments) et 3 (dépenses de fonctionnement hors personnel). L'effort ne semble donc pas devoir porter sur les dépenses de personnel, qui constituent pourtant les deux tiers des dépenses. Il s'agit davantage d'inciter les ARH et les établissements à tirer les conséquences des écarts de coût constatés sur certaines fonctions, notamment logistiques et administratives, ainsi que des écarts très importants de prix d'achat des médicaments les plus coûteux. Dans le cadre du plan Hôpital 2007, il est envisagé d'assouplir les règles de la commande publique afin de permettre la mise en place de groupements de commande efficaces<sup>14</sup>.

Enfin, le plan « Hôpital 2007 » introduit deux changements. La réforme des modalités de péréquation s'inscrit dans la volonté des pouvoirs publics d'évoluer, dès 2004, vers une tarification à l'activité. Dans cette perspective, la réduction des inégalités repose désormais sur le seul critère d'efficacité économique que constitue la valeur régionale du point ISA. Tant la Cour que l'IGAS avaient estimé insuffisant le poids du critère de la valeur du point ISA dans la péréquation<sup>15</sup>.

La seconde évolution concerne le plan quinquennal exceptionnel d'investissement de 6 Md€. A cette fin, le FMESPP<sup>16</sup>, financé par des crédits d'assurance maladie hors ONDAM est doté en 2003 de 300 M€ au titre de l'investissement, dont le bénéfice est ouvert à tous les établissements de santé. Pour les établissements publics, tout effort supplémentaire d'investissement au titre du plan « hôpital 2007 » est accompagné, grâce à une enveloppe spécifique de 70 M€ prévue dans l'ONDAM, du financement des surcoûts correspondants de groupe 4 (coût des emprunts, amortissements), désormais intégré aux dotations régionales.

---

14. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2002.

15. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1999.

16. Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés a été créé par la LFSS pour 2003 par fusion du fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP) et du fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) qui avait lui-même succédé au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO).

## **D – L'enveloppe des cliniques privées**

Le suivi de cette enveloppe est particulièrement complexe. Il existe en fait deux enveloppes « cliniques privées ». L'arrêté interministériel fixe, au sein de l'ONDAM, l'enveloppe objectif quantifié national (OQN) qui servira de base aux négociations avec les fédérations de cliniques privées. Mais la ligne « cliniques privées » de l'ONDAM qui apparaît dans le rapport de la CCSS a un champ différent : elle inclut des prestations qui restent hors champ de la négociation et exclut les prothèses internes (incluses dans la ligne soins de ville de l'ONDAM) et les dépenses des DOM (incluses dans la ligne DOM de l'ONDAM). Au total, l'OQN est plus élevé que la ligne « cliniques » de l'ONDAM. En outre, alors que la ligne cliniques de l'ONDAM est suivie en consommation de soins, l'OQN négocié restait suivi à partir des données de liquidation. Depuis 2003, un effort de clarification est fait : cet OQN est fixé en droits constatés, en date de consommation de soins, et il inclut les prothèses internes. Désormais, la décomposition de l'ONDAM fera apparaître directement la ligne correspondant à l'OQN.

### **1 – La répartition de l'OQN en 2002**

Pour 2002, l'arrêté du 30 avril 2002 a fixé la base de référence à 7 065 M€, égale à l'OQN réalisé de 2001, déduction faite d'une somme de 13 M€ correspondant à la prise en compte d'effets de champ. Sur cette base, l'OQN 2002 a été fixé à 7 312 M€, soit + 3,49 %.

#### *a) L'accord national tarifaire du 30 avril 2002*

L'accord national signé entre l'Etat et les organisations nationales représentatives des établissements de santé privés a fixé le taux d'évolution moyen national des tarifs de prestations à 3,93 %, dont 1,86 % au titre des mesures salariales. Il s'inscrit dans le prolongement de l'accord tarifaire d'avril 2001 et du protocole d'accord de novembre 2001 par lesquels l'Etat s'est engagé à faire participer de manière significative l'assurance maladie au financement des revalorisations salariales, en contrepartie de la signature d'une nouvelle convention collective commune à l'hospitalisation privée de statut commercial. A cette majoration de l'enveloppe OQN s'ajoutent les subventions accordées au titre du FMCP.

### *La réduction des inégalités de moyens*

Dans le respect du taux moyen national de 3,93 %, l'accord fixe les taux d'évolution moyens des tarifs de prestations de chaque région pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie. Pour l'activité d'urgence, les taux d'évolution moyens sont fixés à 11,28 % pour les montants des forfaits annuels et à 3,93 % pour le tarif de la prestation « accueil et traitement des urgences ».

Les taux applicables à chaque établissement ne peuvent être inférieurs pour chaque activité médicale à 0 % ni supérieurs à 150 % de ces taux moyens.

L'objectif est de réduire les écarts de moyens alloués au regard de l'activité médicale décrite, s'agissant des activités MCO, par le PMSI. Les taux d'évolution régionaux ont été fixés entre 2,09 % pour la région Ile-de-France et 7,32 % pour la région Basse-Normandie. Pour la première fois, une modulation des tarifs des prestations de psychiatrie a été entreprise sur la base des écarts de tarifs moyens régionaux. Les actions ciblées portent sur les activités d'obstétrique (création d'un forfait de prise en charge du nouveau-né) et d'accueil des urgences (forte augmentation des forfaits annuels). Dans les DOM, un taux d'évolution de 7,44 % est applicable à toutes les disciplines.

### *Les résultats financiers*

Le rapport de mai 2003 de la commission des comptes de la sécurité sociale fait état d'une forte progression des volumes, en particulier à la fin de l'année, ce qui conduirait à une évolution de l'enveloppe cliniques privées de l'ONDAM de 7,5 % en valeur, soit 7 125 M€, pour un objectif 2002 fixé à + 3,5 %. La DHOS indique que la réalisation de l'OQN s'établit à 7 655 M€, soit un taux de progression de 9,3 % en encaissements-décaissements par rapport aux réalisations rebasées sur l'année 2001. Cela correspond à une augmentation de l'activité de l'ordre de 5,7 %. Selon la DHOS, l'effet volume réel est évalué à 3,5 % si l'on prend en compte, notamment, les dépenses en date de soins<sup>17</sup>.

---

17. Cette évolution s'expliquerait en partie (1,5 point) par un effet de rattrapage des liquidations, celles-ci ayant été ralenties en 2001 par la mise en place de la caisse centralisatrice des paiements. Un report d'activité des hôpitaux publics sur les cliniques, dû à la mise en place de la RTT est également invoqué.

### *Le fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP)*

Créé par la LFSS pour 2000, il était doté par l'assurance maladie, hors ONDAM, en 2002, de 91,5 M€, la LFSS 2002 portant par ailleurs de 22,8 à 114,3 M€ la dotation 2001 du fonds en raison de l'élargissement de ses missions. Le protocole d'accord du 7 novembre 2001 entre l'Etat et les fédérations d'établissements privés a, en effet, étendu son champ « à la contribution à la politique sociale et salariale des établissements concernés ». Le décret du 4 juillet 2002 a prévu que, pour 2001 et 2002, le fonds participe au financement des revalorisations salariales générales ou catégorielles décidées par accord collectif ou par décision unilatérale de l'employeur, des nouvelles cotisations de l'employeur au financement de prestations complémentaires de prévoyance, des actions de formation ou visant à l'amélioration des conditions de travail.

Le « volet social » du fonds a été établi à 181,3 M€, soit la totalité des sommes allouées par la LFSS 2002 au titre de 2001 et 2002, compte tenu du coût prévisible du protocole. La répartition entre les régions a été effectuée, par circulaire, selon des modalités faisant intervenir le PMSI, la part des régions dans la dépense et une modulation selon les disciplines. Les subventions « sociales » sont attribuées par les ARH en fonction du niveau des tarifs de prestations des établissements apprécié au regard des données d'activité et en fonction de la situation de l'établissement au regard des objectifs du SROS. Les critères d'attribution sont les mêmes que pour la modulation tarifaire, ce qui permet de respecter l'objectif de réduction des inégalités de ressources entre établissements. Les ARH y ont ajouté la prise en compte de la masse salariale des établissements. Le fonds devait aussi financer le coût de l'expérimentation du PMSI en soins de suite et en psychiatrie.

Si l'on majore l'OQN 2002 du montant des subventions du FMCP, soit 181,3 M€, la progression de l'enveloppe passe de + 3,49 % à + 6 %.

#### *b) La mise en œuvre de l'accord national par les ARH*

Le PMSI ne permet pas de rendre compte de tous les facteurs explicatifs des inégalités de ressources entre établissements. Dès lors, l'accord régional doit déterminer les critères de modulation des tarifs en vue de l'amélioration de la qualité des soins, compte tenu des objectifs des SROS et des orientations de la conférence régionale de santé.

L'analyse des accords et arrêtés régionaux des années 2000 et 2001 ayant conduit au constat d'une très forte hétérogénéité dans l'utilisation, notamment du PMSI, la DHOS a diffusé en mars 2002 des recommandations élaborées avec l'aide d'un groupe de travail.

En 2002, un accord a été signé dans toutes les régions, sauf une. La DHOS a constaté que toutes les ARH ont utilisé le PMSI pour la modulation des tarifs de court séjour, à côté de critères de qualité, de santé publique, d'harmonisation des tarifs, d'organisation des soins. Mais ces différents objectifs pouvant avoir des effets contradictoires en termes de tarification, la réflexion doit être poursuivie sur les modalités de leur mise en œuvre.

#### *La réduction des écarts*

Le PMSI des cliniques privées fonctionne à partir d'une échelle de prix, et non de coûts, résultant de l'exploitation des factures. Chaque GHM a une valeur exprimée en euros, qui correspond au montant de la facture moyenne constatée pour les séjours classés dans ce groupe. Le coût unitaire du point ISA d'une région est calculé en rapportant au volume total de points produits le total des facturations des établissements. La moyenne nationale (hors DOM) de la valeur du point ISA (1,26 €) a augmenté de 2,48 % en 2001/2000 (dernière comparaison disponible). L'écart maximum entre les régions, qui était, en 2000, de 0,31 € (de 1,41 en Ile-de-France à 1,10 en Poitou-Charentes), s'est réduit à 0,27 € entre ces mêmes régions, en 2001, à l'image de ce qui est observé pour les dépenses hospitalières. De fortes augmentations de la valeur du point sont cependant observées en 2001 dans des régions déjà favorisées : Rhône-Alpes : + 3,91 %, Bourgogne : + 3,90 %.

## **2 – La répartition de l'OQN en 2003**

### *a) La détermination de la base tarifaire*

La campagne tarifaire 2003 a commencé par la pérennisation des ressources allouées par le 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 de prestations ont été revalorisés, à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2003, dans la limite des ressources allouées au titre de ces subventions sociales pour 2001 et 2002.

La revalorisation des tarifs des cliniques s'est faite, selon une méthode fournie par la DHOS, par application d'un taux calculé par les ARH à une assiette évaluée par la DHOS à partir des dépenses des établissements tous régimes, issues du SNIREP, corrigées par les données des caisses centralisatrices des paiements et validées par les établissements. La solution, retenue en 2002, pour accorder des ressources aux cliniques via le FMCP a singulièrement accru la

complexité de la campagne tarifaire 2003, et cela sans justification objective.

*b) La fixation des objectifs*

L'arrêté du 27 janvier 2003 a fixé l'objectif cliniques privées au sein de l'ONDAM à 7 961 M€, soit + 4 % par rapport à l'objectif 2002 rebasé à 7 651 M€.

L'accord national a été signé par l'Etat et les fédérations de cliniques privées le 24 avril 2003. Le taux d'évolution moyen des tarifs des prestations d'hospitalisation est fixé à 3 % au 1<sup>er</sup> mai 2003<sup>18</sup>. La prévision d'évolution en volume prise en compte est de 1 %, ce qui est très inférieur à l'évolution constatée en 2002, laquelle a été jugée exceptionnelle (reports d'activité des hôpitaux publics à cause de la RTT). Chaque année se pose la question du réalisme des évolutions tarifaires et des effets volume prévus par rapport à l'évolution de l'enveloppe OQN. Mais les dépassements d'enveloppe sont désormais inclus dans les bases de référence.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

### **III - Les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles**

Dans son rapport public de février 2002 sur la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles, la Cour a montré les biais qui affectent la signification des comptes de cette branche de la sécurité sociale. En particulier, une partie des dépenses de soins afférentes aux risques professionnels, et notamment une partie importante des frais d'hospitalisation, est imputée à la branche maladie et la compensation mise ainsi à la charge de la branche ne peut être établie que sur des bases forfaitaires. Ce constat, effectué sur les comptes de 2001, demeure valable pour ceux de 2002.

---

18. Les taux d'évolution régionaux en MCO sont compris entre 2,66 % (Ile-de-France) et 3,74 % ( Basse-Normandie) en métropole, les DOM bénéficiant de taux nettement supérieurs. L'accord comporte également une modulation des tarifs de psychiatrie, tandis que les tarifs de SSR évoluent de manière uniforme.

Si l'on considère les comptes tels qu'établis par la CNAM pour ce qui concerne le régime général, qui représente 87 % du total des dépenses, les remarques suivantes peuvent être formulées.

Les dépenses de soins (+ 9,2 %) et les indemnités journalières (+ 16,3 %) ont augmenté très rapidement, de façon plus prononcée que les postes correspondants de l'assurance maladie.

Les charges afférentes aux rentes n'ont progressé que très légèrement en volume, l'essentiel de la progression des dépenses correspondant à la revalorisation des pensions (+ 2,2 % au 1<sup>er</sup> janvier 2002).

Les rentes constituant plus de la moitié des charges de prestations légales versées par la branche, l'augmentation globale de celles-ci a été de 7,4 %, rythme supérieur à celui des années antérieures.

#### Montant des prestations légales de la branche AT-MP

M€

	2001	2002	2002/2001
Soins de ville	431	470	+ 9 %
Soins en établissements	442	483	+ 9,3 %
Indemnités journalières	1 562	1 817	+ 16,3 %
Rentes	3 233	3 317	+ 2,6 %
Total prestations légales	5 668	6 087	+ 7,4 %

Source : CNAM-DES - montants encaissements- décaissements

Les dépenses de prévention (fonds national de prévention des accidents du travail) ont été à nouveau inférieures aux prévisions (305 M€ contre 348), ce qui prolonge le constat déjà fait par la Cour du faible dynamisme de ces actions.

Bien qu'ayant, pour leur part, diminué de 1 %, les dépenses de transferts continuent de constituer une partie importante des charges de la branche (9 %).

**Dépenses de transfert**

M€

	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2002/2001</b>
Reversement à l'assurance maladie	144	300	+ 107,6 %
FCAATA	206	300	+ 45,6 %
FIVA	438	180	- 58,9 %
Total transferts	788	780	- 1 %

Source : CNAM et Commission des comptes juin 2003 - montants en droits constatés

Le doublement du reversement à l'assurance maladie résulte de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Il se justifie notamment par l'extension de ce reversement, jusqu'alors fondé sur la sous-déclaration des maladies professionnelles, à une compensation de la sous déclaration des accidents du travail.

Le versement à effectuer en 2002 au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) avait été initialement évalué, en novembre 2001, par la CNAM, à 157 M€, au vu des données figurant dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001. La loi de financement pour 2002 l'a en fait arrêté à 200 M€ et la loi de financement pour 2003 l'a porté à 300 M€ pour l'exercice 2002. Ces majorations successives contribuent à expliquer que la branche ait été déficitaire à fin 2002. En effet, les cotisations, qui sont ajustées chaque année, avaient été calculées par la CNAM en novembre 2001 en tenant compte d'un versement au FCAATA de 157 M€.

La dotation au fond d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a fortement baissé de 438 M€ en 2001 à 180 M€ en 2002. Elle est cependant supérieure de 104 M€ à ce qui avait été pris en compte par la CNAM au moment où celle-ci a prévu les cotisations pour 2002, en novembre 2001, soit 76 M€. Ce poste contribue donc également à expliquer que, contrairement à ce qui était le cas toutes les années précédentes, la branche ait été déficitaire en 2002 de 45 M€ contre un excédent prévu de 134 M€.

Les charges de compensation au bénéfice du régime des mines et de la mutualité sociale agricole sont demeurées stationnaires (539 M€ contre 544 M€).

Au total, et compte tenu des contributions de la branche aux trois fonds généraux de la CNAM (fonds national de gestion administrative, fonds national du contrôle médical et fonds d'action sanitaire et sociale), l'ensemble des charges de la branche AT-MP du régime général a progressé de 1,8 % en 2002, s'établissant à 8 618 M€ en droits constatés, contre 8 469 M€ en 2001.

#### Dépenses de la branche AT-MP du régime général

M€

Prestations	6 152
Fonds national de prévention FNPAT	305
Transferts	780
Compensations	539
Fonds commun des accidents du travail (FCAT) (1)	72
Fonds budgétaires (FNGA, FNCM, FNACS)	527
Dotations aux provisions	243
<b>Total des dépenses</b>	<b>8 618</b>

Source : CNAM-DES - montants en droits constatés

(1) Ce fonds prend en charge les rentes anciennes

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

## IV - Les dépenses de la branche vieillesse

Les dépenses de la branche vieillesse entrant dans le champ de la loi de financement<sup>19</sup> se sont élevées à 136,14 Md€, soit une croissance de 4 % par rapport à 2001. L'article 69 de la loi de financement avait évalué à 136,08 Md€ le montant constituant l'objectif de ces dépenses pour 2002.

19. Ensemble des régimes de retraite comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, à l'exception des régimes complémentaires obligatoires (ARRCO, AGIRC notamment).

## **A – Les dispositions particulières relatives aux dépenses de la branche vieillesse**

Dans la loi de financement pour 2002, six articles concernaient la vieillesse.

L'**article 67** concerne les ressources de la CNAV, du fonds de solidarité vieillesse et du fonds de réserve pour les retraites, car il modifie la clé de répartition du produit du prélèvement de 2 % sur le patrimoine et les placements. Son application est étudiée lors de la présentation des comptes de ces deux fonds.

Les cinq autres articles ont été appliqués de la façon suivante :

L'**article 62** prévoit la revalorisation des avantages de vieillesse, d'invalidité et d'accidents du travail. En application de cet article, l'arrêté interministériel du 25 janvier 2002 a revalorisé de 2,2 % les pensions d'invalidité, les pensions et rentes de vieillesse mentionnées aux articles L.314-6 et L.351-11 du code de la sécurité sociale, ainsi que les prestations dont les modalités de revalorisation sont identiques.

L'**article 63** prévoit que toute période de service national légal est, sans condition préalable, assimilée à une période d'assurance pour l'ouverture du droit et la liquidation des avantages de vieillesse. Cette mesure a été prise dans un souci d'équité et d'harmonisation des règles qui s'appliquent à l'ensemble des appelés. Désormais, l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse de base, y compris le régime des professions libérales qui ne prenait pas en considération les périodes de service national, assimilent, sans condition préalable, les périodes de service national à une période d'assurance pour l'ouverture du droit et la liquidation des avantages de vieillesse.

Cette nouvelle disposition permet de résoudre le cas des personnes n'ayant pas exercé d'activité avant le service national légal et qui, par la suite, n'ont relevé que d'un seul régime de retraite. En revanche, les règles doivent être définies pour :

- déterminer le régime compétent pour la validation de la période de service national lorsque les personnes ont exercé successivement, alternativement ou simultanément des activités relevant de plusieurs régimes de retraite ;
- permettre aux régimes des artisans, commerçants et industriels applicables avant l'alignement sur le régime général de valider, sans condition préalable, les périodes de service national accomplies antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 1973.

Le décret destiné à définir ces différentes règles n'a pas été pris en 2002. Cependant, une lettre ministérielle du 3 mai 2002 a défini les modalités de coordination entre régimes applicables aux polypensionnés. Ces modalités ont été appliquées depuis lors.

L'**article 64** relatif à la majoration de la durée d'assurance pour enfant ne vise qu'à donner une base légale à une mesure qui doit être prise par décret. La législation antérieure prévoyait que la majoration de durée d'assurance de huit trimestres par enfant n'était accordée que pour les femmes ayant élevé un enfant pendant au moins 9 ans avant leur 16<sup>ème</sup> anniversaire. Cette double condition générait des effets de seuils pénalisant les femmes ayant perdu un enfant avant son 9<sup>ème</sup> anniversaire ou ayant adopté un enfant âgé de plus de 7 ans. Les conditions d'attribution de la majoration de durée d'assurance doivent être assouplies en proratisant cette majoration en fonction de la durée effective de prise en charge de l'enfant. Le décret en Conseil d'Etat nécessaire n'a pas été pris en 2002. Les modalités de la réforme de la majoration de la durée d'assurance ont toutefois été inscrites dans la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites (article 32).

L'**article 65** prévoit la remise d'un rapport sur la situation des personnes handicapées de plus de 60 ans au plus tard le 31 mai 2002. Ce rapport n'a pas été établi à la date prévue.

L'**article 66** parachève l'intégration financière du régime de sécurité sociale des cultes au régime général de sécurité sociale. En effet, l'assurance maladie du régime des cultes a été intégrée financièrement à celle du régime général en 1987 et l'assurance vieillesse par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998. La présente disposition est relative à l'intégration du régime d'invalidité car il n'existe pas de régime d'accidents du travail. Par ailleurs, elle aligne la situation des pensionnés du régime des cultes sur celle des pensionnés du régime général au regard de la cotisation à l'assurance maladie.

L'alignement de l'assurance invalidité sur le régime général de sécurité sociale est réalisé, d'une part, par la suppression de la cotisation spécifique d'assurance invalidité, d'application immédiate ; d'autre part, par la reconnaissance de l'invalidité partielle. L'intégration du risque invalidité au risque maladie nécessite l'adoption d'un décret en Conseil d'Etat et d'un décret simple, qui n'ont pas été pris en 2002.

## **B – L'évolution des prestations vieillesse du régime général**

Les prestations légales vieillesse et veuvage versées par le régime général se sont élevées à 62,1 Md€ en 2002, dont 89 % constituent des pensions vieillesse en droit direct.

La progression du montant total des prestations légales a été de 4,3 % par rapport à 2001, soit un rythme équivalent à celui de l'année précédente (+ 4,2 %). Cette progression résulte de trois effets.

D'abord, un effet « prix » ou « revalorisation » des retraites. Il est égal par définition au taux de revalorisation de ces dernières. Celui-ci a été, conformément à l'article 62 de la loi, de 2,2 % en 2002. Ce taux s'explique ainsi : la hausse des prix prévue en janvier 2002 pour 2002 était de 1,5 %, à quoi s'est ajouté d'abord un rattrapage de 0,4 %, différence entre la hausse des prix prévue en janvier 2001 pour 2001 et celle qui a effectivement eu lieu cette année-là, puis un « coup de pouce » de 0,3 %. C'est ce coup de pouce qui représente la croissance du pouvoir d'achat des retraites.

Le second effet est un effet « quantité » ou « nombre de retraités » défini comme la variation du nombre de bénéficiaires. En 2002, le nombre de retraités de droit personnel au régime général a augmenté de 1,9 % (ce qui est légèrement plus élevé qu'en 2001 : 1,7 %).

Enfin, le troisième effet, qui peut être baptisé effet « qualité », provient du fait que le montant des prestations versées se modifie d'année en année en raison des évolutions socio-économiques et, notamment, de l'évolution de la position et des carrières passées des nouveaux retraités par rapport à celles de leurs aînées.

Cet effet qualité est positif : par soustraction, il s'établit, en 2002, à 0,2 %. En additionnant les deux derniers effets, on mesure, par définition, l'accroissement du volume des prestations légales vieillesse et veuvage, 2,1 % en 2002, taux légèrement supérieur à celui de 2001.

**CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES**

## V - Les dépenses de la branche famille

### A – Les mesures nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002

Plusieurs mesures nouvelles en faveur des familles figuraient dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et ont fait l'objet de la mise en œuvre suivante :

- **articles 55 et 56** : création du congé de paternité. D'une durée de 11 jours maximum, le congé de paternité, qui peut être pris pendant les quatre premiers mois de l'enfant, est indemnisé par l'assurance maladie sur les mêmes bases que le congé de maternité (au prorata du salaire antérieur, avec un plafonnement des indemnités journalières à environ 65 €). En revanche, bien que servies par les caisses locales d'assurance maladie, ces indemnités sont prises en charge financièrement par la branche famille. La dépense nouvelle à ce titre a été de 199 M€ en 2002.
- **articles 57 et 58** : modifications marginales des conditions de l'allocation de présence parentale créée par la LFSS pour 2001. La montée en charge de cette prestation est plus lente que prévu (coût de 18 M€ en 2002).
- **article 60** : 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 15 % à 30 % en 2002, entraînant des charges supplémentaires à hauteur d'environ 450 M€ pour la branche famille.
- **article 61** : création d'une allocation différentielle au titre de l'allocation de rentrée scolaire. Cette allocation différentielle a bénéficié à 47 000 familles en 2002 pour un coût de 6,2 M€ (un peu inférieur au coût de 7,6 M€ initialement prévu).

### B – L'évolution des dépenses

Le montant total des dépenses de la branche, y compris AVPF, s'est établi à 44,9 Md€ en droits constatés, soit une progression de 4,2 % par rapport à 2001 :

**Evolution des principaux postes de dépenses de la branche famille  
en 2002**

*En Md€ et en %*

	<b>Dépenses 2002</b>	<b>Evolution 2001/2002</b>
Prestations familiales :	32,02	+ 3,05
- Allocations familiales*	12,812	+ 1,18
- Jeune enfant	7,995	+ 3,79
- Monoparentalité	1,751	+ 4,41
- Allocation de rentrée scolaire	1,353	+ 1,60
- Logement	3,228	+ 6,11
- Handicapés	4,818	+ 5,04
- Autres	0,060	
Transferts versés	8,04	+ 12,84
Gestion administrative	1,66	+ 15,63
Action sociale	2,56	+ 12,46
Charges diverses	0,64	- 46,09
<b>Total</b>	<b>44,92</b>	<b>+ 4,22</b>

Source : CNAF

\* Y compris complément familial (1,55 Md€).

**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 2,1 % au 1<sup>er</sup> janvier 2002, dont 1,5 % au titre de l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac et 0,6 % au titre du rattrapage des écarts entre la prévision d'évolution des prix hors tabac et la réalisation (0,4 % au titre de 2001 et 0,2 % de 2000). Les principales prestations d'entretien (allocations familiales : + 1,45 %, complément familial : - 0,66 % et allocation pour jeune enfant : + 0,74 %), de même que l'allocation de rentrée scolaire (+ 0,76 %), ont connu une progression inférieure, 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 continué à progresser selon un rythme rapide*

Les aides à la garde des enfants de moins de six ans ont représenté 5,18 Md€, en progression de 5,5 % par rapport à 2001. Cette progression recouvre des évolutions différentes des trois prestations : l'allocation parentale d'éducation (APE) a progressé de 3,2 %, principalement en raison de la hausse de la BMAF et du nombre de bénéficiaires parmi les parents de deux enfants ; l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle (AFEAMA) a poursuivi sa très forte hausse (10,3 %) pour atteindre près de 2,1 Md€ ; et l'aide à la garde à domicile (AGED) a poursuivi sa baisse, passant de 0,13 à 0,12 Md€, baisse due principalement aux effets différés des baisses du niveau de l'aide et du niveau de la réduction fiscale pour emplois familiaux mises en œuvre en 1998.

*c) Les aides au logement ont poursuivi leur progression rapide*

Après une progression de 7,9 % en 2001, les aides au logement ont augmenté de 6,1 % en 2002, en raison principalement de la réforme des aides mise en œuvre à la suite de la LFSS pour 2001. Le montant moyen des aides accordées a progressé sensiblement, alors que le nombre de bénéficiaires a diminué de 0,5 %.

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

L'allocation adultes handicapés (AAH) et son complément ont représenté une dépense totale de 4,4 Md€, soit une augmentation de 4,5 %<sup>20</sup>.

Cette augmentation est expliquée par la hausse de la BMAF et par celle du nombre de bénéficiaires (+ 2,7 %, soit un rythme comparable à celui des années précédentes), liée principalement à l'augmentation du nombre d'allocataires ayant un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % (+ 5,6 % en 2002).

Par ailleurs, les dépenses relatives à l'allocation d'éducation spéciale (AES) sont passées de 0,35 Md€ en 2001 à 0,39 Md€ en 2002,

---

20. La progression des dépenses au titre de l'AAH et de son complément n'a pas d'incidence sur le solde financier de la branche car ces dépenses sont intégralement financées par l'Etat.

soit une progression de 10,9 %, due principalement à la réforme intervenue en avril 2002.

## 2 – Les autres dépenses

### *a) Les transferts versés ont fortement augmenté*

Les transferts versés par la branche famille ont fortement augmenté en 2002 (+ 845 M€), en raison :

- de la poursuite de l'augmentation de la contribution au FSV (+ 450 M€),
- de versements accrus à la CNAV au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (+ 196 M€),
- et de la création du congé de paternité (transfert à la branche maladie de 199 M€).

### *b) Les dépenses de gestion administrative ont connu une progression forte pour des raisons principalement conjoncturelles*

Les dépenses de gestion administrative ont augmenté de 225 M€ (+ 15,6 %), en large partie du fait :

- du report d'investissements en 2001 dans les CAF en raison de la signature tardive de la COG 2001/2004 (3 juillet 2001) et de la remontée au niveau national, lors du passage à l'euro au 1<sup>er</sup> janvier 2002, de tous les crédits d'investissement non consommés au 31 décembre 2001 ;
- de l'achat par la CNAF d'un immeuble devant abriter son nouveau siège social (coût de 72 M€).

### *c) Les dépenses d'aide sociale ont augmenté fortement après la signature de la nouvelle COG*

Dans le cadre de la COG 2001/2004, les dépenses du fonds national d'action sociale ont progressé de 13,2 % (+ 278 M€), principalement en raison de la progression des aides à l'accueil collectif des jeunes enfants et de l'accent mis sur le développement des contrats temps libre.

*d) Les charges diverses ont baissé de moitié en raison de provisionnements très inférieurs à ceux de 2001*

Les charges diverses sont passées de 1,19 Md€ en 2001 à 644 M€ en 2002, en raison de l'évolution des provisions pour dépréciations de créances : en 2001, ces provisions s'étaient élevées à 514 M€ (dont 436 M€ au titre d'une créance sur le FOREC) ; en 2002, elles n'ont plus été que de 2 M€, provoquant une diminution des charges de la branche de 512 M€.

**CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES**