

N° 101

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1993 - 1994

Annexe au procès-verbal de la séance du 22 novembre 1993.

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation (1) sur le projet de loi de finances pour 1994 ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Jean ARTHUIS,

Sénateur,

Rapporteur général.

TOME III

LES MOYENS DES SERVICES ET LES DISPOSITIONS SPÉCIALES
(Deuxième partie de la loi de finances)

ANNEXE N° 2

AFFAIRES SOCIALES, SANTÉ ET VILLE
I - AFFAIRES SOCIALES ET SANTÉ

Rapporteur spécial : M. Jacques OUDIN

(1) Cette commission est composée de : MM. Christian Poncelet, président ; Jean Cluzel, Paul Girod, Jean Clouet, Jean-Pierre Masseret, vice-présidents ; Jacques Oudin, Louis Perrein, François Trucy, Robert Vizet, secrétaires ; Jean Arthuis, rapporteur général ; Philippe Adnot, René Ballayer, Bernard Barbier, Claude Belot, Mme Maryse Bergé-Lavigne, MM. Maurice Blin, Camille Cabana, Ernest Cartigny, Auguste Cazalet, Michel Charasse, Jacques Chaumont, Henri Collard, Maurice Couve de Murville, Pierre Croze, Jacques Delong, Mme Paulette Fost, MM. Henri Goetschy, Emmanuel Hamel, Alain Lambert, Tony Larue, Paul Loridant, Roland du Luart, Michel Manet, Philippe Marini, Michel Morsigne, Jacques Moisson, Bernard Pellarin, René Régnauld, Michel Sergent, Jacques Sourdille, Henri Torre, René Trégouët, Jacques Valade.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (10^e légis.) : 536, 550, 581 et T.A. 66.

Sénat : 100 (1993-1994).

Lois de finances.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
PRINCIPALES OBSERVATIONS	5
AVANT-PROPOS	11
I - UN COURAGEUX EFFORT DE REDRESSEMENT	13
A. UNE SITUATION FINANCIERE SANS PRECEDENT	13
1. La dégradation préoccupante des comptes sociaux	14
2. Une conjonction inédite de facteurs défavorables	17
B. LA SAUVEGARDE DE LA PROTECTION SOCIALE	21
1. La définition d'une nouvelle ressource financière... ..	21
2. ...qui s'inscrit dans le cadre d'un dispositif d'ensemble	22
3. Des effets immédiats malheureusement susceptibles d'être contrariés par l'effritement continu des recettes de cotisations	29
C. LA REAFFIRMATION DU RÔLE DE L'ETAT DANS LE DOMAINE SANITAIRE ET SOCIAL	30
1. Les grandes masses financières du budget des Affaires sociales et de la santé pour 1994	30
2. La définition d'actions prioritaires	34

II - LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS A L'EPREUVE DE LA RIGUEUR FINANCIERE	37
A. DE LA NECESSITE DE COMBATTRE UNE IDEE FAUSSE	37
1. La sécurité sociale ne se "désengage" pas de l'assurance maladie... ..	37
2. ...mais elle s'essouffle à suivre la vigoureuse progression des dépenses de santé	39
B. DE L'INFINIMENT GRAND A L'INFINIMENT PETIT : LES INDICES CONCORDANTS DU GASPILLAGE	40
1. Tout en dépensant plus, la France atteint un niveau sanitaire comparable à celui des autres pays développés ...	40
2. L'existence de disparités régionales traduit les limites et les insuffisances d'un système centralisé d'allocation des ressources	43
3. Les contrôles ponctuels de l'assurance-maladie révèlent les mille et un visages du gaspillage quotidien	45
4. Deux interrogations fondamentales pour l'avenir de notre système de santé	55
C. LA REGIONALISATION DES STRUCTURES ET DES MODALITES D'ORGANISATION DU SYSTEME HOSPITALIER	56
1. Le redéploiement des capacités hospitalières excédentaires : une tâche difficile, et dont le succès dépend du respect d'une triple exigence	56
2. L'esquisse d'une régionalisation de notre système hospitalier... ..	58
3. qui répond aux nécessités du contrôle démocratique, autorise l'adaptation pragmatique de ses principes généraux aux réalités locales, et favorise l'affirmation de l'autonomie responsable de chaque établissement	61
III - LA PROTECTION SOCIALE A L'EPREUVE DE LA GESTION	63
A. LA MISE EN OEUVRE IMPERATIVE DE PROCEDURES ET D'INSTRUMENTS COMPTABLES ADAPTES	63
1. La séparation rigoureuse de la gestion de la trésorerie de chacune des branches du régime général	64
2. L'établissement d'agrégats comptables homogènes	65
B. LA LÉGITIMITÉ DÉMOCRATIQUE DE L'INFORMATION ET DU CONTRÔLE PARLEMENTAIRES	67

1. Des limites à l'information du Parlement... ..	68
2. ...qui doivent impérativement être dépassées	69
C. LA NÉCESSAIRE ADAPTATION DES ORGANISMES DU RÉGIME GÉNÉRAL	71
1. L'évolution même de notre système de protection social... ..	71
2. ...remet en cause les principes présidant, actuellement, à la représentation des assurés au sein des organismes sociaux .	72
IV - L'ACTION SANITAIRE A L'EPREUVE DU SIDA	75
A. L'ÉPIDÉMIE SIDA : UNE RÉALITÉ ENCORE DIFFICILE À APPRÉHENDER	75
1. L'épidémie SIDA en 1993 : les chiffres disponibles	75
2. Des évaluations prospectives devant faire, à l'évidence, l'objet d'une expertise plus approfondie	76
B. LA LUTTE CONTRE LE SIDA : UNE PRIORITÉ BUDGÉTAIRE EN 1994	78
1. Un important effort financier	78
2. Le renforcement significatif des actions de lutte contre le SIDA	80
ANNEXE : Les modifications apportées par l'Assemblée nationale	81

PRINCIPALES OBSERVATIONS

1. Un budget volontariste, et réaffirmant le rôle de l'Etat dans le domaine sanitaire et social

Le budget des Affaires sociales et de la santé (Affaires sociales, santé et Ville - II Affaires sociales et santé) pour 1994 atteint 57,3 milliards de francs, soit une augmentation :

- de 13,11 % par rapport au budget voté pour 1993 ;
- de 7,67 % par rapport à la loi de finances rectificative pour 1993.

Outre d'importants transferts de crédits, et la progression des dotations consacrées à l'allocation aux adultes handicapés et au revenu minimum d'insertion, ce budget traduit également la volonté du Gouvernement de réaffirmer le rôle de l'Etat dans le domaine sanitaire et social.

A plusieurs reprises, votre commission s'était inquiétée de la "grande misère" de l'administration des Affaires sociales et de la santé.

Elle se félicite donc du renforcement, engagé dans le présent budget, des moyens de ladite administration. Elle souscrit également aux autres priorités qui y sont définies dans le domaine sanitaire et social, et notamment :

- la lutte contre le Sida et la toxicomanie ;
- la rénovation du dispositif de sécurité et de veille sanitaire ;
- les interventions de l'Etat dans le domaine social ou en faveur de l'insertion.

2. Un courageux effort de redressement des comptes sociaux

Depuis le printemps dernier, le Gouvernement a courageusement entrepris de redresser la situation financière des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cet effort est une première étape dans la réalisation des inévitables réformes visant à garantir la pérennité desdits régimes. Certes, l'effritement actuellement constaté des recettes de cotisations serait susceptible d'en contrarier les premiers effets bénéfiques et pourrait, malheureusement, rendre nécessaire la définition de mesures complémentaires.

En toute hypothèse, votre commission qui avait regretté l'année dernière l'absence de mesures effectives de redressement des comptes sociaux, salue, comme il le mérite, le courageux effort engagé par le Gouvernement.

3. La définition de procédures permettant d'associer, en toute transparence, les représentants du peuple français, à la gestion du budget social de la Nation.

La régulation de notre système de protection sociale ne pourra être couronné de succès que si elle s'accompagne d'une véritable prise de conscience, par la Nation, de sa nécessité et de son utilité.

Il paraît donc indispensable de définir les outils et les procédures permettant :

- d'une part, de disposer d'une vision d'ensemble, fiable et cohérente, de la situation financière de la sécurité sociale ;

- d'autre part, d'associer effectivement les élus du peuple français à sa gestion, par l'instauration d'un débat parlementaire annuel sur les comptes sociaux, dont le principe et la régularité pourraient être garantis par la loi fondamentale de la République.

4. La séparation rigoureuse de la gestion de la trésorerie de chacune des branches du régime général.

La séparation effective et rigoureuse de chacune des branches du régime général ne saurait résoudre, à elle seule, les difficultés financières de ce dernier.

Elle constitue, néanmoins, une condition préalable et indispensable à leur clarification.

Or, la portée limitée des premiers aménagements apportés, en ce domaine, par le décret n° 88-675 du 6 mai 1988 laisse toute son actualité à la réalisation d'une séparation financière effective de la gestion de la trésorerie des différentes branches du régime général.

5. La contribution significative, et pourtant négligée, des collectivités locales à l'effort social de la Nation

Parallèlement à l'Etat et aux organismes sociaux, les collectivités locales apportent une contribution significative, et toujours croissante, à l'effort social de la Nation.

Or, l'importance de cette contribution est encore, trop souvent, négligée.

Les collectivités locales sont encore, trop souvent, considérées comme des "financeurs passifs", et non comme des partenaires responsables.

Le lancinant problème de la dérive financière de l'allocation compensatrice pour aide d'une tierce personne illustre, avec acuité, les conséquences regrettables d'une telle situation.

Proche de la vie quotidienne des français, l'action sanitaire et sociale des collectivités locales constitue un atout irremplaçable pour le succès des politiques nationales.

Il convient donc d'espérer que la prochaine modification des conditions de prise en charge des personnes âgées dépendantes, annoncée par le Gouvernement, fournisse une première occasion de définir, sur de nouvelles bases, les relations entre l'Etat et les collectivités locales.

6. Le système de santé français à l'épreuve de la rigueur financière

La réforme des régimes de retraite étant désormais engagée, le problème principal auquel est aujourd'hui confronté notre système de protection sociale réside dans la maîtrise, jusqu'alors inaboutie, de l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

A cet égard, il convient :

- d'une part, de souhaiter une mise en oeuvre diligente de la nouvelle convention médicale ;

- d'autre part, d'engager une lutte résolue et déterminée contre les gaspillages qui gangrènent aujourd'hui notre système de santé, et dont la réalité est, malheureusement, établie par divers indices concordants. A ce sujet, notre système de santé ne pourra plus éluder longtemps deux interrogations fondamentales relatives :

- d'une part, à la définition même de l'assurance maladie en cette fin de siècle ;

- d'autre part, à la problématique de la responsabilisation financière des assurés.

7. Le redéploiement des capacités excédentaires du secteur hospitalier : une tâche difficile, et dont le succès dépend du respect d'une triple exigence

Les effets positifs attendus de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie devront, à l'évidence, être confortés et amplifiés par des réformes structurelles.

Or, l'émiettement de notre système hospitalier se caractérise aujourd'hui par la conjonction paradoxale :

- d'un excédent global de lits de courts séjours ;
- de disparités d'équipement selon les régions françaises ;
- et d'une insuffisance préoccupante des capacités d'accueil des personnes âgées.

En d'autres termes, le système hospitalier doit aujourd'hui procéder au redéploiement de ses capacités afin, tout en maintenant à son niveau actuel le "stock" global existant, de les adapter aux nouvelles demandes sociales, médicales, démographiques et financières qui lui sont adressées.

Pour réussir, le redéploiement des capacités hospitalières excédentaires devra impérativement satisfaire à une triple exigence, à savoir :

- 1ère exigence ; Respecter les nécessités du contrôle démocratique. Afin d'obtenir l'adhésion des Français, et plus particulièrement, des populations locales directement concernées, ce redéploiement devra garantir, tant au niveau national que local, la participation active et effective des élus ;

- 2ème exigence : Faire preuve de pragmatisme et favoriser, par la régionalisation des structures et des modalités d'organisation du système hospitalier, la prise en compte des réalités locales ;

- 3ème exigence : Encourager l'affirmation de l'autonomie responsable de chaque établissement.

Plusieurs solutions sont, en ce domaine, légitimement envisageables. Il serait donc opportun de constituer un groupe de travail ou une instance de réflexion qui, associant des représentants de l'administration, des professionnels de santé et des élus, pourrait définir les principes généraux du redéploiement des capacités hospitalières excédentaires.

8. L'épargne retraite : un complément volontaire devant être encouragé

Les régimes de retraite par répartition, dont le Gouvernement a entrepris la courageuse réforme, ont vocation à assurer durablement la gestion d'une part prépondérante des pensions d'assurance vieillesse.

Cette prépondérance ne saurait toutefois conduire à négliger plus longtemps l'incontestable intérêt que représente le recours à l'épargne retraite afin d'autoriser la recherche d'un revenu de complément destiné à s'ajouter, le moment venu, aux prestations légales d'assurance vieillesse.

Notre pays se caractérise, en ce domaine, par son retard par rapport aux autres pays industrialisés où l'épargne retraite et les fonds de pension ont connu un développement plus précoce et plus important.

En juin dernier, votre commission des finances a ainsi adopté la proposition de loi de M. Philippe Marini tendant à permettre la création de fonds de pension.

Par ailleurs, on ne peut que se féliciter de la réflexion engagée à ce sujet, et à la demande de M. le Premier ministre, par M. le ministre de l'économie et des finances.

9. La politique familiale face au défi démographique

On observe, aujourd'hui, une dégradation extrêmement préoccupante de la situation démographique de notre pays.

La France n'assure plus le remplacement des générations et sa population vieillit de plus en plus.

Ce déclin démographique hypothèque l'avenir de la Nation, entrave le dynamisme de son économie et menace sa cohésion sociale.

Dans un rapport récent, Mme Codaccioni, député, a notamment proposé la création d'une "allocation parentale de libre choix" afin de permettre aux parents et, principalement, aux jeunes couples, "de rester chez eux s'ils le souhaitent ou, s'ils travaillent, de faire garder leurs enfants dans de meilleures conditions".

L'efficacité et la pertinence d'une telle mesure sont d'ailleurs attestées par l'exemple de la Suède, où l'instauration de la possibilité légale d'élever ses enfants à la maison en touchant 90 % du salaire pendant un an s'est accompagnée d'un redressement du taux de fécondité qui est passé, en cinq ans, de 1,6 à 2,1 enfants par femme.

10. La protection sociale confrontée à la double épreuve de la concurrence économique internationale et de la grande pauvreté

Notre système de protection sociale a été initialement conçu et étendu dans le cadre d'une société en plein rajeunissement, dynamisée par plusieurs décennies de croissance économique, et caractérisée par l'essor d'une vaste classe moyenne salariée dont il constitue l'un des éléments les plus appréciés du "bien-être".

Or, aujourd'hui, le contexte économique et social a radicalement changé.

Notre système de protection est donc aujourd'hui confronté à la **double épreuve** :

- **de la concurrence des nouveaux pays industriels à bas salaires**, qui conduit nécessairement à s'interroger sur les modalités actuelles de son financement ;

- **de la crise économique** qui, outre l'effritement de ces recettes, conduit également à s'interroger, face au développement de la grande pauvreté, sur les finalités de la "protection sociale"

L'avenir de notre protection sociale dépend donc de l'effort de tous.

La gravité des enjeux en cause rend nécessaire une participation solennelle du Parlement à la définition des conditions mêmes de cet avenir.

AVANT-PROPOS

Mesdames,

Messieurs,

Confronté à une dégradation sans précédent de la situation financière des régimes sociaux, le Gouvernement de M. Edouard Balladur a engagé, dès le printemps 1993, un courageux effort de redressement dont le budget des Affaires sociales pour 1994 constitue l'un des éléments.

Cet effort, qui contraste singulièrement avec l'inertie antérieurement constatée en ce domaine, est une première étape dans la réalisation des inévitables réformes visant à garantir la pérennité des régimes obligatoires de sécurité sociale. Or, ceux-ci doivent faire face, aujourd'hui, à une conjonction inédite de facteurs défavorables, à savoir :

- d'une part, l'évolution insuffisamment maîtrisée de leurs dépenses ;

- d'autre part, les effets négatifs du ralentissement de l'activité économique.

La sauvegarde de notre système de protection sociale passe donc nécessairement par la réaffirmation, au sein même de son fonctionnement quotidien, de la contrainte financière et des impératifs de gestion.

Or, la réforme des régimes de retraite étant désormais engagée, le problème principal auquel est aujourd'hui confronté notre système de protection sociale réside dans la maîtrise, jusqu'alors inaboutie, de l'évolution des dépenses d'assurance-maladie.

A cet égard, il paraît tout d'abord utile de combattre l'idée fausse, mais malheureusement répandue, selon laquelle ladite protection sociale se désengagerait progressivement de la prise en charge des dépenses d'assurance-maladie.

Une analyse objective des données chiffrées démontre que la sécurité sociale "s'essoufle", en fait, à suivre la vigoureuse progression de la dépense de santé.

Par ailleurs, et si la contrainte financière resserre chaque année davantage son étau, une "marge de manoeuvre" immédiate pourrait être dégagée en luttant avec efficacité et détermination contre les gaspillages qui gangrènent aujourd'hui notre système de santé, et dont la réalité est incontestablement établie par divers indices concordants.

Enfin, l'indispensable redéploiement des capacités hospitalières excédentaires conduit, inévitablement, à envisager de nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement en ce domaine.

La régulation de notre système de protection sociale et, plus particulièrement, de l'assurance-maladie, ne pourra toutefois être effective que si elle s'accompagne d'une véritable prise de conscience, par la Nation, de sa nécessité et de son utilité.

Il paraît donc indispensable de définir les outils et les procédures permettant, d'une part, d'associer plus étroitement les citoyens à la gestion de la sécurité sociale, et d'autre part, de disposer d'une vision d'ensemble, fiable et cohérente, de sa situation financière.

A cette fin, il convient prioritairement :

- de corriger les insuffisances des procédures et des instruments comptables actuellement utilisés ;
- d'améliorer les conditions d'information et de contrôle au Parlement sur l'évolution du budget social de la Nation ;
- d'engager la nécessaire adaptation des organismes sociaux à la réalité nouvelle de notre système de protection sociale.

I - UN COURAGEUX EFFORT DE REDRESSEMENT

A l'occasion de l'examen du projet de loi de finances pour 1993, votre commission s'était inquiétée de l'absence de mesures effectives de redressement des comptes sociaux et de la "regrettable inertie" constatée, en ce domaine, au cours de ces dernières années.

Votre commission salue donc, comme il le mérite, le courageux effort de entreprise par le Gouvernement depuis le printemps dernier, effort auquel participe le budget des Affaires sociales et de la santé pour 1994.

A. UNE SITUATION FINANCIERE SANS PRECEDENT

Déjà préoccupante, la situation financière des régimes obligatoires de sécurité sociale s'est fortement dégradée à partir du second semestre de l'année 1992.

Résultant de la conjonction, jusqu'alors inédite, de l'évolution non maîtrisée des dépenses sociales et du ralentissement ininterrompu du rythme d'encaissement des cotisations, cette dégradation "n'a guère de précédent" (1).

1. La dégradation préoccupante des comptes sociaux

a) *Les prévisions pessimistes réalisées au printemps 1993 par la commission des finances du Sénat et la commission Raynaud...*

En l'absence de réunion officielle de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 1992 à juin 1993, la situation financière de la sécurité sociale et, plus particulièrement, du régime général des salariés du commerce et de l'industrie, avait fait l'objet d'une première évaluation par :

- la commission des Finances du Sénat dans le cadre de son audit des Finances publiques de la France ;
- la commission d'évaluation de la situation économique et financière de la France conduite par M. Raynaud, procureur général près de la Cour des Comptes.

Les conclusions concordantes de ces travaux ont principalement mis en évidence que le déficit annuel du régime général et son déficit cumulé pourraient atteindre, respectivement, 60 et 100 milliards de francs à la fin de l'année 1993.

(en milliards de francs)

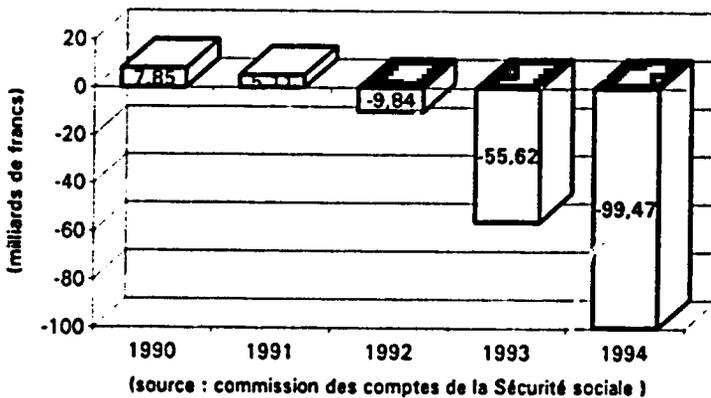
	Commission des finances (Avril 1993)	Commission Raynaud (Mai 1993)	Commission des comptes de la Sécurité sociale (Juin 1993)
Déficit annuel (solde des opérations courantes)	58,8	56,62	59,4
Déficit cumulé (besoin de financement)	100	100	100

Comme l'atteste le tableau ci-dessus, ces évolutions extrêmement préoccupantes ont été malheureusement confirmées par la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport officiel de juin 1993.

b) ...ont été, depuis, malheureusement confirmée par la commission des comptes de la sécurité sociale

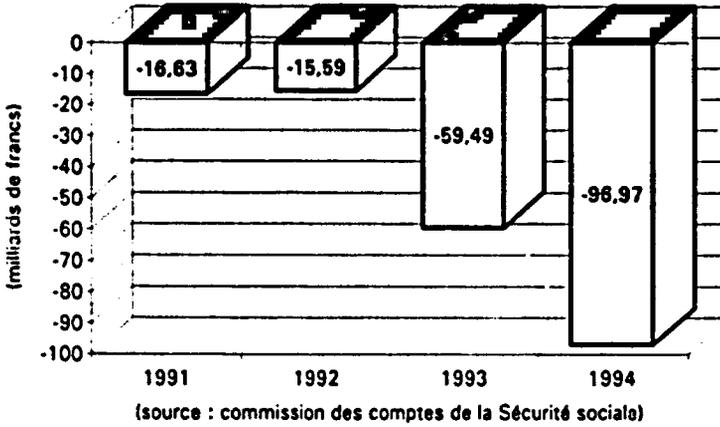
Elaborées à législation constante au 1er avril 1993, et sur la base des hypothèses économiques définies par la commission des comptes de la Nation en juin dernier, les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale confirment la dégradation continue de la situation financière de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale. Déjà déficitaires de 2,9 milliards de francs en 1991 et de 9,8 milliards de francs en 1992, ces régimes enregistreraient ainsi un solde négatif de 55,6 milliards de francs en 1993 et de 99,5 milliards de francs en 1994.

Solde des ressources et des emplois de l'ensemble des régimes de sécurité sociale participant à l'effort social de la Nation



Pour le seul régime général des salariés, les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale font apparaître une diminution de son "fonds de roulement" de 59,5 milliards de francs en 1993 (dont 5,4 milliards de francs de frais financiers) et de 97 milliards de francs en 1994 (dont 10 milliards de francs de frais financiers).

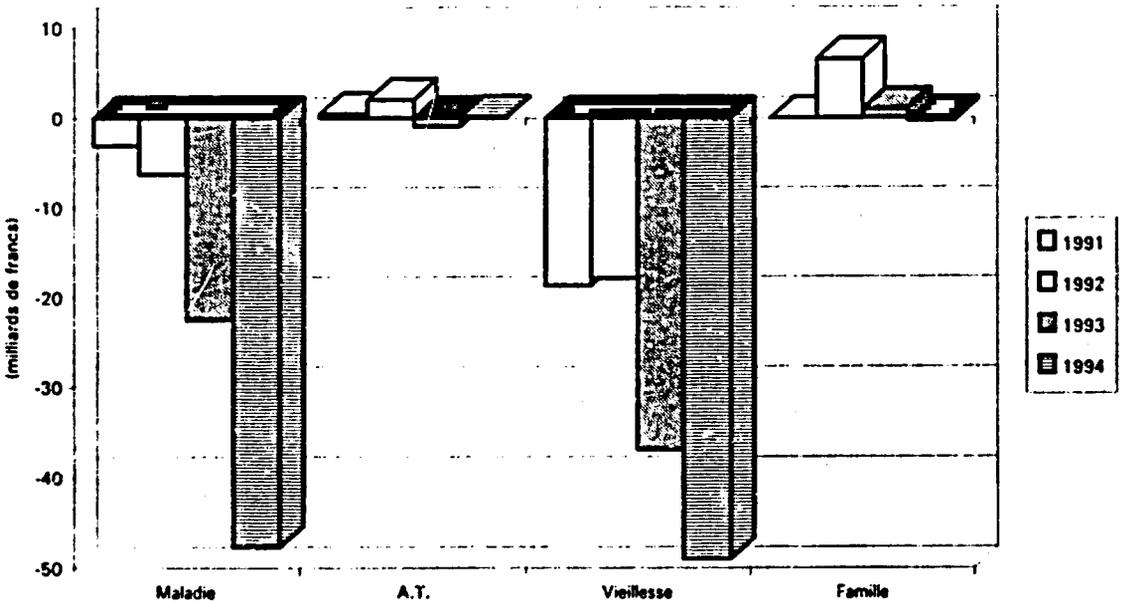
Déficit (variation du fonds de roulement) du régime général



Au total, le déficit cumulé du régime général atteindrait 100 milliards de francs au 31 décembre 1993 et 197 milliards de francs au 31 décembre 1994.

L'aggravation constatée de la situation financière du régime général recouvre, toutefois, une situation contrastée selon les différents risques.

Solde (variation du fonds de roulement) des différentes branches du régime général



Le déficit de l'assurance maladie passerait ainsi de 22,5 milliards de francs en 1993 à 47,8 milliards de francs en 1994. Celui de l'assurance vieillesse, soit 37 milliards de francs en 1993 et 49 milliards de francs en 1994, continuerait à se dégrader rapidement. Enfin, le solde de la branche famille, encore positif en 1993 (1 milliard de francs), deviendrait légèrement négatif en 1994 (- 300 millions de francs).

Il convient, toutefois, de rappeler que ces prévisions ont été établies en juin dernier sur la base d'une progression estimée à + 1,8 % des cotisations reçues par les URSSAF. Selon les dernières données actuellement disponibles, cette progression ne s'établissait plus à + 0,8 % en septembre 1993.

2. Une conjonction inédite de facteurs défavorables...

Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, *"depuis la création de la comptabilité nationale française durant la décennie 1950, le seul précédent d'une année durant laquelle le PIB se soit contracté en volume remonte à 1975, année durant laquelle le P.I.B. marchand a diminué de 0,9%. Certes, du point de vue de l'assiette des cotisations la situation prévue en 1993 et 1994 ne semble pas être sans précédent. Elle n'en est pas moins d'autant plus difficile qu'elle intervient après une période durant laquelle les mesures de redressement des comptes sociaux ont été différées, entraînant, notamment pour le régime général, l'accumulation d'importants besoins de financement non satisfaits."*(1)

La dégradation constatée de la situation financière des régimes obligatoires de sécurité sociale résulte donc de la conjonction inédite de facteurs structurels et conjoncturels, à savoir :

- d'une part, l'évolution insuffisamment maîtrisée des dépenses sociales ;

- d'autre part, les effets défavorables du ralentissement de l'activité économique.

a) L'évolution insuffisamment maîtrisée des dépenses sociales

La croissance des prestations sociales demeure, en francs courants, largement supérieure à celle de la richesse nationale. En 1992, la croissance desdites prestations a atteint + 6,1 %, contre une augmentation de + 2% du P.I.B. marchand.

Quoiqu'en léger ralentissement par rapport aux années précédentes, l'évolution ainsi constatée confirme la vigoureuse progression des dépenses sociales depuis le début de la décennie 1980. Outre l'indemnisation du chômage, cette progression, qui est retracée dans le tableau ci-dessous affecte plus particulièrement les prestations d'assurance vieillesse et d'assurance maladie.

Les prestations par grands risques

(en milliards de francs)

	1981	1989	1990	1991	1992	1991/ 90	1992/ 91	1992/ 81*
Prestations de santé	279,9	564,9	600,2	633,2	672,0	5,5	6,1	8,3
dont (en %) :								
- régimes de Sécurité sociale	86,5	86,1	86,4	86,4	86,4	5,5	6,2	8,3
- régimes d'indemnisation du chômage ...	0	0	0	0	0	-	-	-
- administrations publiques	8,6	6,8	6,7	6,6	6,6	4,4	5,4	5,7
- mutuelles et employeurs	4,9	7,1	6,9	7,0	7,0	7,0	6,1	11,8
Prestations famille	133,2	262,7	273,8	285,3	299,1	4,2	4,8	7,6
dont (en %) :								
- régimes de Sécurité sociale	65,5	53,5	53,1	52,6	51,7	5,6	2,9	5,3
- régimes d'indemnisation du chômage ...	0	0	0	0	0	-	-	-
- interventions sociales des administrations	27,8	39,9	40,3	41,1	41,4	6,1	5,8	11,6
- mutuelles et employeurs	6,7	6,5	6,6	6,3	6,9	0,2	14,8	7,9
Prestations emploi	51,5	104,0	112,6	133,8	149,4	18,8	11,7	10,2
dont (en %) :								
- régimes de Sécurité sociale	1,7	0,3	0,4	0,6	0,5	82,9	-2,4	-1,1
- régimes d'indemnisation du chômage ...	71,8	61,7	61,9	63,5	66,4	21,8	16,8	9,4
- administrations publiques et privées	14,8	27,2	27,2	26,5	24,5	16,1	3,1	15,4
- mutuelles et employeurs	11,8	10,8	10,5	9,4	8,6	5,9	2,2	7,0
Prestations vieillesse	349,3	721,7	764,7	807,8	856,3	5,6	6,0	8,5
dont (en %) :								
- régimes de Sécurité sociale	90,1	91,5	92,7	93,6	94,1	6,7	6,6	8,9
- régimes d'indemnisation du chômage ...	4,2	2,0	1,4	0,9	0,5	-32,8	-45,6	-11,1
- administrations publiques et privées	4,8	5,7	5,1	4,7	4,6	-2,1	-3,9	8,1
- mutuelles et employeurs	1,0	0,8	0,8	0,8	0,8	6,0	2,6	6,4
Prestations diverses	7,2	17,2	21,0	27,6	26,0	31,4	-5,9	12,4
dont (en %) :								
- régimes de Sécurité sociale	0	0	0	0	0	-	-	-
- régimes d'indemnisation du chômage ...	0	0	0	0	0	-	-	-
- administrations publiques et privées	98,5	100,0	100,0	100,0	100,0	31,4	-5,9	12,5
- mutuelles et employeurs	1,5	0	0	0	0	-	-	-
Total prestations	821,2	1.670,4	1.772,3	1.887,8	2.002,9	6,5	6,1	8,4

*) Croissance moyenne annuelle

Source : Liaisons sociales.

De plus, la croissance des prestations sociales est toujours supérieure à celle des recettes de cotisations (+ 4,6 % en 1992 contre + 4,7% en 1991).

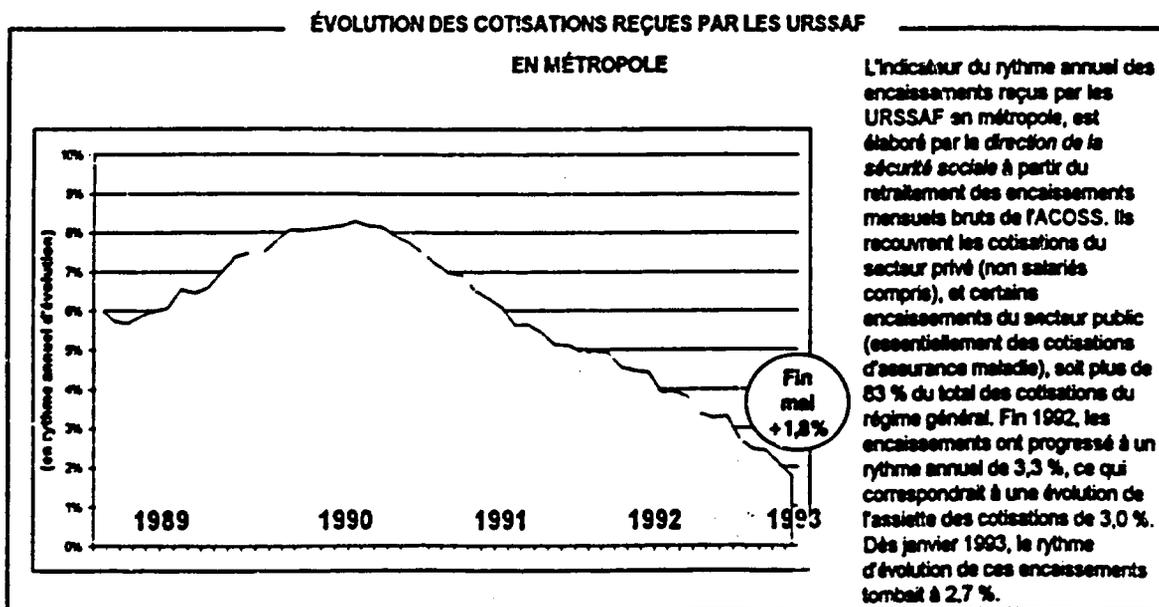
En 1992, l'ensemble des prestations sociales a ainsi dépassé 2.000 milliards de francs, alors que le total des cotisations atteignait 1.614 milliards de francs.

Or, ce déséquilibre structurel est aujourd'hui aggravé par les effets défavorables du ralentissement de l'activité économique.

b) Les effets défavorables du ralentissement de l'activité économique

Le ralentissement de l'activité économique ;

- entraîne, d'une part, l'effritement continu des encaissements de cotisations perçus par les U.R.S.S.A.F., comme l'établit le graphique ci-dessous :



source : direction de la sécurité sociale (DEES)

Il convient de rappeler, une nouvelle fois, que le rythme de progression de ces encaissements, soit + 1,8 % en juin dernier, continue apparemment à se ralentir. Il se serait ainsi établi à + 0,8 % en septembre 1993.

- et, d'autre part, "des conséquences contrastées sur les dépenses des différentes branches : freinage spontané des dépenses d'assurance maladie (du fait des difficultés grandissantes des ménages) et d'accidents du travail (compte tenu du tassement de l'activité économique), accélération des dépenses d'assurance vieillesse (par suite d'anticipations des départs en retraite consécutives à l'état du

marché du travail), et des dépenses de prestations familiales (notamment celles sous conditions de ressources) en raison de la précarisation grandissante de la situation des familles."(1)

B. LA SAUVEGARDE DE LA PROTECTION SOCIALE

L'ampleur des déficits prévus pour 1993 et 1994 appelait d'énergiques mesures de redressement. Le gouvernement de M. Edouard Balladur s'est donc résolu à l'augmentation du taux de la contribution sociale généralisée, qui s'inscrit dans le cadre d'un dispositif d'ensemble devant permettre d'enrayer la dégradation des comptes du régime général de la sécurité sociale.

1. La définition d'une nouvelle ressource financière...

Au printemps 1993, le Gouvernement a immédiatement défini diverses mesures d'urgence, dont la principale est l'augmentation, à compter du 1er juillet 1993, de 1,3 point du taux de la contribution sociale généralisée (article 21 de la loi de finances rectificative pour 1993).

Cette augmentation porte de 1,1 % à 2,4 % le taux global de la contribution sociale généralisée. Son produit, soit environ 50 milliards de francs en année pleine, sera affecté, à compter du 1er janvier 1994, au "Fonds de solidarité vieillesse". Ce fonds, institué par la loi du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale, assure une double mission, à savoir :

- d'une part, la prise en charge permanente des avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale ;

- d'autre part, dans les conditions déterminées par la loi de finances pour 1994, et à titre exceptionnel, le service de la dette cumulée du régime général au 31 décembre 1993.

Il convient, toutefois, de rappeler que le produit de la contribution sociale généralisée au taux de 1,1 %, soit environ 40 milliards de francs, bénéficie depuis 1991 à la Caisse nationale d'allocations familiales (C.N.A.F.).

Compte tenu de ces différents éléments, l'évolution globale des recettes de la contribution sociale généralisée peut être analysée comme suit :

(milliards de francs)

C.S.G.	1991	1992	1993	1994
au taux de 1,1 % (CNAF)	29,88	40,35	41,03	42,17
au taux de 1,3 % (Fonds de solidarité vieillesse à compter du 1er janvier 1994)	-	-	18	51

(Source : commission des comptes de la sécurité sociale)

2. ...qui s'inscrit dans le cadre d'un dispositif d'ensemble

L'augmentation du taux de la contribution sociale généralisée s'est donc inscrite dans le cadre d'un dispositif d'ensemble visant à définir les conditions structurelles d'une évolution régulée des dépenses sociales.

Ce dispositif, mis en place au cours des derniers mois, se caractérise essentiellement par :

a) la création, à compter du 1er janvier 1994, du Fonds de solidarité vieillesse déjà précédemment mentionné. Outre la contribution sociale généralisée, le financement de ce fonds est assuré par le transfert, pour un montant total d'environ 16 milliards de francs, de divers droits sur les alcools et les boissons non alcoolisées antérieurement affectés au budget de l'Etat (article 16 du projet de loi de finances pour 1994). L'équilibre financier du Fonds de solidarité vieillesse est résumé dans le tableau ci-après :

**ÉVOLUTION PRÉVISIBLE DES DÉPENSES ET DES RECETTES DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE
EN 1994 ET 1995**

(en milliards de francs)

DÉPENSES			RECETTES		
	1994	1995		1994	1995
• Minimum vieillesse	20,1	29,1	• 1,3 % CSG.....	51,0	53,1
FNS	15,4	14,4	• Droits sur alcools et boissons non alcoolisées	15,9	16,3
AVTS et AVTNS	0,9	0,8			
Contribution des régimes au FSAV	3,8	3,9			
• Majorations pour enfants	14,7	15,7			
• Pénodes validées	25,3	26,4			
Chômage	24,4	25,4			
Service national	0,9	1,0			
• Total des prestations vieillesse prises en charge	60,1	61,2			
• Service de la dette cumulée du régime général	6,8	8,2			
Total général des dépenses	66,9	69,4	Total des recettes	66,9	69,4

Source : Ministère du budget

b) l'adaptation des principaux paramètres techniques de l'assurance vieillesse (augmentation progressive de la durée de cotisation nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein ; calcul des pensions sur la base des 25 meilleurs années de la carrière professionnelle ; revalorisation des pensions de retraite en fonction de l'évolution des prix à la consommation).

c) la définition d'un plan de redressement de l'assurance maladie, dont le détail financier est présenté dans le tableau ci-dessous :

Plan de redressement de l'assurance maladie

(en milliards de francs)

Mesures	Rendement 1994 tous régimes
Modification des modalités de participation financière des assurés	10,8
Maîtrise négociée des dépenses de médecine ambulatoire (convention médicale)	10,7
Maîtrise des dépenses dans le secteur hospitalier	3,8
Maîtrise des dépenses dans le secteur pharmaceutique et des biens médicaux	3,0
Total Rendement 1994	28,3
Rendement 1993	3,9
Total Rendement	32,2

(Source : Ministère des Affaires sociales et de la santé)

Outre la modification des modalités de la participation financière des assurés aux dépenses d'assurance maladie, ce plan de redressement s'inscrit dans le cadre général de la maîtrise médicalisée desdites dépenses. Il se traduit principalement par :

- l'élaboration et l'agrément de la nouvelle convention médicale (cf encadré ci-dessous) ;

- le développement des relations contractuelles avec diverses professions de santé comme l'illustre, notamment, le récent projet d'accord-cadre avec l'industrie pharmaceutique. Cet accord a pour objet, d'une part, de permettre aux laboratoires de négocier avec le Comité économique du médicament les prix de vente qui assurent le développement économique de cette industrie et d'autre part, de favoriser le respect d'engagements contractuels sur les volumes de vente et sur les dépenses de publicité et de promotion.

Il convient, toutefois, de rappeler que l'industrie française du médicament se caractérise, tout à la fois, par ses succès à l'exportation et l'importance de son effort de recherche.

Toute politique visant à maîtriser l'évolution des dépenses de l'assurance maladie dans le secteur du médicament doit donc également s'attacher à confronter et à favoriser le développement de ce potentiel industriel.

La nouvelle convention médicale

(Présentation sommaire)

Les principaux éléments de la nouvelle convention médicale sont :

• Tarif des consultations

"Un jour franc" après la publication au Journal Officiel de l'agrément ministériel de la convention, le tarif de la visite du médecin généraliste passe de 105 à 110 francs, celle du spécialiste de 130 à 135 francs, et celle du psychiatre de 200 à 205 francs.

Le tarif de la consultation augmentera de 5 francs au 1er juillet 1994.

• Dossier médical

Pour éviter les prescriptions redondantes, dangereuses pour le patient et coûteuses pour la sécurité sociale, la convention médicale prévoit la création d'un dossier médical obligatoire et tenu par le médecin généraliste.

La convention prévoit également que le patient ait un "dossier reflet" de celui tenu par son généraliste.

Les modalités concrètes de mise en oeuvre de ce dossier médical devraient être précisées prochainement par voie législative.

• Références médicales

Les médecins prescripteurs devront respecter des normes de "bonne pratique médicale", baptisées "références médicales".

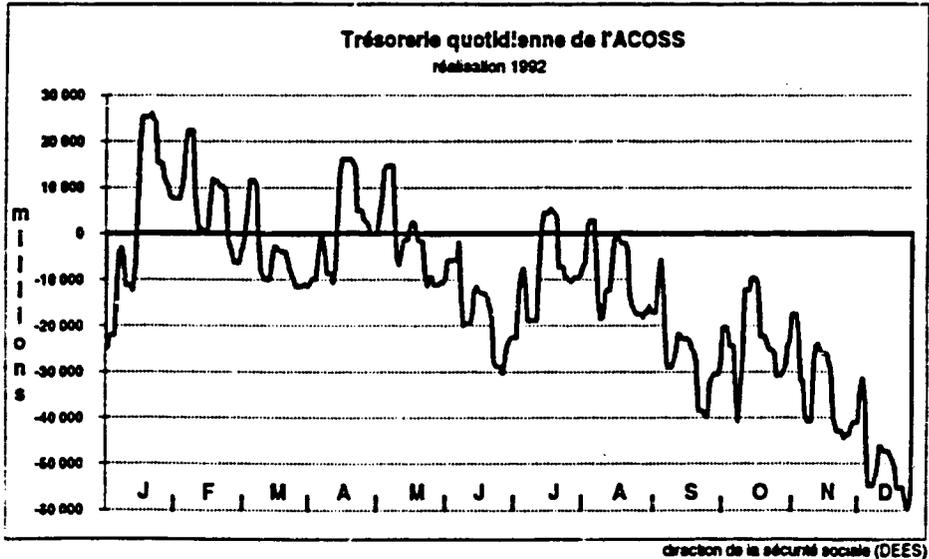
Les organisations professionnelles et les caisses d'assurance maladie ont déjà sélectionné 24 thèmes qui serviront de base à l'élaboration d'une première liste de références, cette dernière devant être établie avant le 15 décembre.

d) La reprise de la dette contractée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (1) auprès de la Caisse des dépôts et consignations

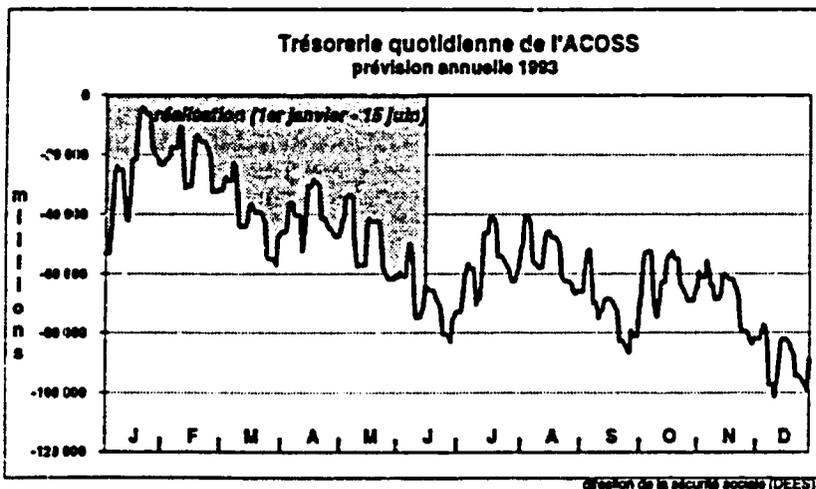
Compte tenu, d'une part, de la dégradation continue des recettes de cotisations et, d'autre part, de l'absence prolongée de mesures de redressement destinées à contrôler l'évolution des dépenses sociales, le régime général de la Sécurité sociale était confronté, depuis à la fin de l'année 1991, à une crise chronique de trésorerie.

1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (A.C.O.S.S.) assure la gestion de la trésorerie commune aux différentes branches (maladie, vieillesse, famille) du régime général.

En 1992, les déficits de trésorerie enregistrés par l'ACOSS (1) se sont ainsi amplifiés à partir du second semestre et ont atteint un maximum de 59,7 milliards de francs dans les derniers jours du mois de décembre.



En 1993, et selon les prévisions (2) établies par la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de juin dernier, "la trésorerie du régime général serait, fait sans précédent, déficitaire tout au long de l'année".



1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) gère la trésorerie commune des différentes branches du régime général.

2. Il convient de rappeler que ces prévisions ont été établies sur la base d'une progression de + 1,8 % des recettes de cotisations du régime général. Cette progression continuant apparemment à se ralentir depuis le début de l'été (+0,8 % en septembre), la situation effectivement constatée à la fin de l'année 1993 pourrait donc se révéler encore plus défavorable.

Afin de garantir la continuité et la régularité de ses prestations, le régime général a donc dû recourir à des avances, normales ou exceptionnelles, de la Caisse des dépôts et consignations et du Trésor.

En 1992, le Trésor est ainsi intervenu pendant 159 jours calendaires pour un encours journalier moyen de 16,6 milliards de francs. Le montant des intérêts versés à ce titre par l'ACOSS s'est élevé à 882 millions de francs. Les avances correspondantes ont été imputées sur le compte d'avances 903-58 ("avances à divers organismes de sécurité sociale"). Par ailleurs, ont également bénéficié au régime général en 1992 :

- pendant 79 jours : des avances dites "normales" de la Caisse des dépôts et consignations, c'est-à-dire accordées dans le cadre défini par la convention du 18 juin 1980, soit un encours journalier moyen de 11,4 milliards de francs et 273 millions de francs d'agios ;

- pendant 201 jours : des avances "exceptionnelles" (hors convention) de la Caisse des dépôts et consignations pour un encours journalier moyen de 8,96 milliards de francs et 575 millions de francs d'agios ;

- une subvention exceptionnelle de l'Etat au régime général (5 milliards de francs) et dont une part (18 % environ) "a permis à ce dernier de payer à l'Etat les agios dont il était redevable envers lui au titre des avances qu'il lui avait consenties..."⁽¹⁾

- un prêt de 50 milliards de francs consenti, pour la période du 24 décembre 1992 au 3 janvier 1993, par la Caisse des dépôts et consignations, et dont le coût (intérêts et commission d'ouverture) s'est élevé à 176,8 millions de francs.

En 1993, et compte tenu de la dégradation continue de sa trésorerie, le régime général a également bénéficié :

- des avances quasi-quotidiennes de la Caisse des dépôts et consignations, lesdites avances atteignant, le plus souvent, leur maximum conventionnel (11,7 milliards de francs) ;

- des avances du Trésor, dont la totalité était remboursée au 20 octobre 1993.

Or, dans le cadre de son effort général de redressement des comptes sociaux, le Gouvernement a estimé que le recours aux avances de l'Etat ne pouvait devenir un mode normal et durable de financement des dépenses du régime général de sécurité sociale.

Afin de mettre fin à la dérive constatée en ce domaine, les mesures suivantes ont donc été définies :

1 - Conclusion, le 18 octobre dernier, d'un contrat de prêt exceptionnel entre l'A.C.O.S.S. et la Caisse des dépôts et consignations. Ce prêt, plafonné à 110 milliards de francs, est destiné au financement des besoins de trésorerie du régime général pour la période allant du 20 octobre 1993 au 31 décembre 1993. Sa conclusion ne modifie toutefois en rien les dispositions préexistantes de la convention du 18 juin 1980 qui n'est pas modifiée ou affectée par cette opération.

2 - Reprise par l'Etat, à compter du 1er janvier 1994, de la dette ainsi contractée par l'ACOSS à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations (article 55 du projet de loi de finances pour 1994).

3 - Remboursement progressif de l'Etat par le Fonds de solidarité vieillesse institué par la loi du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la protection sociale. Ce remboursement, financé par le Fonds à l'aide de ses propres ressources (contribution sociale généralisée au taux de 1,3 % ; droits sur les alcools et boissons non alcoolisées visés à l'article 16 du projet de loi de finances pour 1994), sera effectué selon l'échéancier suivant :

Années	Montants (millions de francs)
1994	6 787,0
1995	6 787,0
1996	12 549,3
1997	12 549,3
1998	12 549,3
1999	12 549,3
2000	12 549,3
2001	12 549,3
2002	12 549,3
2003	12 549,3
2004	12 549,3
2005	12 549,3
2006	12 549,3
2007	12 549,3
2008	12 549,3

Remarque : en 1994 et 1995 : intérêts

de 1996 à 2008 : intérêts + capital

Enfin, et parallèlement à la définition et à la mise en oeuvre de ces premières mesures, le Gouvernement a engagé une réflexion sur deux dossiers importants, à savoir :

- d'une part, la définition des conditions propres à favoriser le développement des fonds de pension dans notre pays ;

- d'autre part, l'adaptation de la politique familiale au double défi de l'évolution de notre société et de la baisse préoccupante de la natalité. (1)

3. Des effets immédiats malheureusement susceptibles d'être contrariés par l'effritement continu des recettes de cotisations

L'effort de redressement récemment entrepris par la Gouvernement ne pouvait résoudre, immédiatement, l'ensemble des problèmes financiers du régime général. Il devrait néanmoins permettre d'enrayer la dégradation observée au cours de ces dernières années.

Dans son dernier rapport, et sur la base de ses propres prévisions pour 1993 et 1994, la commission des comptes de la sécurité sociale a essayé d'évaluer les incidences financières des premières mesures gouvernementales. On constate ainsi :

- pour 1993 : une réduction du déficit du régime général, qui atteindrait 38,1 milliards de francs contre 59,5 milliards de francs prévus à législation inchangée. Cette amélioration serait principalement imputable à la branche famille et, dans un moindre mesure, aux branches vieillesse et maladie ;

- pour 1994 : la confirmation du redressement observé l'année précédente, avec un déficit du régime général atteignant 17,4 milliards de francs, contre 96,9 milliards de francs à législation inchangée.

1. Ce sujet, particulièrement important, a fait l'objet d'une remarquable analyse dans le cadre du récent rapport de Mme Codaccioni, député.

Il convient toutefois de rappeler que cette évaluation date de juin dernier. Elle ne préjuge donc pas d'une évolution encore plus défavorable des recettes de cotisations, qui contrarient nécessairement les effets bénéfiques des mesures de redressement récemment mises en oeuvre. Dans ce cas, d'autres mesures complémentaires de redressement seraient malheureusement à prévoir.

C. LA REAFFIRMATION DU ROLE DE L'ETAT DANS LE DOMAINE SANITAIRE ET SOCIAL

Le budget des Affaires sociales et de la santé pour 1994, en réaffirmant le rôle de l'Etat dans le domaine sanitaire et social, participe à l'effort général de redressement et atteint 57.283,51 millions de francs, soit une augmentation :

- de 13,11 % par rapport au budget voté pour 1993 ;
- de 7,67 % par rapport à la loi de finances rectificative pour 1993.

1. Les grandes masses financières du budget des Affaires sociales et de la santé en 1994

(en millions de francs)

Budget	Projet de loi de finances 1994	Projet de loi de finances 1994/ Budget voté pour 1993 (en %)	Projet de loi de finances 1994/ Loi de finances rectificative 1993 (en %)
Titre III	5.220,65	+ 49,99	+ 53,11
Titre IV	51.059,97	+ 10,72	+ 4,69
Total DO	56.280,62	+ 13,48	+ 7,85
Titre V	99,04	+ 78,01	+ 96,73
Titre VI	903,85	- 8,76	- 6,78
Total DO + CP	57.283,51	+ 13,11	+ 7,67

L'évolution ainsi constatée s'explique principalement par :

- d'importants transferts de crédits en provenance d'autres fascicules budgétaires ;

- l'incidence défavorable de la dégradation de la situation économique générale sur le service de certaines prestations telle, par exemple, l'allocation du revenu minimum d'insertion ;

- la définition d'actions prioritaires destinées à réaffirmer le rôle de l'Etat dans le domaine sanitaire et social.

a) Le budget des Affaires sociales et de la santé bénéficie d'importants transferts de crédits en provenance d'autres fascicules budgétaires

- des services communs (ministère du Travail et ministère des Affaires sociales et de la santé) : 1.665,3 millions de francs (1) ;

- du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle : 104,9 millions de francs ;

- des services généraux du Premier ministre : 7,47 millions de francs.

b) L'évolution constatée des crédits des Affaires sociales et de la santé pour 1994 résulte, également, de la progression des dotations consacrées, d'une part, à l'allocation aux adultes handicapés et, d'autre part, à l'allocation du revenu minimum d'insertion

Le budget des Affaires sociales et de la santé se caractérise traditionnellement par deux grandes masses budgétaires qui représentent, au total, environ 60 de la dotation prévue pour 1994, à savoir :

- la contribution de l'Etat au financement de l'allocation aux adultes handicapés (chapitre 46-92) ;

- l'allocation de revenu minimum d'insertion (chapitre 46-21).

1. Le transfert de crédits se concrétise, principalement, par le transfert de 2.244 emplois en provenance de l'ancien budget des services communs.

Or, on constate, au cours de ces dernières années, une vigoureuse progression des crédits ouverts au titre de ces deux dotations budgétaires.

S'agissant tout d'abord de la contribution de l'allocation aux adultes handicapés, les crédits correspondants, soit 18,12 milliards de francs en 1994, progressent ainsi :

- de 7,73 % par rapport au budget voté de 1993 ;
- de 3,25 % par rapport à la loi de finances rectificative pour 1993.

Cette évolution s'explique principalement, d'une part, par la revalorisation du montant de l'allocation et, d'autre, part, par l'évolution du nombre de bénéficiaires retracée dans le tableau ci-dessous :

Années	Bénéficiaires (milliers)	% annuel d'augmentation
1981	426	14,0
1982	448	5,2
1983	471	5,1
1984	478	1,5
1985	477	-0,2
1986	482	0,9
1987	495	2,8
1988	511	3,2
1989	524	2,6
1990	539	2,8
1991	552	2,5
1992	563	3,0

Toutefois, il convient de souligner que certaines règles applicables à l'allocation aux adultes handicapés sont aujourd'hui sujettes à interrogation. La Cour des Comptes s'est, d'ailleurs, récemment faite de ces interrogations. En effet, et outre son régime normal, l'allocation aux adultes handicapés peut également être versée à toute personnes dont l'incapacité permanente est inférieure à 80 % mais qui est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité de se procurer un emploi (ancien article 35-2 de la loi du 30 juin 1975, codifié à l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale). Or, la progression générale du chômage parait se traduite par une augmentation du nombre des bénéficiaires appartenant à cette dernière catégorie.

En ce qui concerne, par ailleurs, les crédits affectés à l'allocation de revenu minimum d'insertion, soit 16,56 milliards de francs en 1994, ceux-ci progressent :

- de 21,76 % par rapport aux crédits votés pour 1993 ;
- de 6,84 % par rapport à la loi de finances rectificative pour 1993.

L'évolution constatée résulte principalement de l'augmentation du nombre de bénéficiaires, qui est passé de 422.102 au 31 décembre 1990 à 575.035 en 1992.

La croissance annuelle des effectifs, qui a été de + 2,57 % en 1990, + 15,7 % en 1991 et de + 17,7 % en 1992, s'explique par :

- la détérioration de la situation économique, qui constitue, à cet égard, un facteur déterminant ;
- une meilleure connaissance du RMI par ses bénéficiaires potentiels, entraînant une inscription plus précoce ;
- certaines modifications récemment apportées au système de protection sociale qui, telles la suppression de l'allocation d'insertion pour les femmes isolées ou les nouvelles règles d'indemnisation du chômage, expliqueraient le tiers de la croissance des effectifs enregistrée en 1992.

Il convient néanmoins de souligner que :

- les collectivités locales participent également, et de manière significative, à la mise en oeuvre du dispositif du RMI ;
- d'une part, d'autres crédits du budget de l'Etat contribuent au financement du dispositif du revenu minimum d'insertion. Il s'agit, principalement, des crédits d'insertion dans les DOM ("créance de proratisation"), soit 702 millions de francs en 1993 et des dépenses de gestion, soit environ 270 millions de francs.
- la mesure nouvelle prévue en 1994 au titre de l'allocation de revenu minimum d'insertion a été calculée compte tenu de l'hypothèse, d'une part, d'une accélération sensible de la croissance des effectifs au cours de l'année 1993 et, d'autre part, d'une stabilisation des mêmes effectifs en 1994

Le budget des Affaires sociales et de la santé pour 1994 traduit également la volonté de réaffirmer le rôle de l'Etat dans le domaine sanitaire et social, en définissant plusieurs actions prioritaires dont le détail est présenté ci-après.

2. La définition d'actions prioritaires

Outre l'ajustement aux besoins des crédits du revenu minimum d'insertion (+ 3,6 milliards de francs) et de la contribution de l'Etat au financement de l'allocation aux adultes handicapés (+ 1,6 milliard de francs), l'analyse du budget des Affaires sociales et de la santé met en évidence les actions prioritaires suivantes :

• Le renforcement des moyens des services

Administration centrale :

- Dépenses ordinaires : + 6,15 millions de francs (titre III) ;
- Dépenses en capital : + 18,5 millions de francs en crédits de paiement et + 20,1 millions de francs en autorisations de programme.

Services déconcentrés des Affaires sanitaires et sociales

- Ajustement aux besoins des crédits de fonctionnement des COTOREP, des DDAS et des DRASS : + 21,8 millions de francs.
- accompagnement de la mise en oeuvre de la loi hospitalière et de la politique de maîtrise des dépenses de santé : + 6,52 millions de francs
- dépenses en capital : + 23,5 millions de francs en crédits de paiement et + 7,5 millions de francs en autorisations de programme.

Renforcement des services de santé dans les TOM : + 7,87 millions de francs (Ajustement aux besoins).

• La lutte contre les fléaux sociaux et prévention sanitaire

- Lutte contre la toxicomanie : + 29 millions de francs (ajustement aux besoins).

- Lutte contre le SIDA : + 54,7 millions de francs (mesure nouvelle de 45,8 millions de francs au titre des actions de prévention et du renforcement des structures d'accueil ; Ajustement aux besoins de 8,9 millions de francs au titre du dépistage anonyme et gratuit).

- Développement des activités des observatoires régionaux de la santé et des actions du réseau national de santé publique : + 13 millions de francs (mesure nouvelle).

- Prévention générale et contrôle sanitaire de l'environnement : + 9,3 millions de francs (mesure nouvelle).

- Agence française du sang : + 18,5 millions de francs (mesure nouvelle).

• Les actions et interventions sociales

- Ajustement aux besoins des subventions destinées aux centres d'hébergement et de réadaptation sociale et aux centres d'aide par le travail : + 126,9 millions de francs.

- Création de 2.000 places en centres d'aide par le travail : + 110 millions de francs (mesure nouvelle).

- Augmentation de l'aide au titre des FONJEP et développement des actions d'insertion : + 37,9 millions de francs (mesure nouvelle).

- Ajustement aux besoins des dépenses d'aide sociale obligatoire : + 36 millions de francs.

- Renforcement des interventions sociales de l'Etat dans les TOM : + 21 millions de francs (mesure nouvelle).

c) La contribution du budget des Affaires sociales et de la santé à l'effort de maîtrise des dépenses de l'Etat

Les économies budgétaires réalisées au titre du budget des Affaires sociales et de la santé atteignent 5.521,74 millions de francs, soit 10,9 % du total des crédits inscrits en loi de finances pour 1993.

Ces économies affectent, pour l'essentiel (soit 5.256,99 millions de francs), les actions de caractère social et résultent :

- soit de la contribution effective de certaines dotations à l'effort de maîtrise des dépenses de l'Etat (ex : réduction de 26,13 millions de francs des crédits affectés aux programmes d'action sociale de l'Etat et réduction de 70 millions de francs, au titre de la

participation financière des personnes hébergées, des crédits privés au titre des centres d'hébergement et de réadaptation sociale) ;

- soit des incidences financières de certaines mesures législatives ou réglementaires. Ainsi, par exemple, la révision des modalités de la surcompensation entre les régimes spéciaux d'assurance vieillesse permet de diminuer de 4.139,8 millions de francs la subvention de l'Etat au régime de retraite des mines. Dans le même ordre d'idées, la révision des conditions d'actualisation des ressources prises en compte pour le calcul du revenu minimum d'insertion se traduit par une économie de 596 millions de francs. (1)

En revanche, les moyens de l'administration centrale et des services déconcentrés des Affaires sanitaires et sociales sont relativement épargnés par les économies budgétaires, confirmant ainsi la priorité accordée au renforcement des capacités d'action du ministère des Affaires sociales.

A plusieurs reprises, votre commission s'était inquiétée de la « grande misère » de l'administration des Affaires sociales et de la santé.

Elle se félicite donc du renforcement des moyens de ladite administration. Elle souscrit également aux autres priorités définies, dans le projet de budget pour 1994, au titre des actions sanitaires et sociales.

1. Il convient, par ailleurs, de noter que la modification du régime de l'allocation aux adultes handicapés proposée par l'article 52 du projet de loi de finances pour 1994, se traduirait, si elle était adoptée, par une économie budgétaire de 300 millions de francs.

II - LE SYSTEME DE SANTE FRANCAIS A L'EPREUVE DE LA RIGUEUR FINANCIERE

La réforme des régimes de retraite étant désormais engagée, le problème principal auquel est aujourd'hui confronté notre système de protection sociale réside dans la maîtrise, jusqu'alors inaboutie, de l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

A cet égard, il paraît tout d'abord utile de combattre l'idée fautive, mais malheureusement répandue, selon laquelle ladite protection sociale se désengagerait progressivement de la prise en charge des dépenses de soins et de biens médicaux.

Une analyse objective des données chiffrées démontre que la sécurité sociale "s'essouffle", en fait, à suivre la vigoureuse progression de la dépense de santé.

Par ailleurs, si la contrainte financière resserre chaque année davantage son étouffement, une "marge de manoeuvre" immédiate pourrait être dégagée en luttant avec efficacité et détermination contre les gaspillages qui gangrènent aujourd'hui notre système de santé, et dont la réalité est incontestablement établie par divers indices concordants.

Enfin, l'indispensable redéploiement des capacités hospitalières excédentaires conduit inévitablement à envisager, en ce domaine, de nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement.

A. DE LA NECESSITE DE COMBATTRE UNE IDEE FAUSSE

1. La sécurité sociale ne se "désengage" pas du financement de l'assurance maladie...

La comparaison de la part respective de la sécurité sociale, des mutuelles, de l'Etat et des ménages dans le financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux met en évidence les évolutions suivantes pour les années 1980 à 1992 :

Structure de financement de la dépense courante de biens et de soins médicaux

(en %)

Années	Sécurité sociale	Mutuelles	Etat	Ménages
1980	76,46	4,99	2,92	15,63
1985	75,51	5,10	2,26	17,12
1986	75,65	5,51	1,4	17,44
1987	74,56	5,97	1,31	18,15
1988	74,06	6,34	1,2	18,40
1989	74,83	6,24	1,12	17,81
1990	73,99	6,09	1,02	18,90
1991	74,12	6,15	0,93	18,80
1992	74,34	6,13	0,88	18,65

(Source : programme Eco-santé du CREDES)

On constate ainsi que la part de la sécurité sociale dans le financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux est passée de 76,46 % en 1980 à 74,34 % en 1992.

D'aucuns, s'arrêtant à cette première étape de l'analyse, en ont immédiatement conclu que la sécurité sociale se "désengageait" progressivement du financement de l'assurance maladie.

Or, à l'examen, un tel raisonnement s'avère partiel, sommaire et réducteur.

En effet :

- la sécurité sociale assure toujours un effort important de prise en charge (soit environ 75% de la dépense totale de soins et de biens médicaux) ;

- l'érosion constatée au cours de ces douze dernières années n'est pas linéaire ; depuis 1990, la part de la sécurité sociale dans le financement de la dépense de santé tend ainsi à augmenter de nouveau (73,99 % en 1990 ; 74,34% en 1992) ;

- l'analyse comparée du rythme de progression des différentes masses financières concernées démontre que la sécurité sociale s'essouffle, en fait, à suivre la vigoureuse progression des dépenses de santé.

2...mais elle s'essouffle à suivre la vigoureuse progression des dépenses de santé

Pour être correctement interprétée, l'analyse de l'évolution de la structure de financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux doit être complétée par celle du taux d'accroissement annuel moyen des principales masses financières concernées, qui est retracée dans le tableau ci-dessous :

(en % annuel moyen d'augmentation)

Années	PIB	Dépense courante de soins et de biens médicaux	Financement sécurité sociale
1980 - 1992	2,14	4,12	3,88
1980 - 1985	1,52	3,64	3,39
1985 - 1990	3,14	4,75	4,32
1990 - 1992	1,18	3,75	3,99

(Source : programme Eco-santé du CREDES)

Il apparaît ainsi que, pour les années 1980 à 1992, le taux annuel moyen d'augmentation des dépenses d'assurance maladie (soit + 3,88 %) est effectivement inférieur à celui de la dépense courante de soins et de biens médicaux (+ 4,12 %).

Toutefois, et sauf à reconsidérer la signification même de ce mot, un rythme annuel moyen d'augmentation d'environ 4 % pendant 12 ans, et qui demeure, par ailleurs, largement supérieur à celui de la richesse nationale (+ 2,14%), ne saurait traduire un quelconque "désengagement" de la sécurité sociale dans le domaine de l'assurance maladie.

A l'évidence, la résolution des problèmes financiers auxquels cette dernière est aujourd'hui confrontée nécessite donc que l'on mette fin, au préalable, à quelques idées fausses...

B. DE L'INFINIMENT GRAND A L'INFINIMENT PETIT : LES INDICES CONCORDANTS DU GASPILLAGE

Notre système de santé doit s'adapter à une contrainte financière sans précédent, et qui resserre chaque année davantage son étai.

Or, une "marge de manoeuvre" immédiate pourrait être dégagée en luttant avec efficacité et détermination contre les gaspillages de toute nature qui affectent aujourd'hui l'assurance maladie.

Le terme de "gaspillages" peut, certes, choquer.

Il n'existe pas d'étude ou d'enquête officielle permettant d'en évaluer, d'une manière globale et exhaustive, l'ampleur. Leur réalité est néanmoins établie par trois indices concordants et irréfutables :

- 1er indice : tout en dépensant plus, la France atteint un niveau sanitaire comparable à celui des autres pays développés ;

- 2ème indice : l'existence de disparités régionales confirme les limites et les insuffisances d'un système centralisé d'allocation des ressources ;

- 3ème indice : les contrôles ponctuels de l'assurance maladie révèlent les mille et un visages du gaspillage quotidien.

1. Tout en dépensant plus, la France atteint un niveau sanitaire comparable à celui des autres pays développés

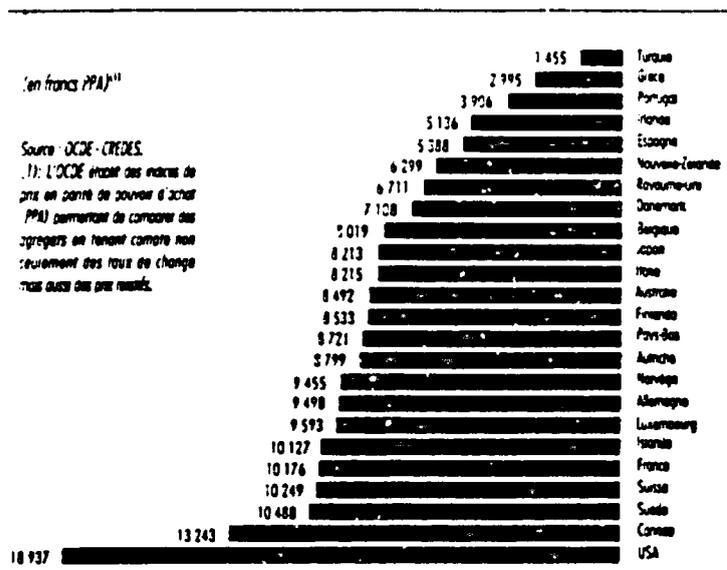
Les Français s'enorgueillissent, à juste titre, de la qualité et des performances de leur système de santé.

Il paraît toutefois nécessaire de rappeler que, tout en dépensant moins, d'autres pays développés atteignent un niveau sanitaire équivalent à celui de notre pays qui ne dispose pas, en ce domaine, d'un avantage particulier.

a) *Tout en dépensant plus...*

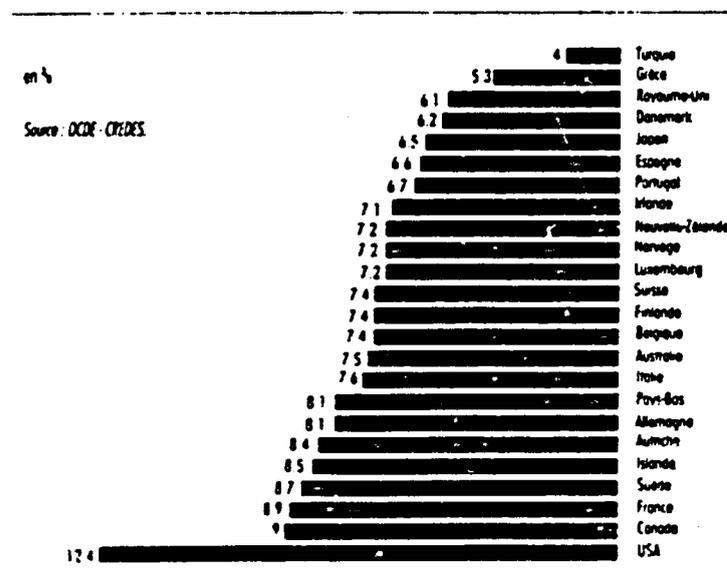
En 1990, la dépense de santé par Français est de 10.176 francs par an. Comme l'indique le graphique ci-dessous, la France est ainsi au 5ème rang des pays de l'O.C.D.E. pour les dépenses de santé par habitant.

Dépense nationale de santé par habitant en 1990

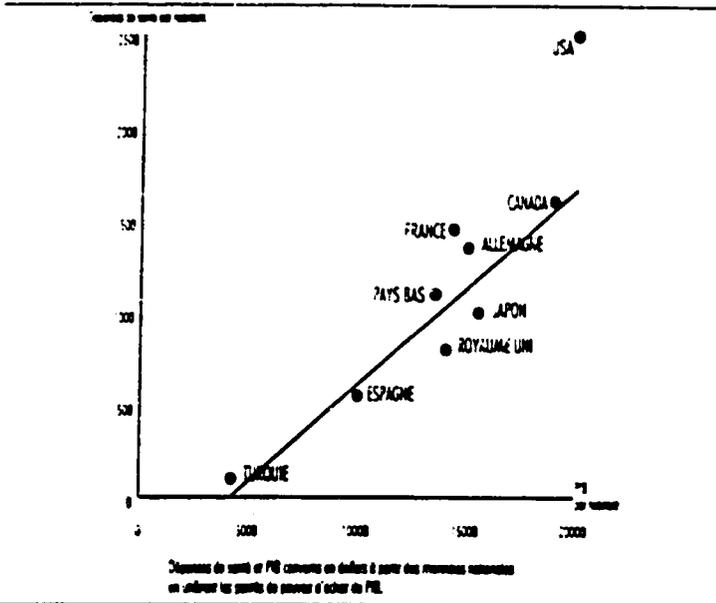


Par ailleurs, la France est au 3ème rang en ce qui concerne la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut.

Part des dépenses de santé dans le PIB en 1990



L'analyse comparée de l'évolution de la proportion des dépenses de santé et du niveau du P.I.B. (Cf graphique ci-dessous) permet d'établir que la France "cumule un haut niveau de dépenses de santé en valeur absolue avec une part très élevée dans le produit intérieur brut."⁽¹⁾



b)... la France atteint un niveau sanitaire équivalent à celui des autres pays développés

Or, le niveau particulièrement élevé de dépenses que notre pays consacre aujourd'hui au financement de son système de santé se traduit par un niveau sanitaire, certes satisfaisant, mais qui n'a rien d'exceptionnel par rapport aux autres pays développés.

En effet, la comparaison de l'état sanitaire de la population des pays de l'O.C.D.E. tend à établir que "la France occupe un rang moyen, plutôt bon, dans les indicateurs courants d'état de santé."⁽²⁾.

S'agissant de l'espérance de vie à la naissance, notre pays se situait ainsi, en 1987, au 5ème rang des 24 pays de l'O.C.D.E. pour les femmes, et au 13ème rang pour les hommes.

En ce qui concerne le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité périnatale, la France atteignait respectivement le 6ème et le 16ème rang des pays de l'O.C.D.E.

1. Dépenses de santé : un regard international - Rapport au Premier ministre présenté par Yannick Moreau (1992)

2. Rapport précité.

2. L'existence de disparités régionales traduit les limites et les insuffisances d'un système centralisé d'allocation des ressources

L'organisation de notre système de santé et le financement de l'assurance maladie :

- relèvent de la responsabilité conjointe de l'Etat et des organismes de sécurité sociale ;

- obéissent à une logique centralisatrice qui, bien que timidement corrigée au cours de ces dernières années, ne garantit toujours pas une allocation optimale et équitable des ressources.

En effet, diverses études tendent aujourd'hui à démontrer l'existence d'incontestables disparités régionales dans la répartition géographique des soins et des biens médicaux.

A cet égard, il convient de souligner l'intérêt d'une étude récente (1), dont les principaux éléments méthodologiques sont récapitulés dans le tableau ci-après, et qui, établie sur la base des données disponibles en 1990, permet d'établir l'évaluation suivante quant à la répartition régionale des ressources de l'assurance maladie.

Région	1 Comparaison réel/popul	2 Comparaison réel/pop eur.	3 Comparaison réel/pop brut
AQUITAINE	102,34	98,00	101,76
ALSACE	106,52	113,47	112,57
AUVERGNE	94,32	96,06	99,29
BOURGOGNE	88,88	87,41	89,20
BRETAGNE	83,87	93,46	97,33
CENTRE	90,24	83,05	89,74
CHAMPAGNE ARDENNES	94,51	96,82	93,78
CORSE	99,48	102,16	105,04
FRANCHE COMTE	108,26	108,79	93,11
ILE DE FRANCE	123,31	114,63	107,30
LANGUEDOC ROUSSILLON	102,79	108,81	106,14
LIMOUSIN	96,43	92,42	112,34
LOTTRE	97,20	105,60	100,31
MIDI PYRENEES	111,39	102,38	113,92
NORD PAS DE CALAIS	79,14	92,92	88,01
BASSE NORMANDIE	94,85	98,34	98,02
HAUTE NORMANDIE	85,04	90,75	86,40
PAYS DE LOIRE	90,21	89,75	88,36
PICARDIE	88,40	94,13	92,81
POITOU CHARENTES	90,85	83,59	90,89
PROVENCE COTE D'AZUR	108,83	105,48	114,48
RHONE ALPES	101,61	98,93	96,30

1. Comment "raser" les inégalités de santé entre régions A. Jourdain. Cahiers de sociologie et de démographie médicale Octobre-Décembre 1991.

COMMENT "RAWPER" LES INEGALITES DE SANTE ENTRE REGIONS

Etude de M. Jourdain - Ecole nationale de la Santé publique (1)

Présentation méthodologique

Objet : évaluer, au regard de la population et des besoins sanitaires des différentes régions françaises, la pertinence des modalités actuelles d'allocation des ressources de l'assurance maladie.

Modalités : "La Grande-Bretagne a élaboré un modèle de répartition des ressources entre régions (RAWP) qui mesure de manière normative l'équité de la consommation médicale en intégrant l'effet de la répartition par âge et de la mortalité. Cette formule (le "rawping") est le résultat de discussions entre gestionnaires, administrateurs et scientifiques depuis près de 15 ans. Si elle ne peut être considérée comme une mesure parfaite du besoin de services, elle représente néanmoins un compromis accepté entre les différents acteurs du système britannique de santé publique, testé en grandeur réel et qui a guidé les choix financiers dans un contexte conflictuel."

"L'application stricte de cette procédure n'est pas possible en France, car les modes de gestion et les données statistiques ne sont pas directement comparables. Aussi avons-nous tenté de mettre au point une formule s'en approchant, dont le principe de calcul est le suivant :

" - comme dans le RAWP, on détermine quelle serait la valeur de la consommation médicale dans une région, compte tenu de sa structure d'âge et de la répartition nationale de l'hospitalisation par âge. On obtient alors une première distribution "idéale" des ressources entre régions ;

" - dans un second temps, on tient compte des besoins de santé différentiels entre les régions, en appliquant à la distribution précédente l'indice de surmortalité régional. Ce produit donne une mesure de la distribution optimale des ressources (sous contrainte des hypothèses retenues)."

Cette méthode de calcul permet ainsi de "mesurer, dans le cas de la France, l'écart entre une répartition souhaitable des ressources et leur répartition réelle."

(1) Cahiers de sociologie et de démographie médicale Octobre-Décembre 1991

"La dernière colonne donne les dépenses de santé par habitant dans les différentes régions (indice 100 = moyenne nationale). Ainsi, l'Ile de France reçoit 7 % de ressources en plus de ce que le nombre de ses habitants pourrait laisser attendre. Dans la colonne centrale, on corrige la donnée précédente de l'effet de structure d'âge, afin de prendre en compte le fait que l'équité exige qu'un département plus âgé doit recevoir plus de ressources. Poursuivant sur l'exemple de l'Ile de France, on voit ainsi que cette région reçoit 15 % de ressources supplémentaires en comparaison à ce que l'on pourrait imaginer, compte tenu de la jeunesse de sa population. Si, enfin, on ajoute l'effet de mortalité différentielle selon les régions, reflet de l'état de santé local, on a alors le rapport entre les ressources réelles et les ressources qui seraient nécessaires pour répondre de manière adéquate aux besoins de la population (colonne 1). Dans ce cas, l'Ile de France reçoit un excédent de 23 % de ressources par rapport à une allocation optimale (mesurée par son poids démographique, sa structure d'âge et la mortalité différentielle).

"Conclusion : les écarts entre les régions extrêmes vont de 123 à 79, soit un écart d'environ 1/4 autour de la moyenne (...). Cette forte inégalité peut s'expliquer par différents phénomènes :

"- le système de santé français est fortement influencé par l'offre de soins (implantation des médecins et des hôpitaux) ;

"- les mécanismes de planification agissent sur le contrôle des investissements et non sur les dépenses annuelles de fonctionnement.

"Ces deux facteurs, résultat de l'évolution observée depuis 20 ans, conduisent à des différences très importantes entre régions, supérieures à celles que l'on observe dans les autres pays européens."(1)

3. Les contrôles ponctuels du service médical de l'assurance maladie révèlent les mille et un visages du gaspillage quotidien

Dans un rapport de 1992, M. le Professeur Claude Béraud, ancien médecin-conseil de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAMTS) a affirmé que : *"la comparaison des coûts des systèmes de soins français, japonais, belge, danois ou anglais, révèle que pour des résultats sanitaires comparables, les dépenses de santé sont en France supérieures de 20 %. Les 100 milliards de différence, qui représentent le coût pour la collectivité et pour les malades des prestations sans utilité médicale, pourraient, autrement employés, accroître à la fois la qualité de la santé et la satisfaction des autres besoins de la population."*

Une vive polémique a, certes, accompagné la publication de ce rapport. Il convient toutefois de regretter que ses jugements à l'emporte-pièce et ses affirmations parfois excessives, imputant notamment la responsabilité des faits constatés à une improbable "délinquance médicale", en ait occulté l'enseignement essentiel, à savoir l'existence de véritables gaspillages au sein du système de santé.

Or, "les dysfonctionnements et gaspillages constatés par M. le professeur Béraud dans son rapport de 1992 expliquent sans doute une part non négligeable de la croissance excessive des dépenses de santé ces dernières années" (1)

Sur la base de ces informations, votre rapporteur a donc demandé à la Caisse nationale d'assurance maladie de lui faire parvenir tout document, émanant de son contrôle médical, et lui permettant d'apprécier la réalité des gaspillages en matière d'assurance maladie.

Les tableaux présentés dans les pages suivantes récapitulent les principaux abus, gaspillages ou fraudes constatés par ledit contrôle médical au cours de la seule année 1992.

Il convient de souligner que ces tableaux ne représentent que la partie "émergée", c'est-à-dire officiellement constatée, de l'iceberg des gaspillages qui gangrènent aujourd'hui l'assurance maladie.

Leur lecture pourrait se révéler, au premier abord, rébarbative. Elle s'avère pourtant riche d'enseignements, notamment en ce qui concerne :

- la réalité même des gaspillages ;
- le montant variable et les aspects extrêmement divers de ces gaspillages.

Les contrôles ponctuels de l'assurance maladie présentent ainsi l'immense intérêt de confirmer que, en ce domaine, les gaspillages ne relèvent pas uniquement de l'anecdote.

L'analyse de ces gaspillages n'a donc pas pour objet de dénoncer des coupables ou de désigner des "boucs émissaires" à la vindicte publique.

Elle a pour seule ambition de mettre en évidence l'existence et la réalité d'un problème de fond dont la résolution ou, du moins, la limitation, permettrait de dégager des "marges de manoeuvre" particulièrement appréciables en ces temps de rigueur financière.

**Divers gaspillages et anomalies constatés, en 1992, par le
contrôle médical de l'assurance maladie du régime général
(Source : CNAMTS)**

Prescriptions de médicaments

En 1992, 99 organismes ont travaillé sur ce thème.

THEME	NATURE DES ANOMALIES	ORGANISME
PRESCRIPTIONS SUR ORDONNANCIER	- Prescriptions non conformes Chiffrage à 148 000 F pour utilisation de l'ordonnancier pour des prescriptions hors cadre de l'ordonnancier.	MONTAUBAN
T.P.N. (1)	- Factures non conformes. - Non justification médicale. Anomalies chiffrées à 113.000 F. Indus récupérés sur 5 professionnels = 37.000 F.	LA ROCHE/YON
FACTURATIONS EN TIERS-PAYANT	- Factures non conformes. Indus récupérés = 350.000 F.	LIMOGES
DELIVRANCE DE TEMGESIC	- Délivrance sur ordonnances falsifiées ou volées. Anomalies représentent 117.300 F.	EVRY
FACTURATION DE PHARMACIE AU COURS D'UNE HOSPITALISATION EN ETABLISSEMENT PRIVE	- Facturations non conformes. Chiffrage = 37.500 F. Récupération d'indus = 36.300 F.	MONTPELLIER
ANTI ULCEREUX	- Non concordance des prescriptions médicales avec les recommandations du Haut Comité Médical. Anomalies = 540.500 F.	TOURS
ORDONNANCIER	- Usage non conforme. Anomalies chiffrées à 0,4 % du poste, soit 892.000 F. Indus récupérés = 33.327 F.	MONT-de-MARSAN
T.P.N. (1)	- Utilisation de la mention "T.P.N." pour les préparations magistrales. Anomalies = 0,2 % du poste, soit 467.000 F.	MONT-de-MARSAN
PREPARATIONS MAGISTRALES	- Facturation de préparations non remboursables. Anomalies = 0,10 % du poste "PHARMACIE", soit 242.000 F.	NANTES
CONSUMMATION DE LA PHARMACIE DES PERSONNES > 70 ans	- Non respect du principe de la plus stricte économie. - Non respect des consensus médicaux. - Abus d'utilisation de l'ordonnancier. Anomalies représentent 3 % du poste, soit 3.000.000 F.	REIMS
ANTI ULCEREUX	- Non justification médicale. Anomalies = 1,5 % du poste de dépenses, soit 4,2 Millions.	SAINT-QUENTIN

(1) Tarif pharmaceutique national

**Divers gaspillages et anomalies constatés, en 1992, par le
contrôle médical de l'assurance maladie du régime général
(Source : CNAMTS)**

ORDONNANCIER	- Prescriptions non conformes aux dispositions réglementaires. Anomalies représentent 1.2 % du poste de dépenses, soit environ 3.1 Millions.	TROYES
ORDONNANCES FALSIFIEES	- Utilisation d'ordonnances falsifiées par les assurés sociaux. Anomalies chiffrées à 15.370 F.	CARCASSONNE
PHARMACIE PERSONNES AGEES	- Non justification médicale. Anomalies représentent 2 % du poste, soit 10 Millions.	CAEN
RESPECT DE LA PRESCRIPTION MEDICALE	- Non respect de la prescription médicale. Anomalies représentent 352.000 F.	EVREUX
PHARMACIE DELIVREE PAR UN CENTRE HOSPITALIER	- Facturation de médicaments inclus dans la dotation globale de l'établissement. Evaluation à 0,36 % du poste, soit 1,3 Million d'indus notifiés.	VALENCIENNES

Visites - Consultations

En 1992, très peu de Caisses ont travaillé sur les thèmes "Consultations" et "Visites".

THEME	NATURE DES ANOMALIES	ORGANISME
LA VISITE	- Non justification médicale. Anomalies = 1.18 % de l'assiette conventionnelle, soit 7.576.000 F.	CALAIS
LA VISITE	- Non justification du déplacement du médecin. Anomalies = 5.2 % des visites examinées soit 14.780 F.	EPINAL
DU BON USAGE DE LA VISITE	- 33 % des visites ne sont pas justifiées médicalement par l'état de santé du malade.	MAUBEUGE
LA CONSULTATION	Action de contrôle sur la prise en charge des examens prénuptiaux, pré et post nataux. Détection de 2000 actes cotés C2 au lieu de CS.	BORDEAUX

**Divers gaspillages et anomalies constatés, en 1992, par le
contrôle médical de l'assurance maladie du régime général**

(Source : CNAMTS)

Transports sanitaires

En 1992, 59 CP/SM ont travaillé sur ce thème.

THEME	NATURE DES ANOMALIES	ORGANISME
TRANSPORTS	- Anomalies de facturation : chiffrées à 6 % du poste, soit 240 000 F.	CALAIS
TRANSPORTS	- Facturations non conformes. - Inadéquation du moyen de transport prescrit. Chiffrage = 7,5 % du poste, soit 3.086 Millions sur 12 mois.	BAYONNE
TRANSPORTS	- Facturations non conformes. - Non justification médicale. - Inadéquation. - Imprécisions dans la rédaction de la prescription. Anomalies = 4 % du poste, soit 976.000 F.	PAU
TRANSPORTS	- Facturations non conformes. - Non justification médicale. Chiffrage des indus = 61.230 F sur 12 mois.	LIMOGES
TRANSPORTS EN AT	- Non justification médicale. Anomalies = 8 % du poste, soit 100.000 F.	THIONVILLE
TRANSPORTS	- Non justification du transport. - Facturations non conformes. Anomalies représentent 4 % du poste, soit 2,4 Millions. Notification d'indus sur 6 mois = 92.000 F pour 6 professionnels.	PERPIGNAN
TRANSPORTS	- Non justification médicale. Anomalies = 6,6 % du poste, soit 680.000 F.	VESOUL
TRANSPORTS	- Facturations non conformes. Indus notifiés = 12.600 F.	DIEPPE
TRANSPORTS	- Facturations non conformes. - Non justification médicale. Anomalies = 18 % du poste, soit 8,5 Millions.	CAEN
TRANSPORTS	- Facturations non conformes. Programme d'action sur une journée de liquidation et notification d'indus pour 13 transporteurs = 24.000 F.	GRENOBLE
TRANSPORTS	- Anomalies dans la rédaction des prescriptions. - Non justification médicale. - Facturations non conformes. Anomalies = 4,7 % du poste, soit 1,7 Million.	SAINT-NAZAIRE

**Divers gaspillages et anomalies constatés, en 1992, par le
contrôle médical de l'assurance maladie du régime général
(Source : CNAMTS)**

Arrêts de travail

En 1992, 45 organismes ont travaillé sur ce thème.

THEME	NATURE DES ANOMALIES	ORGANISME
ARRETS DE TRAVAIL	12 % des arrêts de travail ne sont pas médicalement justifiés.	CLERMONT-FERRAND
ARRETS DE TRAVAIL de + de 3 MOIS et ARRETS REPETITIFS	RIM et étude administrative des dossiers ont mis en évidence la non justification médicale des arrêts. Anomalies chiffrées à 4.8 % du poste de dépenses.	HAGUENAU
ARRETS DE TRAVAIL	Non justification médicale Chiffrage à 129.776 F sur 1 mois. Programme d'action sur 7 mois dont l'impact a été chiffré à 11.593.000 F en terme de dépenses évitées, soit 6 % du poste.	STRASBOURG
INDEMNITES JOURNALIERES : - de plus de 3 mois - de moins de 30 jours	Non justification médicale . de 7,1 % des arrêts, au moment du contrôle pour les IJ > 3 mois. . 2,1 % des arrêts < 30 jours. Enjeu économique en terme d'évolution (comparaison Lyon/ Caisses homogènes) à 27 Millions de Francs.	LYON
ARRETS DE TRAVAIL	Enquête préalable à la prise en charge des AT pour les dockers. Anomalies = 11 % du poste de dépenses, soit 1.850.000 F. Programme d'action conduit à 14.278.000 F de dépenses évitées, soit 9 % du poste de dépenses.	LE HAVRE
ARRETS DE TRAVAIL	Non justification médicale et méconnaissance des obligations en matière d'arrêts. Dépenses évitées = 6,1 Millions, soit 2 % du poste.	MELUN
ARRETS DE TRAVAIL EN AT > 90 jours	Non justification médicale pour 15 % des arrêts de travail.	LA ROCHE/YON
ARRETS DE TRAVAIL DE COURTE DUREE	Non justification médicale des AT contrôlés dans le cadre d'un contrôle précoce, d'un absentéisme estival. Anomalies = 21 % du poste de dépenses.	GAP
CONTROLE DES PRESTATIONS D'ARRETS DE TRAVAIL	Non justification médicale Notifications de refus sur 3 % du poste. Dépenses évitées = 7.913.932 F sur 12 mois.	NICE
IJ > 3 mois	Non justification des IJ maladie > à 3 mois. Refus des prescriptions non justifiées. Infléchissement de tendance de 5 % du poste de dépenses, soit 1,05 Million sur 4 mois.	BASTIA

**Divers gaspillages et anomalies constatés, en 1992, par le
contrôle médical de l'assurance maladie du régime général
(Source : CNAMTS)**

Prescription des actes de biologie

82 organismes ont travaillé sur ce thème en 1992.

THEME	NATURE DES ANOMALIES	ORGANISME
ACTES DE BIOLOGIE	- Cotations d'actes non prescrits - Règles de cumul non respectées Anomalies chiffrées à 75.900 F, soit 0,3 % du poste. Dépenses évitées sur 1 mois = 590.500 F soit 2,2 % du poste.	FOIX
ACTES DE BIOLOGIE	- Cotations erronées - Prescriptions imprécises, faites à postériori, abrégées prêtant à confusion. Anomalies = 3 % du poste de dépenses.	BOURGES
ACTES DE BIOLOGIE	- Anomalies réglementaires Chiffage à 6 % des B en ambulatoire.	BASTIA
ACTES DE BIOLOGIE	- Cotations erronées - Imprécision des prescriptions ionogrammes Anomalies chiffrées à 5,05 % du poste, soit 10,8 Millions.	LYON
PRESCRIPTION DES EXAMENS DE BIOLOGIE	- Cotations erronées - Non justification médicale Anomalies chiffrées à 13 % du poste, soit 3,88 Millions.	VESOUL
BIOLOGIE DANS LES CLINIQUES PRIVEES	- Cotations erronées - Non justification médicale Récupération d'indus = 87.700 F	ANNECY
APPLICATION DE LA NOMENCLATURE	- Cotation erronées Chiffage à 3,5 % du poste de dépenses, soit 3,3 Millions.	ROUEN
BIOLOGIE	- Cotations erronées - Facturations non conformes Chiffage des anomalies = 1 % du poste, soit 221.000 F.	ARMENTIERES
COTATIONS DE BIOLOGIE DEPUIS L'ARRETE DU 30/11/89	- Cotation et facturations non conformes Chiffage à 5 % du poste de dépenses, soit 3.639.000 F.	BEAUVAIS
COTATIONS DE BIOLOGIE	- Facturations non conformes Anomalies chiffrées à 2,36 Millions.	CREIL

**Divers gaspillages et anomalies constatés, en 1992, par le
contrôle médical de l'assurance maladie du régime général
(Source : CNAMTS)**

Autres examens complémentaires

THEME	NATURE DES ANOMALIES	ORGANISME
LES K DES GASTRO-ENTEROLOGUES	- Cotations erronées. - Non justification médicale. Anomalies chiffrées à 160.000 F. Programme d'action sur 9 mois : indus notifiés : 144 000 F.	LILLE
LES K DES CARDIOLOGUES	- Cotations non justifiées de 2 K 30 pour une echographie abdominopelvienne. Anomalies = 0,5 % du poste, soit 200.000 F.	HAGUENAU
ECHOGRAPHIES PENDANT LA GROSSESSE	- Cotations erronées pour 32 % des actes en K pendant la période initiale de grossesse.	CRETEIL
ACTES DE RADIOLOGIE DES CARDIOLOGUES	- Cotations erronées. Anomalies chiffrées à 345.000 F.	TOULOUSE
RADIO DU THORAX (22 DES CARDIOLGUES)	- Cotations erronées. Chiffrage = 162.000 F, soit 0,6 % du poste. Programme d'action sur 1 mois et dépenses évitées = 105.000 F.	MONT-de-MARSAN
RADIOSCOPIES PULMONAIRES DES CARDIOLOGUES	- Cotations erronées = 31.200 F, soit 2 % du poste de dépenses. Programme d'action sur 2 mois : dépenses évitées = 30.000 F.	MONTAUBAN
RADIOSCOPIES PAR LES CARDIOLOGUES ET PNEUMOLOGUES	- Cotations erronées. Anomalies représentent : 111.000 F.	CRETEIL
ACTES DE RADIOLOGIE	- Cotations non justifiées. Anomalies = 1 Million, soit 3 % du poste de dépenses.	BOURGES
RADIO RETRO-ALVEOLAIRES	- Facturations non conformes. - Cotations erronées. Anomalies représentent 272.000 F. Programme d'action conduit à 241.000 F de dépenses évitées.	VALENCE
RADIOGRAPHIES DU CRANE	- Non justification médicale des soins. Anomalies chiffrées à 600.000 F.	SELESTAT
GASTROSCOPIES ET TRANSIT GASTRIQUE	- Cotations erronées. - Non justification médicale. Anomalies = 29.200 F.	MULHOUSE

**Divers gaspillages et anomalies constatés, en 1992, par le
contrôle médical de l'assurance maladie du régime général
(Source : CNAMTS)**

Hospitalisations

THEME	NATURE DES ANOMALIES	ORGANISME
CLINIQUES PRIVEES	- Facturations non conformes. - Dépassement de capacité. Anomalies chiffrées à 420.000 F. Récupérations d'indus suite à programme d'action = 501.718 F	LE HAVRE
CHIRURGIE FACTUREE EN SPC DANS 16 CLINIQUES	- Cotations erronées. Récupérations d'indus = 1.180.824 F.	PARIS
CATARACTE EN CLINIQUE PRIVEE	- Facturations non conformes. - Durée des séjours. Anomalies = 89.714 F.	PERPIGNAN
HOSPITALISATION 48 HEURES EN CLINIQUE PRIVEE	- Facturations non conformes. Chiffrage 2,7 Millions.	BREST
TAUX OCCUPATION EN CLINIQUES PRIVEES	- Sur occupation. Chiffrage = 705.600 F. soit 0,12 % du poste.	CAMBRAI
ACTIVITE DE 4 CLINIQUES PRIVEES	- Cotations erronées. - Facturations non conformes. Chiffrage = 212.394 F. soit 0,19 % du poste.	CARCASSONNE
ACTES EN CLINIQUES PRIVEES	- Cotations erronées. - Facturations non conformes. - Inadéquation de la structure. Chiffrage et nouffication d'indus = 183.108 F.	NICE
FSO LORS D'ENDOSCOPIES EN CLINIQUES PRIVEES	- Facturations non conformes. Chiffrage de l'indu = 298.363 F.	EVRY
HOSPITALISATION D'UNE JOURNEE EN CLINIQUES PRIVEES	- Non respect de la NGAP. Anomalies et indu chiffré à 112.080 F. soit 0,33 % du poste.	BELFORT
CONTROLE D'ACTIVITE (CLINIQUES PRIVEES)	- Cotations erronées. - Facturations non conformes. - Dépassement quota autorisé SPC. Chiffrage anomalies = 960.476 F. Indus récupérés = 458.184 F.	ANGERS

**Divers gaspillages et anomalies constatés, en 1992, par le
contrôle médical de l'assurance maladie du régime général
(Source : CNAMTS)**

Hospitalisations (suite)

THEME	NATURE DES ANOMALIES	ORGANISME
HOSPITALISATION PUBLIQUE : CONTROLE DE L'ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS HOSPITALIERS	<ul style="list-style-type: none">- Dépassement du nombre de lits autorisés. Chiffrage des anomalies = 80 % du poste, soit 390.848 F indus récupérés auprès de 2 professionnels.	ELBEUF
HOSPITALISATION PUBLIQUE : CONTROLE DE L'ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS HOSPITALIERS	<ul style="list-style-type: none">- Dépassement du nombre d'actes hebdomadaires autorisés ou lits secteur privé autorisés. Indu noufié à 1 professionnel = 467.017 F.	ROUEN
CONTROLE DU JOUR DE SORTIE	<ul style="list-style-type: none">- Contrôle du jour de sortie (article 11 convention de l'hôpital).- Facturation non conforme. Indus récupérés = 6.836 F.	TOULOUSE

4. Deux interrogations fondamentales pour l'avenir de notre système de santé

A l'évidence, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, quoiqu'indispensable et parfaitement justifiée, ne saurait rétablir à elle seule, la situation financière de l'assurance maladie. Ses effets devront donc être complétés et amplifiés par l'engagement de réformes structurelles.

Le présent rapport budgétaire ne constitue pas, certes, un cadre propice à l'exposé et à l'analyse détaillée de telles réformes. Il paraît toutefois opportun d'évoquer, et de manière nécessairement sommaire, deux principes fondamentaux dont ces réformes pourraient utilement s'inspirer, à savoir :

- **la précision des missions et du contenu de l'assurance maladie en 1993 ;**

- **la responsabilisation des assurés sociaux.**

a) La précision des missions et du contenu de l'assurance maladie ou «qu'est-ce que l'assurance maladie en 1993 ?»

Depuis 1945, la profonde évolution des conditions de notre vie économique et sociale a transformé la nature même des demandes adressées à notre système de santé et, par extension, à l'assurance maladie.

Parallèlement à la prise en charge des "soins", retenus dans leur conception traditionnelle, cette dernière doit également faire face à l'évolution même de la dépense de santé qui :

- **est parfois assimilée, par nos contemporains, à une dépense de consommation parmi d'autres ;**

- **sert de plus en plus d'exutoire aux tensions personnelles, professionnelles, familiales ou sociales.**

Il ne s'agit pas, ici, de juger ou, encore moins, de condamner une telle évolution.

Il s'agit d'affirmer que notre système de protection sociale ne pourra plus éluder longtemps la réponse à cette interrogation fondamentale : «Qu'est-ce que l'assurance maladie, dans un pays industriel développé, à la fin du vingtième siècle ?».

A cet égard, il paraît intéressant de souligner qu'un récent groupe de travail du commissariat général du Plan ⁽¹⁾ réfléchissant à l'avenir de notre système de santé, a préconisé que la collectivité nationale définisse, de manière consciente et organisée, l'ensemble des services de soins qu'elle s'accorde à reconnaître comme nécessaire, et comme devant, de ce fait, relever d'un financement public.

b) La responsabilisation des assurés sociaux

La prise en charge par la Sécurité sociale de la majeure partie de la dépense de santé donne à celle-ci l'apparence de la gratuité.

Il paraît donc indispensable qu'il y ait, sauf dans le cas des longues et graves maladies, une participation financière résiduelle de l'assuré, tant en ce qui concerne la médecine ambulatoire que les soins hospitaliers.

Toutefois, le choix de cette démarche relève de la conception que la collectivité nationale a de l'avenir du système de protection sociale. Il appartient donc aux citoyens d'en approuver éventuellement le principe et d'en décider les modalités.

C. LA RÉGIONALISATION DES STRUCTURES ET DES MODALITÉS D'ORGANISATION DU SYSTÈME HOSPITALIER

1. Le redéploiement des capacités hospitalières excédentaires : une tâche difficile, et dont le succès dépend du respect d'une triple exigence

a) Une tâche difficile...

L'organisation actuelle du système hospitalier et, plus particulièrement, du secteur hospitalier public, se caractérise essentiellement par :

- la contrainte, aveugle et uniforme du budget global qui, dans ses modalités actuelles, pénalise paradoxalement les établissements les plus dynamiques et les plus efficaces ;

1. Groupe de travail "Prospectives du système de santé" présidé par M. Raymond Soubie

- une planification sanitaire encore trop souvent établie selon des indicateurs fragmentaires ;

- la recherche d'une régulation par l'édition de règles normatives, au détriment de la prise en compte, d'une part, des réalités locales et, d'autre part, des impératifs de gestion.

Les limites et les effets prévus des mécanismes administratifs de régulation mis en oeuvre dans ce domaine ont abouti :

- à l'émiettement du système hospitalier, caractérisé par la conjoncture paradoxale d'un excédent global de lits de courts séjours, de disparités d'équipement selon les régions françaises, et d'une insuffisance préoccupante des capacités d'accueil des personnes âgées ;

- à une rigidité et à la lourdeur excessive des procédures qui, en dépit des aménagements récemment apportés, limitent encore les adaptations et les mutations pourtant indispensables.

Or, notre système hospitalier doit, aujourd'hui, impérativement redéployer ses capacités excédentaires afin, tout en conservant à son niveau actuel le "stock global" existant, de les adapter à leur nouvel environnement.

L'ampleur des adaptations à réaliser, ainsi que l'importance de leurs enjeux en matière d'emplois, rendent donc nécessaire une révision plus ambitieuse des procédures et des modalités actuelles de fonctionnement de notre système hospitalier.

b) ...dont le succès dépend du respect d'une triple exigence

Pour réussir, le redéploiement des capacités excédentaires de notre système hospitalier devra impérativement satisfaire à une triple exigence, à savoir :

1ère exigence - Respecter les nécessités du contrôle démocratique : afin d'obtenir l'adhésion des Français et, plus particulièrement, des populations locales directement concernées par la restructuration de notre système hospitalier, cette dernière devra garantir, tant au niveau national que local, la participation active et effective des élus ;

2ème exigence - Faire preuve de pragmatisme et autoriser, par la régionalisation des structures et des modalités d'organisation de notre système hospitalier, son adaptation aux réalités locales ;

3ème exigence - Favoriser l'affirmation de l'autonomie responsable de chaque établissement.

2. L'esquisse d'une régionalisation de notre système hospitalier...

Compte tenu des observations précédentes, il paraît donc utile de concevoir de nouvelles modalités de gestion du secteur hospitalier dont les principes généraux pourraient être résumés de la manière suivante :

a) Une gestion déconcentrée et fondée sur la reconnaissance de trois niveaux complémentaires de décision, à savoir :

Au niveau national : L'Etat détermine chaque année les objectifs généraux de la politique hospitalière et le montant global des ressources publiques que la Nation entend consacrer à son financement.

L'ensemble des ressources publiques affectées au financement du secteur hospitalier (public ou privé) pourraient en effet être globalisées au niveau national dans le cadre d'une "dotation hospitalière nationale" avant d'être réparties, entre les différentes régions, sous la forme de "dotations hospitalières régionales".

Cette "dotation hospitalière nationale " pourrait être déterminée chaque année par le Parlement, en fonction des arbitrages rendus par le ministère de la Santé entre, d'une part, les objectifs définis à l'échelon national et, d'autre part, les orientations stratégiques et les demandes budgétaires de chaque région.

Au niveau régional : la "dotation hospitalière régionale" est gérée par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (D.R.A.S.S). Celle-ci détermine, par arbitrage, les orientations stratégiques au niveau régional et répartit la dotation correspondante entre deux nouvelles institutions, à savoir :

- pour le secteur public : l'établissement régional des hôpitaux publics qui supervise l'évolution et le redéploiement des capacités hospitalières publiques, détermine les orientations stratégiques régionales et procède à la répartition de la dotation hospitalière régionale publique entre les différents établissements. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces établissements régionaux sont déterminées par l'Etat.

Ces modalités pourraient utilement s'inspirer de l'exemple de l'Assistance Publique de Paris ou des Hospices de Lyon qui, s'il n'est pas exempt de tout reproche, n'en constitue pas moins une approche efficace, originale et novatrice du problème de la gestion hospitalière.

- pour le secteur privé : la conférence régionale des établissements hospitaliers privés qui procède, en toute autonomie et en toute liberté, à la répartition de la dotation hospitalière régionale privée entre les établissements représentés en son sein. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette conférence sont déterminées par les établissements privés.

Il convient de noter à ce sujet que les limites de la "région hospitalière" ainsi définie ne correspondent pas nécessairement à celles de la région en tant que collectivité locale. Une région hospitalière pourrait ainsi, le cas échéant, et en fonction des besoins et de la répartition des établissements, regrouper les hôpitaux de plusieurs régions administratives.

Au niveau local : chaque établissement hospitalier définit sa stratégie propre et les grandes lignes de l'évolution de ses activités, par arbitrage et négociation entre les différents services.

Le plan stratégique de chaque établissement doit nécessairement s'inscrire dans le cadre de la stratégie globale définie au niveau régional. Au début de chaque exercice, l'établissement hospitalier négocie avec l'établissement régional des hôpitaux publics, et par l'intermédiaire de son directeur, ses orientations stratégiques et la part de la dotation régionale qui lui est attribuée.

En revanche, à l'issue de cette négociation, chaque établissement dispose d'une grande liberté dans l'utilisation de l'enveloppe budgétaire annuelle qui lui est allouée, sous réserve d'un contrôle à posteriori de la pertinence des choix budgétaires au regard, d'une part, des objectifs définis au début de chaque exercice et, d'autre part, d'indicateurs comparatifs de gestion.

Par ailleurs, les gains de productivité dûment constatés demeurent acquis à l'établissement concerné et peuvent être, le cas échéant, "récompensés" par une majoration de la dotation annuelle versée l'année suivante.

b) Une procédure itérative et concertée de négociation

S'agissant plus particulièrement du secteur hospitalier public, la réforme des structures du système hospitalier doit nécessairement s'accompagner de la mise en oeuvre d'une procédure itérative et concertée de négociation permettant d'en exploiter au mieux les potentialités. Cette procédure pourrait se décomposer en plusieurs étapes, selon le schéma général suivant :

- élaboration des orientations stratégiques et des demandes budgétaires correspondantes au sein de chaque établissement, par négociation et arbitrage entre les différents services ;

- recensement des demandes par l'établissement régional des hôpitaux publics qui transmet ensuite à chaque établissement une lettre de cadrage exposant les grands choix stratégiques en fonction des demandes et des besoins recensés au niveau régional ;

- conférences budgétaires avec chacun des établissements publics afin d'intégrer leurs objectifs spécifiques dans la stratégie définie au niveau régional et de garantir, par la-même, la cohérence des choix budgétaires ;

- négociation du montant de la dotation hospitalière de chaque région, via la D.R.A.S.S., avec l'administration centrale du ministère de la santé sur la base du budget ainsi élaboré au niveau régional ;

- vote par le Parlement du montant annuel de la dotation nationale hospitalière compte tenu, d'une part, des objectifs généraux du Gouvernement en ce domaine et, d'autre part, de la confrontation des différents projets régionaux ;

- répartition par l'administration centrale du ministère de la santé de la dotation hospitalière nationale entre les différentes régions ;

- ultimes arbitrages de l'établissement régional des hôpitaux publics en fonction de l'enveloppe financière obtenue auprès des pouvoirs publics et répartition de la dotation annuelle entre les établissements.

- 3. ...qui répond aux nécessités du contrôle démocratique, autorise l'adaptation pragmatique de ses principes généraux aux réalités locales, et favorise l'affirmation de l'autonomie responsable de chaque établissement**

La régionalisation des structures et des modalités d'organisation du système hospitalier exposée ci-dessus ne prétend pas correspondre à un quelconque "schéma idéal".

D'autres solutions sont, en ce domaine, légitimement envisageables. Il serait donc opportun de constituer un groupe de travail ou une instance de réflexion qui, associant des représentants de l'administration, des professionnels de santé et des élus, pourrait définir les principes généraux du redéploiement des capacités hospitalières excédentaires.

Pour être tout à fait objectif, il convient également de soumettre ce projet à la triple exigence sus-mentionnée :

*** du contrôle démocratique :** En plus de leur représentation actuelle au sein des conseils d'administration de chaque établissement, les élus participeraient :

- au sein de l'établissement régional des hôpitaux publics : à la définition des redéploiements à réaliser au sein de chaque région ;

- au Parlement : à la détermination du total, et au rythme annuel de progression, des moyens que la collectivité nationale entend consacrer au financement du secteur hospitalier.

*** du pragmatisme :** l'indispensable prise en compte des réalités locales, et la souplesse d'adaptation nécessaire au succès des restructurations hospitalières, seraient favorisées par :

- la création, au niveau régional, d'une structure nouvelle de décision ;

- la mise en oeuvre de procédures institutionnalisées de négociations intervenant aux différents niveaux du processus décisionnel (entre chaque établissement et l'échelon régional, entre l'échelon régional et le niveau national) ;

- la contractualisation des engagements réciproques des différentes parties concernées.

*** de l'affirmation de l'autonomie responsable de chaque établissement qui définirait sa stratégie propre et les grandes lignes de l'évolution de ses activités, par arbitrage et négociation, d'une part, entre les différents services et, d'autre part, avec l'instance régionale de décision.**

III - LA PROTECTION SOCIALE A L'EPREUVE DE LA GESTION

La régulation de notre système de protection sociale et, plus particulièrement, de l'assurance maladie, ne pourra être effective que si elle s'accompagne d'une véritable prise de conscience, par la Nation, de sa nécessité et de son utilité.

Il paraît donc indispensable de définir les outils et les procédures permettant, d'une part, de disposer d'une vision d'ensemble, fiable et cohérente, de la situation financière des régimes sociaux et, d'autre part, d'associer plus étroitement les citoyens à sa gestion.

La réalisation de ce double objectif passe prioritairement par :

- la mise en oeuvre de procédures et d'instruments comptables adaptés ;
- la reconnaissance de la légitimité démocratique de l'information et du contrôle parlementaire ;
- l'engagement de l'inévitable adaptation des organismes sociaux.

A. LA MISE EN OEUVRE IMPERATIVE DE PROCEDURES ET D'INSTRUMENTS COMPTABLES ADAPTES

Dans de nombreux rapports, la commission des comptes de la Sécurité sociale a déjà eu l'occasion d'indiquer que les indicateurs financiers actuellement disponibles étaient loin de constituer de "véritables instruments d'aide à la décision".

Les difficultés actuellement constatées en ce domaine doivent donc être rapidement surmontées par :

- la séparation rigoureuse de la gestion de la trésorerie de chacun des branches du régime général ;
- l'établissement d'agrégats comptables homogènes ;

1. La séparation rigoureuse de la gestion de la trésorerie de chacune des branches du régime général

a) La portée limitée des aménagements apportés par le décret n° 88-675 du 6 mai 1988...

Le décret n° 88-675 du 6 mai 1988 modifiant les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la gestion financière du régime général a procédé à un premier aménagement des règles de répartition, entre les trois caisses nationales, des produits financiers de la trésorerie commune du régime général.

Ce décret prévoit, en effet, la prise en compte de deux éléments, à savoir :

- une rémunération interne qui est égale, pour chaque caisse nationale, au produit de la moitié du solde d'exercice comptable (avant prise en compte des produits financiers) et de la moyenne arithmétique des taux mensuels du marché interbancaire au jour le jour ;

- une rémunération externe de l'ensemble des caisses nationales qui est égale à la somme des intérêts créditeurs et des intérêts des placements (nette des intérêts débiteurs), diminuée de la somme algébrique des rémunérations internes des trois branches (Maladie, vieillesse, famille). Cette rémunération externe est répartie entre les trois caisses nationales au prorata du produit des cotisations revenant à chacune d'elles.

Or, si cette réforme représentait, incontestablement, une avancée positive pour une affectation plus pertinente des produits financiers entre les différentes branches du régime général, "il est permis de douter qu'elle ait apporté une contribution définitive à la séparation financière rigoureuse de ces branches."⁽¹⁾

b) *...laisse toute son actualité à la question d'une séparation financière effective de la gestion de la trésorerie des différentes branches du régime général*

Compte tenu des observations précédentes, il paraît aujourd'hui nécessaire de procéder à la séparation comptable et effective de la trésorerie de chacune des branches du régime général.

Il convient, à cet égard, de souligner que "cette réforme ne remettrait nullement en cause, bien au contraire, la survie de l'agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS), qui est chargé de la gestion commune de la trésorerie du régime général." (2)

Bien entendu, une telle réforme ne saurait prétendre résoudre les difficultés financières du régime général.

Elle constitue, néanmoins, une condition préalable et indispensable à leur calbrification.

2. L'établissement d'agrégats comptables homogènes

Comme le rappelle la Commission des comptes de la sécurité sociale: *"Les comptes de la sécurité sociale suscitent plus de controverses sur les mesures que leurs résultats appellent -ou paraissent appeler- que de réflexions sur leur signification et leur mode d'établissement. Les décideurs et, au delà l'opinion publique, sont dès lors, généralement peu conscients des sérieuses imperfections qui affectent encore ces instruments d'aide à la décision."* (3)

S'agissant ainsi des comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale, il convient de souligner que ces régimes :

- ne sont pas tenus de mettre en oeuvre le même plan comptable ;

- ne respectent pas les mêmes principes comptables fondamentaux, notamment en ce qui concerne le fait générateur de comptabilisation des produits et des charges.

2. Commission des comptes de la Sécurité sociale

3. Idem

Ainsi, les régimes complémentaires obligatoires de retraite des salariés et les différents régimes gérés par la Caisse des Dépôts et Consignations comptabilisent leurs opérations selon le principe du droit constaté, c'est à dire dès la naissance de la créance ou de la dette.

En revanche, et à l'exception des gestions dites budgétaires, le régime général comptabilise ses opérations (et donc spécialement celles relatives à la gestion technique des risques) selon les encaissements ou décaissements effectivement constatés au cours d'une année donnée.

Or, "si ce mode de comptabilisation est une application exacte des dispositions du code de la Sécurité sociale, il n'est conforme ni au plan comptable général en vigueur dans notre pays, ni aux pratiques internationales en usage tant en matière de comptabilité publique ou privée" (4)

En conséquence, l'établissement des comptes consolidés de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale s'avère impossible. La consolidation des comptes, qui nécessite une présentation homogène des comptes des différents organismes sociaux, n'est d'ailleurs prévue par aucun texte.

Consciente de ces imperfections, la commission des comptes de la sécurité sociale avait demandé, et obtenu, la constitution d'un groupe de travail, présidé par M. Robert Mazars, et chargé d'examiner les différents problèmes méthodologiques affectant l'établissement et la consolidation des comptes définitifs des organismes de sécurité sociale.

Etabli en décembre 1990, les conclusions de ce groupe de travail présidé par M. Mazars attendent encore, à la date de rédaction du présent rapport, un début d'application concrète.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT MAZARS

Dans son rapport de décembre 1990, le groupe de travail, présidé par M. Mazars, après avoir constaté la diversité des modes de comptabilisation des opérations des organismes de sécurité sociale et leur inadaptation à la démarche de consolidation de ces comptes, exprime le souhait que soient retenus les principes suivants :

1. Comptabilisation des opérations des organismes de sécurité sociale en droits constatés, selon le principe posé par le plan comptable général de 1982.

La mise en oeuvre de ce principe devra, de l'avis du groupe, se traduire par la concentration de l'impact des changements de méthodes comptables sur un seul exercice et l'établissement d'un bilan d'ouverture de cet exercice. Le code de la sécurité sociale devra être réformé en conséquence pour intégrer ce principe.

2. Généralisation d'un plan comptable revu et adapté, conforme au plan comptable général, à l'ensemble des organismes entrant dans le périmètre de consolidation des organismes de sécurité sociale et prioritairement aux caisses du régime général.

3. Fixation par instruction interministérielle, des règles et du champ de la consolidation des premier, deuxième et troisième niveaux (branche, régime, ensemble des régimes)

Ce texte devrait abroger les circulaires du 30 avril 1981 et de septembre 1984.

4. Aménagement du "tableau de financement" pour permettre une analyse des variations de trésorerie, document de synthèse rendu obligatoire pour le nouveau plan comptable revu et adapté. Les dispositions appropriées devraient être prises pour assurer la continuité des exercices et la comparabilité avec la comptabilité nationale en maintenant le rôle central du "solde des opérations courantes" dans la présentation des résultats des caisses et des régimes.

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale

B. LA LÉGITIMITÉ DÉMOCRATIQUE DE L'INFORMATION ET DU CONTRÔLE PARLEMENTAIRE

"Dans une société démocratique, il appartient aux Français de décider solennellement, par le truchement de la représentation nationale, de l'opportunité de payer - ou non - le prix du maintien des libertés que ménage à tous - professionnels et patients - l'organisation actuelle de notre système de santé, d'assumer - ou non - les

conséquences financières de l'inadaptation de leurs régimes de retraites à l'évolution de la situation démographique ou économique, d'accepter - ou non - les charges résultant d'une politique familiale ambitieuse."(6)

Or, la connaissance par la Nation, de la situation financière de la sécurité sociale et de l'équilibre général des comptes sociaux, se heurte aujourd'hui à certaines limites qu'il convient de dépasser.

1. Des limites à l'information du Parlement...

S'agissant tout d'abord de la Commission des comptes de la sécurité sociale, l'irrégularité du calendrier de ses deux réunions annuelles a pour principale conséquence de dissocier à l'excès la présentation des prévisions relatives aux recettes des régimes sociaux de la présentation des hypothèses établies par la Commission des comptes de la Nation quant à l'évolution de la masse salariale.

En ce qui concerne par ailleurs le Parlement, celui-ci dispose :

- d'un pouvoir constitutionnel limité. En vertu de l'article 34 de la Constitution, il "détermine les principes fondamentaux de la sécurité sociale". Le Parlement ne détermine donc ni les taux de cotisations, ni le montant des prestations, ces responsabilités incombant au pouvoir réglementaire. Ce partage des compétences aboutit parfois à des situations paradoxales, le Parlement étant conduit à débattre des mesures sociales sans pouvoir en contrôler certains paramètres fondamentaux ;

- d'une information encore parcellaire : la représentation nationale n'est qu'imparfaitement informée de l'évolution de la protection sociale en dépit de l'ampleur des masses financières en jeu.

En effet, ni les dispositions de la loi du 31 juillet 1968 (loi de ratification des ordonnances de 1967) prévoyant le dépôt, lors de la première session ordinaire du Parlement, d'un rapport retraçant l'évolution financière des différentes prestations sociales lors de l'année précédente, ni la disposition de la loi de finances pour 1980 prévoyant un vote annuel sur l'évolution des recettes et des dépenses constituant l'effort

social de la Nation, ni l'article 135 de la loi de finances pour 1991 fixant le principe d'un rapport et d'un débat annuel sur les finances sociales n'ont été appliqués à ce jour.

Ainsi, depuis 1958, seules ont connu une application effective les dispositions :

- de la loi du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les français, invitant le Gouvernement à fournir au Parlement des éléments statistiques mettant en évidence l'effort social de la Nation au cours des trois années précédentes ;

- du décret du 22 mars 1979 portant création d'une Commission des comptes de la sécurité sociale, à laquelle participent huit parlementaires (quatre députés et quatre sénateurs), et appelée à rendre un rapport bi-annuel sur les comptes des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette limitation des pouvoirs et des capacités d'investigation des assemblées parlementaires dans le domaine social apparait contraire à la fois :

- aux exigences de la démocratie, l'opinion publique ne pouvant s'exprimer à ce sujet par l'intermédiaire de ses représentants élus ;

- à la vocation fondamentale du Parlement, en l'empêchant de contrôler la gestion et l'affectation de recettes et de dépenses dont le montant est aujourd'hui supérieur à celui du budget de l'Etat.

2. ...qui doivent impérativement être dépassées

Afin d'améliorer la connaissance, par la Nation, de la situation financière des régimes sociaux envisagés dans leur globalité, il convient de dépasser les limites existantes en définissant un mécanisme solennel de vérification annuelle de l'adéquation de l'évolution de la sécurité sociale à son environnement.

Outre le Gouvernement et les administrations, qui conserveraient toutes leurs prérogatives en ce domaine (et, notamment, l'établissement des comptes prévisionnels des régimes sociaux), la mise en oeuvre de cette vérification et de cette évaluation annuelles des comptes sociaux pourrait être répartie entre trois acteurs privilégiés, à savoir :

La Cour des Comptes, chargée d'établir un rapport général sur la situation financière et la gestion de l'ensemble des régimes sociaux obligatoires au cours de l'année N-2.

Ce rapport serait établi et soumis au vote du Parlement dans des conditions et selon une procédure similaires à celles actuellement suivies, en matière budgétaire, pour l'examen des lois de règlement.

La Commission des comptes de la sécurité sociale, analysant et expertisant les comptes prévisionnels des régimes sociaux obligatoires pour les années N-1, N et N+1.

Il conviendra à cet égard :

- de réaffirmer, par des mesures adaptées, l'indépendance statutaire de la Commission des comptes de la sécurité sociale ;

- de synchroniser plus étroitement le calendrier de ses réunions avec celui de la Commission des comptes de la Nation ;

- Le Parlement, dont le renforcement des compétences dans le domaine social pourrait principalement se traduire par l'instauration effective d'un débat annuel.

A cette occasion, la représentation nationale :

- voterait sur le rapport élaboré par la Cour des Comptes (cf ci-dessus) ;

- prendrait connaissance du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale sur la situation financière des régimes sociaux au cours des années N-1, N et N+1 ;

- apprécierait et déterminerait l'ensemble des dotations versées par l'Etat aux régimes de protection sociale.

Ces aménagements présenteraient l'avantage :

- de clarifier le partage des responsabilités entre l'Etat et les partenaires sociaux sur les conditions de l'équilibre financier des régimes sociaux ;

- de permettre à la Nation de procéder, par l'intermédiaire de ses représentants élus, à un véritable arbitrage entre le financement de la protection sociale et celui d'autres fonctions collectives.

C. LA NÉCESSAIRE ADAPTATION DES ORGANISMES DU RÉGIME GÉNÉRAL

1. L'évolution même de notre système de protection social...

En 1945, la gestion des organismes sociaux fut confiée aux organisations syndicales, représentatives des salariés, et aux employeurs réunis au sein des conseils d'administration.

Ce mode d'organisation était à l'époque parfaitement justifié en raison :

- de la nature même du système de sécurité sociale mis en oeuvre, à savoir la création d'assurances professionnelles dont le financement était assuré par des cotisations assises sur le revenu du travail ;

- de la vaste audience recueillie au sein du monde du travail et de la société dans son ensemble, par les organisations syndicales représentatives de salariés.

Depuis lors, notre système de protection sociale a connu un élargissement continu de son champ d'application, tant en ce qui concerne les risques couverts que les populations protégées. Cette évolution a progressivement remis en cause la nature strictement professionnelle de la solidarité ainsi mise en oeuvre.

A cet égard, l'exemple le plus caractéristique est fourni par la branche famille du régime général dont les allocations sont susceptibles, depuis 1978, d'être versées à toute personne résidant sur le territoire national.

Les assurés ne sont donc plus seulement des travailleurs. La procédure de représentation par les seules organisations syndicales constitue, de ce fait, une modalité en partie dépassée.

De même, l'évolution générale de notre société a considérablement réduit l'audience et la représentativité des principales organisations syndicales qui, si elles demeurent très attachées à leur présence au sein des conseils d'administration, n'assurent plus de véritables responsabilités en ce qui concerne la gestion des organismes sociaux.

Par ailleurs, les pouvoirs publics, qui contrôlent pourtant de nombreux éléments influant sur l'équilibre et l'évolution de la sécurité sociale, demeurent dans la *"position inconfortable de tuteurs qui regardent le jeu et le confisquent parfois"*(6).

2. ...remet en cause les principes président, actuellement, à la représentation des assurés au sein des organismes sociaux

Le monopole actuel des organisations syndicales au sein des conseils d'administration des organismes sociaux, et plus particulièrement, du régime général, devra inéluctablement, à terme, être adapté et modifié.

Il convient donc d'envisager dès aujourd'hui l'aménagement de la composition desdits conseils en associant :

- les représentants élus des assurés, que leur candidature ait été ou non présentée par une organisation syndicale représentative ;

- les représentants des entreprises car, quelles que soient les évolutions futures du mode de financement, celui-ci continuera à reposer largement sur leur activité ;

- des administrateurs représentant l'Etat.

Cet aménagement de la composition des conseils d'administration devrait ainsi permettre :

- d'associer davantage les assurés à la gestion et à la réflexion sur l'avenir de la sécurité sociale ;

- à l'Etat de définir et de mettre en oeuvre une politique globale cohérente, notamment face à l'émergence de nouveaux risques sociaux ;

- de responsabiliser l'ensemble des partenaires concernés et de réduire notablement un certain anonymat administratif qui entache aujourd'hui l'image des régime sociaux.

Cet aménagement pourrait également ne pas être uniforme dans ses modalités et s'adapter, au contraire, aux spécificités de chaque branche.

Ainsi, par exemple, il convient de prévoir une représentation effective du corps médical au sein des conseils d'administration des caisses d'assurance-maladie.

IV - L'ACTION SANITAIRE A L'EPREUVE DU SIDA

Depuis le début de la précédente décennie, le monde et notre pays sont confrontés à l'apparition et au développement de l'épidémie SIDA. Outre les drames personnels et humains qu'elle entraîne, et qui doivent demeurer en permanence présents à notre esprit, cette épidémie représente également un redoutable défi à notre système de santé, tant en ce qui concerne son coût budgétaire que la définition des conditions de prise en charge des malades.

A. L'EPIDEMIE SIDA : UNE REALITE ENCORE DIFFICILE A APPREHENDER

1. L'épidémie SIDA en 1993 : les chiffres disponibles

Selon les informations communiquées par le ministère des Affaires sociales et de la santé, l'extension de l'épidémie SIDA dans notre pays était évaluée de la manière suivante au 30 juin 1993 :

- nombre de séropositifs : "En France, le nombre de séropositifs (décès compris) a été estimé fin 1991, à l'aide de 3 méthodes de calcul différentes, entre 58 000 et 160 000" (1)

- nombre cumulé de cas de SIDA déclarés : 25 555

- nombre estimé de cas de SIDA : 27 536

- nombre de malades décédés depuis le début de l'épidémie : 14 478

Il convient, par ailleurs, de rappeler que le nombre total d'adultes infectés dans le monde, depuis le début de la pandémie, dépasse 13 millions. En outre, un million d'enfants seraient porteurs de l'infection.

Au 30 juin 1993, un total cumulé de 718 894 de cas de SIDA ont été recensés par l'organisation mondiale de la santé qui estime, par ailleurs, à plus de 2,5 millions le nombre effectif de cas de SIDA.

2. Des évaluations prospectives devant faire, à l'évidence, l'objet d'une expertise plus approfondie

S'agissant de l'évaluation prospective de l'épidémie SIDA au cours des prochaines années, une étude réalisée conjointement par l'Assistance publique de Paris, l'Ecole des Mines et la Direction des hôpitaux du Ministère des Affaires sociales et de la santé tendrait à mettre en évidence (Cf graphique ci-après):

- un ralentissement constaté du rythme d'augmentation du nombre de séropositifs depuis le début des années 1990 ;

- à partir de 1993-1994, une diminution du nombre de séropositifs ;

- la progression continue du nombre de cas de SIDA déclarés, dont le nombre est évalué à 16 800 en 1998, soit une augmentation de 30 % par rapport à 1993.

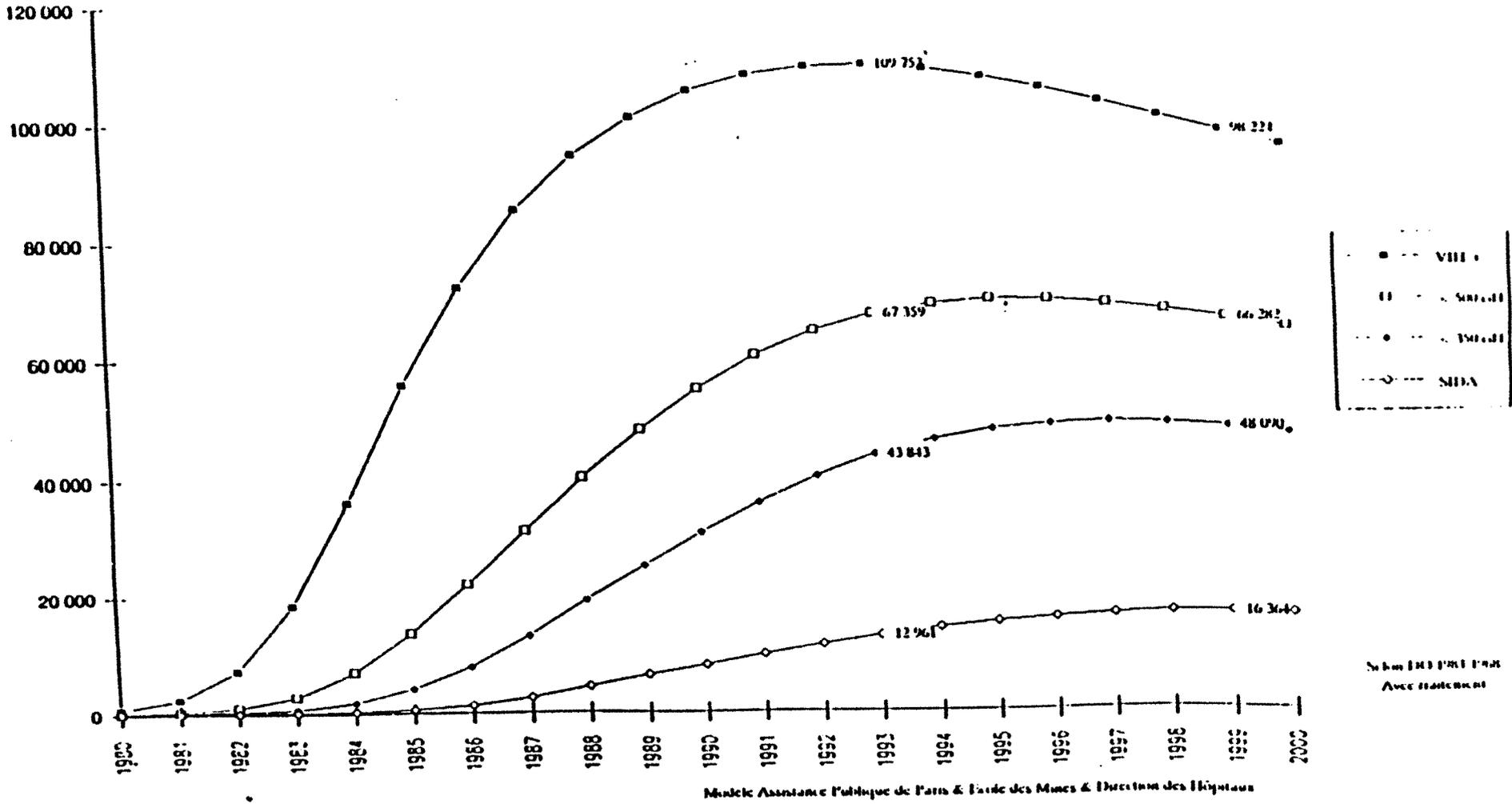
A l'évidence, cette évaluation fournit des indications intéressantes sur l'évolution possible de l'épidémie SIDA dans notre pays.

Toutefois, ses conclusions pourraient conduire à un optimisme excessif et à une démobilisation qu'il convient d'éviter. Elles doivent donc être impérativement soumises à une analyse critique plus approfondie.

Une telle analyse critique dépasse l'ambition du présent rapport budgétaire mais pourrait opportunément être réalisée, au Sénat, dans le cadre des travaux d'une mission d'information.

Prévalence de l'infection à V.I.H. en France

Scénario de référence



B. LA LUTTE CONTRE LE SIDA : UNE PRIORITE BUDGETAIRE EN 1994

1. Un important effort financier

Le tableau ci-après récapitule l'ensemble des financements publics identifiables concourant à la lutte contre le SIDA. Il convient, à cet égard, de souligner :

- l'importance de l'effort financier consenti à ce titre par la collectivité nationale, soit 5,5 milliards de francs en 1994 ;

- la priorité accordée à la lutte contre le SIDA en 1994, les crédits correspondants progressant de 15 % par rapport à l'année précédente.

Le coût supplémentaire résultant, au cours des prochaines années, de l'évolution prévisible de l'épidémie, est évalué à 1,1 milliard de francs (dont 900 millions de francs supplémentaires au titre de la prise en charge hospitalière et 200 millions de francs supplémentaires au titre de la médecine ambulatoire).

Le coût direct de l'épidémie du SIDA en France

(en millions de francs)

	1993	1994
I. Crédits Etat votés par le Parlement pour 1993		
1. Dépistage anonyme et gratuit (prise en charge de 15 % des consultations et tests)	9,25	18,15
2. Prévention	118,46	136,4
3. Actions spécifiques de prévention (toxicomanie - SIDA)	8,95	21,80
4. Information - Soutien Ecoute du public (Sida Info Service)	20,00	22,50
5. Epidémiologie - connaissance	7,6	7,00
6. Prise en charge des malades (extra- hospitalière)	47,95	61,05
Total	212,21	266,90
II. Crédits complémentaires à l'action de l'Etat, apportés par d'autres institutions ou organismes		
1. Dépistage anonyme et gratuit - sécurité sociale (85 % des consultations et tests) - accompagnement social et accueil (+ 10 %) collectivités locales	53,00	103,00
2. Dépistage pris en charge à 100 % - Ensemble des régimes - Tests (estimation 1991)	7,00	12,00
Total	290,00 350,00	385,00 500,00
III. Coûts de la prise en charge hospitalière		
- coût total 1993/1994 dont dotation SIDA spécifique charges de structures	3.770 (2.268) (1.502)	4.224,00 (2.722) 1.502
IV. Coût de la prise en charge en médecine de ville		
- estimation	300,00	300,00
V. Recherche (ANRS)	198,35	223,64
TOTAL	4.830,56	5.514,54 (+ 15 %)

pour mémoire APLS 1993 = 134,45 millions de francs ; 1994 = 141,29 millions de francs, y compris 9 millions de francs Fonds de roulement

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé

2. Le renforcement significatif des actions de lutte contre le SIDA

Comme le démontre le tableau présenté ci-dessus, la lutte contre le SIDA constitue l'une des priorités du budget des Affaires sociales et de la santé pour 1994.

Les crédits correspondants, soit 267 millions de francs, augmentent de 25 % par rapport à la loi de finances initiale pour 1993. Un effort particulier sera consacré au dépistage (doté de 18 millions de francs en 1994) et à la prise en charge extra-hospitalière des malades atteints du SIDA, pour laquelle les crédits progresseront d'environ 20 % par an (base 1994 : 248 millions de francs).

En outre, il convient de rappeler que :

- une dotation supplémentaire de 40 millions de francs avait été prévue dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 1993, et destinée à la mise en oeuvre d'une action d'urgence en faveur de l'humanisation de la vie quotidienne des malades, de la lutte contre la contamination des toxicomanes et le développement de la prévention ;

- dans le cadre du plan de lutte contre la toxicomanie, et afin de réduire les risques de propagation du SIDA dans les populations concernées, il est notamment prévu de développer le traitement par la méthadone, dont le nombre de places sera porté à 269 d'ici la fin de l'année 1993 puis doublé en 1994.

ANNEXE

Budget des Affaires sociales et de la santé (Affaires sociales, santé, ville - I. Affaires sociales et santé)

Modifications apportées par l'Assemblée nationale en seconde délibération

A titre non reconductible, l'Assemblée nationale a abondé le budget des Affaires sociales et de la santé pour un total de 53,7 millions de francs en crédits de paiement et de 34,3 millions de francs en autorisations de programme. Ces crédits complémentaires se répartissent de la manière suivante :

Au titre IV :

a) chapitre 46-23 article 70 (centres d'aide par le travail) : 450.000 francs ;

b) chapitre 47-11 (Programmes et dispositifs en faveur de la santé des populations) : 3,81 millions de francs, dont :

- 800.000 francs à l'article 20 (Actions déconcentrées en faveur de la santé publique) ;

- 10.000 francs à l'article 40 (Actions déconcentrées en faveur de populations spécifiques) ;

- 2 millions de francs à l'article 70 (Evaluation des soins) ;

- 1 million de francs à l'article 80 (Interventions dans le domaine des équipements hospitaliers).

c) chapitre 47-15 article 60 (Actions déconcentrées en faveur des toxicomanes et de leur famille) : 400.000 francs

d) chapitre 47-17 article 20 (Actions déconcentrées de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme) : 2,25 millions de francs

e) chapitre 47-18 article 20 (Actions déconcentrées de lutte contre le SIDA) : 745.000 francs

f) chapitre 47-21 (Programmes d'action sociale de l'Etat) : 5,13 millions de francs, dont :

- 190.000 francs à l'article 10 (Actions nationales en faveur de la prévention de l'exclusion sociale);

- 300.000 francs à l'article 61 (Insertion par l'économique);

- 4,45 millions de francs à l'article 70 (Action sociale en faveur des familles, de l'enfance et des jeunes);

- 195.000 francs à l'article 80 (Action sociale en faveur des personnes âgées et handicapées).

g) chapitre 47-22 article 20 (Majoration des rentes mutualistes des anciens combattants et victimes de guerre) : 3 millions de francs

h) chapitre 47-23 article 60 (Protection sociale dans les territoires d'Outre mer) : 4 millions de francs

i) chapitre 47-81 article 10 (Interventions de l'Etat en faveur des travailleurs migrants étrangers) : 50.000 francs

Au titre VI :

a) chapitre 66-11 (Subventions d'équipement sanitaire) : 13,10 millions de francs en autorisations de programme et en crédits de paiement, dont :

- 4,70 millions de francs à l'article 10 (Modernisation et humanisation des CHR);

- 6,9 millions de francs à l'article 20 (Modernisation et humanisation des établissements de soins et de cure);

- 1,5 million de francs à l'article 50 (Psychiatrie extra-hospitalière et lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme).

b) chapitre 66-20 (Subventions d'équipement social) : 21,2 millions de francs en autorisations de programme et en crédits de paiement, dont :

- 12,30 millions de francs à l'article 10 (Etablissements pour enfants et adultes handicapés) ;

- 700.000 francs à l'article 20 (Etablissements de réinsertion sociale et professionnelle) ;

- 2,26 millions de francs à l'article 41 (Divers équipements sociaux) ;

- 5,93 millions de francs à l'article 90 (Transformation des établissements d'hébergement des personnes âgées).

Réunie le jeudi 18 novembre 1993 , sous la présidence de M. Christian Poncelet, président, la Commission a décidé de proposer au Sénat d'adopter le budget des Affaires sociales et de la santé (Affaires sociales, santé et ville I - Affaires sociales et santé) pour 1994.