

N° 77

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 1995-1996

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 novembre 1995.

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 1996, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Alain LAMBERT,

Sénateur,

Rapporteur général.

TOME III

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

ANNEXE N° 32

SANTÉ PUBLIQUE ET SERVICES COMMUNS

Rapporteur spécial : M. Jacques OUDIN

(1) Cette commission est composée de : MM. Christian Poncelet, *président* ; Jean Cluzel, Henri Collard, Roland du Luart, Jean-Pierre Masseret, *vice-présidents* ; Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Emmanuel Hamel, René Régnauld, François Trucy, *secrétaires* ; Alain Lambert, *rapporteur général* ; MM. Philippe Adnot, Denis Badré, René Ballayer, Bernard Barbier, Jacques Baudot, Claude Belot, Mme Maryse Bergé-Lavigne, MM. Roger Besse, Maurice Blin, Joël Bourdin, Guy Cabanel, Auguste Cazalet, Michel Charasse, Jacques Chaumont, Yvon Collin, Jacques Delong, Yann Gaillard, Hubert Haenel, Jean-Philippe Lachenaud, Claude Lise, Paul Loridant, Philippe Marini, Marc Massion, Michel Mercier, Gérard Miquel, Michel Moreigne, Joseph Ostermann, Jacques Oudin, Alain Richard, Maurice Schumann, Michel Sergent, Henri Torre, René Trégouët.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (10ème législ.) : 2222, 2270 à 2275 et T.A. 413.

Sénat : 76 (1995-1996).

Lois de finances.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
PRINCIPALES OBSERVATIONS	5
AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE PREMIER : L'ÉTAT ACTUEL DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS N'EST PAS SATISFAISANT	11
I. UNE EFFICACITE INSUFFISANTE	11
A. LES DÉPENSES DE SANTE ONT ATTEINT EN FRANCE UN NIVEAU TRÈS ÉLEVÉ	11
1. <i>Une progression rapide des dépenses de santé</i>	11
2. <i>Un niveau de dépenses supérieur à celui des autres pays européens</i>	13
3. <i>Les indices d'une surconsommation et d'un suréquipement</i>	14
B. LES RÉSULTATS SANITAIRES NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC L'EFFORT FINANCIER FOURNI	16
1. <i>L'état sanitaire des Français présente des points faibles</i>	16
2. <i>L'amélioration de l'état de santé des Français ne peut être mise à l'actif du seul système de soins</i>	17
3. <i>Des évolutions technologiques potentiellement inflationnistes</i>	17
II. UNE ORGANISATION DÉFECTUEUSE	18
A. LES JUSTIFICATIONS D'UNE INTERVENTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ	18
1. <i>La recherche d'une plus grande efficacité</i>	18
2. <i>Le souci d'une plus grande équité</i>	18
3. <i>L'option entre concurrence et monopole</i>	19
B. UNE RÉGULATION ACTUELLEMENT INEFFICACE	20
1. <i>Un dispositif institutionnel émiétté et conflictuel</i>	20

2. Des systèmes d'information insuffisants	20
3. Des mécanismes de contrôle et de responsabilisation inadaptés	21
C. UNE DÉRIVE PERSISTANTE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE.....	23
1. Le dispositif de maîtrise globale de l'évolution des dépenses de santé	23
2. Un retour à un rythme de croissance rapide en 1995	24
CHAPITRE II : LES PROJETS DE RÉFORME DU GOUVERNEMENT SONT TRÈS AMBITIEUX	27
I. LES RÉFORMES STRUCTURELLES	27
A. L'INSTAURATION D'UN RÉGIME UNIVERSEL D'ASSURANCE MALADIE.....	27
1. La critique de l'assurance personnelle par la Cour des Comptes	27
2. Le projet du Gouvernement	29
B. LA RÉFORME HOSPITALIÈRE	30
1. La régionalisation	30
2. La contractualisation avec les établissements	31
3. L'accréditation et l'évaluation des services hospitaliers	31
4. La clarification des responsabilités à l'hôpital	32
C. LE RENFORCEMENT DU DISPOSITIF DE MAITRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES	32
1. La régulation des dépenses de médecine de ville	32
2. Le développement des instruments de promotion des bonnes pratiques médicales	33
3. La réforme de l'offre de soins et la lutte contre les gaspillages	35
4. La mise en place de la carte santé	39
II. LES MESURES D'EFFET IMMÉDIAT	40
A. LES MESURES D'ÉCONOMIE	40
1. L'indexation sur les prix des dépenses de médecine de ville	40
2. L'indexation sur les prix de la dotation globale hospitalière	41
3. La réforme du mode de calcul des indemnités journalières maternité	41

4. <i>La suspension partielle de la prise en charge des cotisations familiales des médecins du secteur I</i>	42
B. LES MESURES DE GESTION	42
1. <i>L'affiliation des médecins du secteur II au régime général d'assurance maladie</i>	42
2. <i>La contribution exceptionnelle à la charge de l'industrie pharmaceutique</i>	43
3. <i>La création d'un fonds mutuel d'informatisation des cabinets médicaux</i>	43
4. <i>La facturation des frais de recours contre tiers</i>	44
5. <i>La refacturation des frais médicaux imputables aux maladies professionnelles</i>	44
C. UN PRÉLÈVEMENT NOUVEAU SUR LES REVENUS DE TRANSFERT	45
CHAPITRE III : LES MOYENS BUDGÉTAIRES RESTENT BIEN MODESTES	47
I. LES MOYENS DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES COMMUNS AUX ADMINISTRATIONS SOCIALES	48
A. LES MOYENS HUMAINS	48
B. LES MOYENS MATÉRIELS DE SERVICES CENTRAUX	50
C. LES MOYENS MATÉRIELS DES SERVICES	50
D. LES DÉPENSES D'INFORMATIQUE	51
II. LES INTERVENTIONS SANITAIRES	51
A. LES SUBVENTIONS DE FONCTIONNEMENT AUX ÉTABLISSEMENTS NATIONAUX SANITAIRES	51
B. LES MOYENS DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES	53
C. LES MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA	53
D. LES MOYENS DE LA FORMATION MÉDICALE ET PARAMÉDICALE	53
E. LES MOYENS CONSACRÉS À LA SANTÉ DES POPULATIONS ET À LA VEILLE SANITAIRE	54
F. LES DÉPENSES D'ÉQUIPEMENT SANITAIRE	55

PRINCIPALES OBSERVATIONS

1. La grande réforme de l'assurance maladie est enfin lancée

Votre rapporteur salue le plan de réforme de l'assurance maladie qui a été présenté le 15 novembre dernier par le Gouvernement. **Ambitieux et équilibré, ce plan de réforme permettra dès 1996 de réduire de moitié le déficit prévisionnel de la branche maladie (35 milliards de francs), et de retrouver l'équilibre en 1997.** Bien plus, il crée les conditions durables d'une maîtrise effective du rythme de progression des dépenses de santé, afin de le rendre plus compatible avec celui de la richesse nationale.

Les principaux éléments en sont les suivants :

- **L'institution d'un régime universel d'assurance maladie** : cette simplification radicale mettra un terme à certaines inégalités et permettra des économies de gestion :

- **La régionalisation du financement des hôpitaux** : des enveloppes limitatives seront réparties par des agences régionales entre les établissements hospitaliers publics et privés, en fonction de priorités de santé publique et d'une évaluation des coûts et de l'efficacité relative des établissements ;

- **Le renforcement de la maîtrise médicalisée** : des unions régionales de caisses d'assurance maladie coordonneront et renforceront leur contrôle médical, tandis que les revalorisations tarifaires des médecins seront conditionnées par le respect des objectifs de progression des dépenses ;

- **Le développement des instruments de bonne pratique médicale** : les références médicales opposables seront étendues, le codage des actes sera accéléré, l'informatisation des cabinets médicaux sera encouragée, la formation médicale continue des médecins sera rendue obligatoire.

- Le développement des **médicaments génériques**.

- La généralisation du **carnet de suivi médical** pour les assurés.

Ces mesures structurelles seront accompagnées en 1996 par la fixation d'un taux directeur hospitalier volontariste de 2,1% et d'un objectif quantifié national identique pour la médecine ambulatoire.

Par ailleurs, les cotisations maladie des retraités imposables et des chômeurs bénéficiant d'indemnités supérieures au SMIC seront relevées de 2,4 points en deux ans (1,2 point en 1996, puis 1,2 point en 1997). Elles seront ainsi portées de 1,4% à 3,8%, soit un niveau encore sensiblement inférieur à celui de la cotisation maladie des actifs (6,8%).

2. Des moyens budgétaires trop modestes

La modestie des moyens du ministère de la Santé publique et de l'assurance maladie contraste avec l'ampleur des réformes annoncées. Avec un montant de 8,270 milliards de francs pour 1996, ces crédits budgétaires de représentent que 1,4 % des dépenses de la branche maladie du régime général de sécurité sociale. Encore s'agit-il, pour une large part, de moyens communs à plusieurs ministères.

Cette modestie du budget de la Santé publique et de l'assurance maladie pourrait n'être que le signe d'une économie de gestion louable. Tel n'est pas le cas, hélas, et le ministère reconnaît lui-même ne pas pouvoir assurer dans des conditions satisfaisantes ses tâches de conception, de direction et de tutelle.

Cette "misère" des administrations sociales n'est pas un fait nouveau. Mais elle devient particulièrement gênante à l'heure où elles sont appelées à coordonner la mise en oeuvre de la plus vaste réforme de la sécurité sociale jamais entreprise depuis 30 ans.

Votre rapporteur relève toutefois avec satisfaction les mesures proposées cette année pour renforcer les capacités d'expertise médicale des services déconcentrés du ministère et améliorer le statut de leur personnel de direction. En effet, c'est au niveau des Directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) que seront mises en oeuvre les nouvelles procédures de planification sanitaire et de financement des hôpitaux.

Il conviendra de continuer dans cette voie au cours des prochaines années, et de renforcer considérablement les moyens humains des services centraux du ministère.

Compte tenu des gaspillages actuels, votre rapporteur estime que notre système de santé est, par excellence, un domaine où des crédits budgétaires supplémentaires peuvent exercer un puissant effet de levier et permettre de réaliser des économies substantielles.

3. Un effort marqué en faveur des politiques de santé publique

Les dépenses d'intervention du ministère de la Santé publique et de l'assurance maladie enregistrent pour 1996 une progression sensible des crédits consacrés aux actions de santé publique.

La progression des crédits consacrés à la lutte contre les toxicomanies (+ 4,2 %) et surtout à la lutte contre le SIDA (+ 53 %) s'inscrit dans la continuité des budgets antérieurs, qui avaient déjà fait de ces deux actions des priorités.

En revanche, l'augmentation des crédits consacrés aux programmes en faveur de la santé de la population (+ 9 %) et aux dispositifs de veille sanitaire (+ 5 %) constitue une inflexion nouvelle. Ces moyens supplémentaires permettront notamment de développer l'accès aux soins des plus démunis, le réseau national de santé publique, et les observatoires régionaux de la santé.

Votre rapporteur approuve cette volonté affirmée par le ministre de la Santé publique et de l'assurance maladie de se saisir effectivement des questions de santé publique, qui relèvent directement de sa responsabilité.

Chacun sait que les résultats sanitaires de notre système de santé ne sont pas à la hauteur de son coût global. Une réflexion en amont sur les priorités de santé publique est plus que jamais nécessaire pour réorienter la masse des dépenses de santé vers les besoins effectifs des populations. Grâce à la réforme constitutionnelle annoncée par le Premier ministre, le Parlement pourra enfin participer à la détermination des objectifs sanitaires nationaux.

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

La maîtrise de notre système de soins est au coeur du plan de redressement de la sécurité sociale présenté le 15 novembre dernier par le Premier ministre.

Avec un déficit de 36,6 milliards de francs en 1995, la branche maladie représente à elle seule près de 57 % du déficit global du régime général, qui devrait s'établir cette année à 64,4 milliards de francs. Il s'agit donc de la branche de sécurité sociale la plus lourdement déficitaire, mais aussi de celle qui est la plus susceptible d'évolutions rapides.

Votre rapporteur a la conviction que des gains de productivité peuvent être rapidement réalisés au sein de la masse des 668 milliards de francs de dépenses de santé, permettant de rétablir un équilibre financier sans nuire à la qualité des soins. Le contrôle médical de la Caisse nationale d'assurance maladie chiffre les gaspillages à 60 ou 100 milliards de francs. Ces dépenses sans justification correspondent à des soins qui sont non seulement inutiles, mais souvent nuisibles.

Votre rapporteur a cette année la satisfaction de voir aboutir certaines des réformes qu'il a eu l'honneur de défendre au nom de la commission des finances. Le rapport d'information sur les aspects financiers de la protection sociale qu'il avait présenté en 1992 proposait déjà la fixation du taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie par le Parlement, ainsi que la régionalisation du système hospitalier.

La modicité des moyens budgétaires dont disposent les administrations sanitaires et sociales pour mettre en oeuvre ces ambitieuses réformes est frappante. Mais votre rapporteur ne doute pas que le Gouvernement, avec le soutien de sa majorité, saura faire preuve de toute la diligence et la détermination nécessaires pour réduire drastiquement le déficit de la branche maladie dès 1996, et la ramener à l'équilibre en 1997.

CHAPITRE PREMIER

L'ÉTAT ACTUEL DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS N'EST PAS SATISFAISANT

I. UNE EFFICACITÉ INSUFFISANTE

A. *LES DÉPENSES DE SANTÉ ONT ATTEINT EN FRANCE UN NIVEAU TRÈS ÉLEVÉ*

1. Une progression rapide des dépenses de santé

La **consommation médicale totale**, telle qu'elle est définie dans les comptes nationaux de la santé, recouvre deux agrégats complémentaires :

- la **consommation de soins et de biens médicaux** (soins hospitaliers, soins ambulatoires, services de transport sanitaire, biens médicaux).

- la **consommation de médecine préventive** (médecine du travail, médecine scolaire, prévention maternelle et infantile et autres services de prévention individualisés).

Ainsi définie, la consommation médicale totale s'est élevée en 1994 à 668,2 milliards de francs, soit **11.540 francs par habitant**.

La consommation médicale totale

	Valeurs (millions de francs)				Taux d'évolution (en %)			
	1991	1992	1993	1994	91/90	92/91	93/92	94/93
1. Soins hospitaliers & en sections médicalisées	271.914	290.537	309.037	322.787	6,0	6,8	6,4	4,4
- Soins hospitaliers :	266.206	284.035	301.653	314.511	5,9	6,7	6,2	4,3
• publics	202.891	216.435	229.788	239.665	5,6	6,7	6,2	4,3
• privés	63.315	67.600	71.865	78.846	6,8	6,8	6,3	4,1
- Soins en sections médicalisées	5.708	6.502	7.384	8.276	13,1	13,9	13,6	12,1
• publiques	4.398	4.962	5.613	6.211	12,4	12,8	13,1	10,7
• privées	1.310	1.540	1.771	2.065	15,7	17,6	15,0	16,6
2. Soins ambulatoires	165.275	174.658	181.286	184.215	6,6	5,7	3,8	1,6
- Médecins	77.530	82.050	85.685	88.025	6,2	5,8	4,4	2,7
- Auxiliaires médicaux	25.266	26.988	28.026	29.007	8,7	6,8	3,8	3,5
- Dentistes	37.950	39.993	41.300	42.383	6,1	5,4	3,3	2,6
- Analyses	18.553	19.407	19.883	18.448	5,8	4,6	2,5	- 7,2
- Cures thermales	5.976	6.220	6.392	6.352	7,3	4,1	2,8	- 0,6
3. Transport de malades	8.381	9.117	9.425	9.954	12,5	8,8	3,4	5,6
4. Médicaments	102.530	108.885	116.725	118.825	6,7	6,2	7,2	1,8
5. Prothèses	15.023	16.359	17.160	18.293	13,3	8,9	4,9	6,6
- Lunetterie	9.287	10.151	10.753	11.341	9,7	9,3	5,9	5,5
- Orthopédie	5.736	6.208	6.407	6.952	19,5	8,2	3,2	8,5
Consommation de soins et de biens médicaux	563.123	599.556	633.633	654.074	6,6	6,5	5,7	3,2
6. Médecine préventive	12.285	12.996	13.536	14.138	5,6	5,8	4,2	4,4
Consommation médicale totale	575.408	612.552	647.169	668.212	6,6	6,5	5,7	3,3

En structure, les soins hospitaliers représentent 48 % de la consommation de soins et de biens médicaux, les soins ambulatoires 28,2 % et les médicaments 18,2 %.

La progression en valeur de la consommation médicale totale a été de 3,3 % en 1994, contre 5,7 % en 1993, 6,5 % en 1992 et 6,6 % en 1991. Cette décélération est encore plus nette sur longue période : alors que son taux de croissance annuel était de 17,3 % en 1970-1975, il est passé à 7,6 % en 1985-1990.

Taux de croissance annuel en valeur de la consommation médicale totale

(en %)

	70-75	75-80	80-85	85-90	1991	1992	1993	1994
Consommation de soins et de biens médicaux	17,3	15,9	13,7	7,7	6,6	6,5	5,7	3,2
Consommation de médecine préventive	18,5	15,6	9,5	4,8	5,6	5,8	4,2	4,4
Consommation médicale totale	17,3	15,9	13,6	7,6	6,6	6,5	5,7	3,3

Toutefois, en dépit de cette tendance au ralentissement, la progression de la consommation médicale totale a toujours été sensiblement supérieure à celle du PIB, sauf en 1994 (accroissement de la consommation médicale totale de 3,3 % contre 4,1 % pour le PIB) sous l'effet des mesures du plan Veil.

Sur longue période, les soins de santé constituent en termes d'analyse microéconomique un bien supérieur, dont la consommation augmente plus vite que le revenu.

2. Un niveau de dépenses supérieur à celui des autres pays européens

Cette dynamique des dépenses de santé est commune à la plupart des pays développés. Toutefois, la France se singularise par un niveau de dépenses de santé particulièrement élevé, comme le montre le tableau ci-après :

Part de la dépense nationale de santé dans le PIB

(en %)

	1980	1985	1990	1991	1992	1993
Allemagne	8.4	8.7	8.3	8.4	8.7	8.6
Autriche	7.9	8.1	8.4	8.6	9.0	9.3
Belgique	6.6	7.4	7.6	7.9	7.9	8.3
Danemark	6.8	6.3	6.3	6.5	6.6	6.7
Espagne	5.6	5.7	6.6	6.5	7.5	7.3
Finlande	6.5	7.3	8.0	9.1	9.4	8.8
France	7,6	8,5	8,9	9,1	9,4	9,8
Grèce	4.3	4.9	5.3	5.3	5.4	5.7
Irlande	9.2	8.2	7.0	7.4	7.1	6.7
Italie	6.9	7.0	8.1	8.4	8.5	8.5
Luxembourg	6.8	6.8	7.2	7.3	7.4	6.9
Pays-Bas	8.0	8.0	8.2	8.4	8.6	8.7
Portugal	5.9	7.0	7.1	7.8	7.9	7.3
Royaume-Uni	5.8	6.0	6.2	6.6	7.1	7.1
Suède	5.6	5.9	6.0	6.5	7.0	7.1

Depuis 1990, la France est le pays de l'Union européenne qui consacre la plus forte proportion de son PIB aux dépenses de santé. Certains de ses voisins européens ont su au contraire diminuer depuis 1985 la part des dépenses de santé dans leur revenu national, tels l'Allemagne, le Danemark ou l'Irlande.

Au sein de l'OCDE, les seuls pays qui consacrent une part plus importante de leur PIB aux dépenses de santé sont les Etats-Unis (14,1 %), le Canada (10,2 %) et la Suisse (9,9 %).

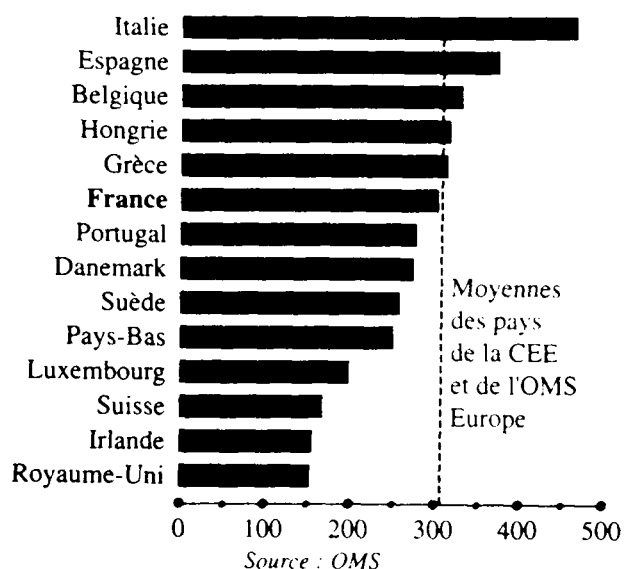
3. Les indices d'une surconsommation et d'un suréquipement

Les Français se rendent en moyenne 14,8 fois par an chez un praticien (11,4 fois en 1980), dont 6,4 séances chez le médecin, 3,6 séances d'analyses, radios ou examens, 5,5 séances d'auxiliaires paramédicaux et 1,5 séance chez le dentiste.

En matière de médicaments, les Français comptent parmi les plus gros consommateurs mondiaux en volume (37,2 boîtes par an et par habitant en 1991, contre 27,4 en 1980), à égalité avec les Japonais et devant les Allemands.

Le nombre de médecins en France, environ 165.000, correspond à la moyenne européenne, soit près de 300 médecins pour 100.000 habitants. Ce chiffre global recouvre toutefois des disparités géographiques très importantes. Le nombre de médecins pour 100.000 habitants varie ainsi de 165 dans l'Eure à 691 à Paris.

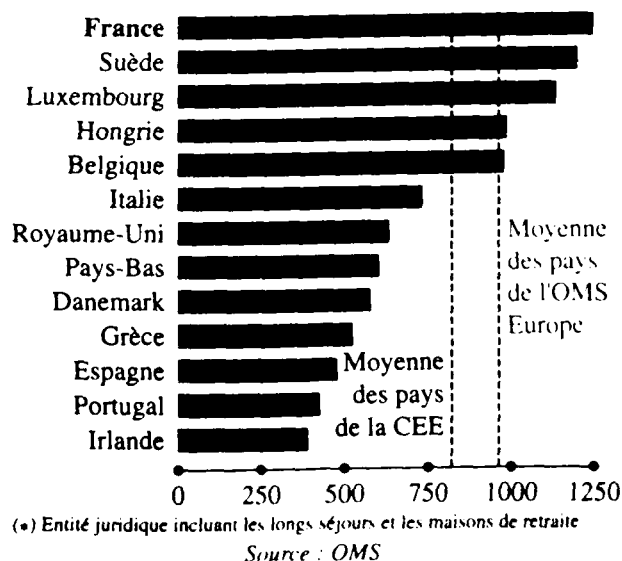
Nombre de médecins pour 100.000 habitants en 1991



Si la France se situe dans la moyenne européenne pour le nombre de médecins, elle présente en revanche une particularité qui la distingue de ses partenaires : le nombre des spécialistes y est presque équivalent à celui des généralistes.

S'agissant de l'hôpital, la France enregistre, au sein de l'Union européenne, le plus grand nombre de lits (court, moyen et long séjour), avec un ratio d'environ 1.250 lits pour 100.000 habitants, qui la situe bien au-delà de la moyenne de l'Union européenne, qui est d'environ 800 lits.

Nombre de lits d'hôpital pour 100.000 habitants en 1991



B. LES RÉSULTATS SANITAIRES NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC L'EFFORT FINANCIER FOURNI

1. L'état sanitaire des Français présente des points faibles

D'après le récent rapport du Haut comité de la santé publique, la santé en France est **globalement bonne** et elle s'est améliorée en dix ans. Cette appréciation repose aussi bien sur des indicateurs objectifs que sur la perception qu'ont les Français de leur propre santé.

L'espérance de vie est l'une des plus longues du monde. Elle était en 1991 de 73 ans pour les hommes. Atteignant 81 ans, la longévité des Françaises est la seconde du monde, à quelques mois de celles des Japonaises. Elle s'est accrue de 2,5 ans au cours des dix dernières années. Enfin, 84 % des personnes interrogées au cours d'une enquête réalisée en 1992 jugeaient leur état de santé satisfaisant ou très satisfaisant.

Cependant, l'état sanitaire des Français comporte des faiblesses structurelles et est menacé de détérioration. D'importantes disparités persistent entre les régions, entre les hommes et les femmes. Elles s'accroissent entre catégories sociales favorisées et défavorisées. La situation de la mortalité prématurée et évitable s'est plutôt dégradée en vingt ans par rapport aux autres pays européens, particulièrement chez les hommes. La prévalence des maladies chroniques augmente en raison du vieillissement de la population. Les problèmes liés au mal-être psychologique et social sont largement répandus. La qualité de vie des personnes handicapées ou malades est insuffisamment prise en compte. Enfin la crise économique fait émerger des groupes sociaux fragilisés dont l'accès aux soins et à la prévention est limité par la faiblesse des revenus, le décalage culturel et la complexité du système de soins.

Ainsi, bien qu'aucun indicateur synthétique global ne permette de hiérarchiser les pays, l'état sanitaire de la population française ne semble pas significativement supérieur à celui des autres pays développés, malgré le niveau élevé des dépenses de santé.

2. L'amélioration de l'état de santé des Français ne peut être mise à l'actif du seul système de soins

L'amélioration de l'état de santé des Français ne peut être rapprochée des seuls progrès réalisés par le système de soins : les facteurs qui y contribuent sont en fait très nombreux et divers. Le système écologique, le niveau de développement (richesse, éducation...), les facteurs génétiques, les conditions de vie (alimentation, logement, exercice physique, hygiène de base, conditions de travail, état psychologique...) jouent ainsi un rôle essentiel. **Selon le rapport du Haut comité de la santé publique, ces déterminants interviendraient pour une part cinq à dix fois supérieure à celle du système de soins et, d'après les estimations de l'OCDE, les dépenses de soins n'expliqueraient que 20 % des différences de mortalité entre les pays développés.**

Par ailleurs, l'action sur l'état de santé ne peut relever uniquement du système curatif mais doit intégrer la prévention, qu'elle soit primaire (amélioration des conditions de vie, éducation, vaccination...) ou secondaire (dépistage). En France, les actions de prévention restent en fait limitées : la part des dépenses de santé consacrées à la prévention ne représente ainsi que 2,3 % du total en 1994, soit environ 17,5 milliards de francs.

3. Des évolutions technologiques potentiellement inflationnistes

L'expansion des dépenses de santé s'explique aussi par les progrès de la médecine. Les innovations technologiques multiplient les possibilités de diagnostics et de traitements tout en améliorant les résultats du système de soins. Néanmoins, elles suscitent une demande nouvelle (prise en charge de pathologies habituellement non traitées sur un plan médical) et peuvent avoir un impact expansif sur les coûts pour les pathologies déjà traitées.

Le secteur de la santé bénéficie de progrès technologiques particulièrement nombreux. Si le temps de développement des innovations technologiques est souvent de plus en plus long, la très forte demande de nouveaux traitements impose en revanche une diffusion rapide des nouvelles techniques ou des nouveaux produits. **Ce mouvement de propagation est d'autant plus vif que l'objectif d'amélioration de la santé et le souci de réduire les inégalités dans l'accès aux soins limitent la prise en considération des coûts.**

II. UNE ORGANISATION DÉFECTUEUSE

A. *LES JUSTIFICATIONS D'UNE INTERVENTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ*

1. La recherche d'une plus grande efficacité

L'Etat met partiellement la santé sous tutelle en substituant ses choix à ceux des individus. Il agit ainsi par des actions sur les quantités : obligation de consommer certains actes médicaux comme les vaccinations ; interdictions de consommer certains biens nuisibles (drogues). Il agit également par des actions sur les prix : fourniture gratuite ou à un prix subventionné de certains actes médicaux, taxation de biens nuisibles à la santé. Il agit enfin sur les comportements des agents : réglementation de l'hygiène publique ; éducation pour la santé ; obligation d'assurance contre le risque maladie afin d'empêcher les comportements imprévoyants qui conduiraient à une absence de soins en cas de maladie.

Par ailleurs, les asymétries d'information entre les différents acteurs du système de santé perturbent le fonctionnement du "marché" de la santé et peuvent conduire à des **situations d'équilibre sous-optimal**, en l'absence d'intervention des pouvoirs publics :

- **asymétrie d'information entre le patient et l'offreur de soins** : le patient ignore en général ce dont il souffre et les traitements les plus appropriés (information cachée de l'offreur de soins). Il délègue au médecin le choix du traitement, dont il n'est pas non plus en mesure d'évaluer complètement les résultats. Dès lors, le médecin peut influencer la consommation de soins à travers un effet de demande induite :

- **asymétrie d'information entre les offreurs de soins et les assurances** : la compétence du médecin, la fonction de production et la fonction de coût de l'hôpital sont des caractéristiques inobservables pour les assurances (information cachée de l'offreur de soins).

2. Le souci d'une plus grande équité

Le caractère par définition vital du "bien" santé en fait un enjeu de société majeur. **Or, le fonctionnement libre du marché entraînerait des inégalités devant la maladie en fonction des revenus.** L'expression traditionnelle "la santé n'a pas de prix" exprime bien la priorité du politique dans l'organisation du secteur de la santé.

Dans la plupart des pays démocratiques, celle-ci se traduit par l'affirmation d'un accès égal pour tous au système de soins ainsi que la prise en charge des frais au moins pour la population la plus défavorisée.

Cette égalité d'accès est garantie par la mise en place de **systèmes de financement collectif**, soit par le biais de la fiscalité, soit par le biais d'assurances publiques ou d'assurances privées réglementées.

Plusieurs types de redistributions se sont ainsi opérées : entre classes de risque (tarification ne dépendant pas du risque) ; entre générations (tarification ne dépendant pas de l'âge) ; entre classes de revenus (tarification progressive en fonction du revenu) ; entre familles de taille différente (tarification en prenant pas en compte la taille de la famille).

3. L'option entre concurrence et monopole

Le Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie de novembre 1994 a bien montré les inconvénients des deux modèles théoriques du système de santé :

- le modèle du "Tout Etat" totalement centralisé, dans lequel la production de soins est assurée dans le cadre d'un monopole public dont les praticiens sont les salariés, aboutit à un équilibre par la **restriction du choix des patients et le rationnement de l'offre de soins** ;

- le modèle du "Tout marché" totalement concurrentiel, dans lequel les patients ont le choix de leurs assureurs, qui eux-mêmes choisissent librement les prestataires de soins, aboutit à une **exclusion des personnes à bas revenus et une sélection des risques**, ainsi qu'à une **inflation des coûts de gestion**.

Bien sûr, aucun de ces deux systèmes extrêmes n'existe à l'état pur. Au contraire, les expériences étrangères récentes montrent que le pays le plus proche du premier, le Royaume-Uni, a pris des mesures visant à introduire plus de concurrence dans l'achat de soins. A l'inverse, le pays le plus proche du second, les Etats-Unis, s'efforce de généraliser une couverture maladie notoirement insuffisante et de faire jouer à la puissance publique un autre rôle que celui de simple payeur de l'assurance des plus pauvres et des plus âgés.

Le système de santé français se caractérise par la conjonction d'une activité libérale et d'un financement socialisé. Cette conjonction ne constitue pas une contradiction insurmontable, mais force est de constater que son organisation actuelle n'est pas satisfaisante.

B. UNE RÉGULATION ACTUELLEMENT INEFFICACE

1. Un dispositif institutionnel émiétté et conflictuel

Le dispositif institutionnel de gestion du système de santé aboutit à une confusion des rôles et une dilution des responsabilités finalement préjudiciable à son équilibre global.

Au niveau de l'Etat, le Parlement ne joue qu'un rôle résiduel. **Le partage des responsabilités entre le Gouvernement et l'assurance maladie conduit à des conflits récurrents.** Le Gouvernement assume la responsabilité de l'équilibre financier des régimes en fixant le taux des cotisations et la nature des prestations mais ne s'implique pas directement dans la gestion, assurée par les partenaires sociaux. Il ne peut pas, par exemple, intervenir directement dans les négociations avec les professions de santé.

Les partages sectoriels de fait, l'hôpital public étant géré directement par l'Etat, le reste du système de soins étant sous la tutelle de l'assurance maladie, ne facilitent pas la coordination.

L'organisation interne même de l'Etat (éclatement des administrations centrales et des services déconcentrés entre la santé publique, la sécurité sociale et les hôpitaux ; difficultés d'articulation entre le niveau régional et le niveau départemental) et de l'assurance maladie (autonomie des caisses locales et régionales entre elles et vis-à-vis de la caisse nationale ; autonomie du service médical par rapport aux services administratifs) suscite également des dysfonctionnements.

2. Des systèmes d'information insuffisants

Les difficultés de la régulation du système de santé sont également liées aux insuffisances et aux dysfonctionnements du système d'information. En France, les informations sur la santé peuvent être regroupées en trois grandes catégories : les informations sur l'état de santé de la population ; les informations sur la consommation de soins et de prestations ; les informations sur les moyens et les coûts du système de soins.

Ce système d'information souffre de défauts majeurs : éclatement et hétérogénéité des sources d'information ; multiplicité des modes de collecte et de traitements des données ; faiblesses conceptuelles et méthodologiques ; inadaptation des informations à la régulation ; faiblesse de la médicalisation des données.

Dans son état actuel, il n'est pas en mesure d'apporter des réponses précises à des questions aussi essentielles que les coûts des pathologies ou la nature des prestations apportées aux malades en fonction de leurs caractéristiques démographiques ou de leur pathologie.

Ces insuffisances rendent difficile la gestion du risque maladie et les évaluations des pratiques médicales et des filières de soins. Elles expliquent en partie l'échec de certaines mesures comme le contrôle conventionnel de l'activité des médecins (le tableau statistique d'activité des praticiens donne une information de qualité insuffisante pour détecter les comportements anormaux) ou le redéploiement des marges de manoeuvre dans le cadre du budget global hospitalier (mauvaise information sur l'évolution de l'activité médicale depuis la mise en oeuvre du budget global en 1983).

L'amélioration du système d'information est donc devenu un enjeu majeur pour la mise en place d'une politique efficace de régulation du système. L'achèvement des projets en cours n'en est que plus urgent : système commun d'information entre l'État et l'assurance maladie prévu par la réforme hospitalière de 1991, programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) engagé dans le secteur hospitalier depuis le début des années 1980 : codage des actes et des pathologies prévu par la loi du 4 janvier 1993.

3. Des mécanismes de contrôle et de responsabilisation inadaptés

a) Le contrôle des tarifs génère des effets pervers sur les volumes

Le contrôle des tarifs concerne l'ensemble des éléments de la consommation médicale : prix de journée hospitalière, prix des médicaments, prix des actes des praticiens et des appareillages.

La fixation de prix bas, dans le souci de modérer la croissance des dépenses remboursées d'assurance maladie a pour effet de stimuler la croissance des volumes en incitant les producteurs de soins, dans la mesure où ils ont une influence sur la demande (cas des médecins) et que la demande est inélastique au prix (cas des hôpitaux), à multiplier les actes ou le nombre de journées afin d'atteindre le niveau de revenu souhaité, voire à agir sur la structure des actes et des prescriptions par la substitution de pratiques plus coûteuses.

Cet effet expansif du contrôle par les tarifs sur les volumes et leur structure est particulièrement fort : ainsi, le nombre d'actes médicaux ambulatoires par médecin a connu une croissance continue (4.697 actes par

médecin en 1994 contre 4.331 en 1980) qui ne peut être rattachée exclusivement à la croissance de la population (4.9 actes par habitant et par an en 1994 contre 3.5 en 1980).

L'exemple le plus net de cet effet pervers de la tarification est le secteur du médicament, où la politique de fixation des tarifs a toujours été très stricte. De 1980 à 1993, l'indice des prix des médicaments a évolué moins vite que l'indice du coût de la vie. Comparés aux prix étrangers, les prix en France apparaissent particulièrement bas : pour un indice 100 en France, le prix moyen des médicaments atteint 119 en Allemagne et 173 en Italie. En revanche, les volumes de consommation sont particulièrement élevés. Ceci s'expliquerait par une stratégie d'adaptation au prix bas de la part des laboratoires pharmaceutiques : ces derniers ont été incités à développer une politique commerciale dynamique, reposant sur des contacts réguliers des visiteurs médicaux avec les médecins. En 1992, les dépenses de promotion représentaient près de 14 % du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique française, niveau supérieur à son effort de recherche et développement.

b) Le contrôle quantitatif de l'offre tarde à se traduire dans les faits

Le contrôle qualitatif de l'offre concerne essentiellement le secteur hospitalier. Mais la carte sanitaire instituée en 1970 s'est révélée peu adaptée au pilotage de l'offre hospitalière face à la complexité des enjeux, au poids des situations acquises et à la résistance au changement des acteurs locaux.

Depuis 1991, la réforme de la planification hospitalière par la création de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) privilégiant une approche qualitative de l'organisation géographique de l'offre de soins hospitalière et une démarche contractuelle dans la mise en oeuvre des restructurations, n'a eu pour l'instant qu'un impact opérationnel limité. De même, l'adoption en 1994 de mesures plus autoritaires permettant à l'Etat de fermer des structures sous-utilisées n'a pas eu les résultats escomptés.

Dans le secteur ambulatoire, les seuls éléments de planification concernent le contrôle de la démographie médicale, à travers l'instauration d'un *numerus clausus*. Celui-ci n'est cependant restrictif que depuis la fin des années 1970, avec un effet sur la démographie décalé aux années 1980, compte tenu de la durée des études de médecine. Le *numerus clausus* devrait entraîner la stabilisation du nombre des médecins vers les années 2000-2010, puis sa diminution.

c) Les mécanismes de responsabilisation sont inopérants

La **responsabilisation des consommateurs de soins** passe par le ticket modérateur, le forfait hospitalier et, sauf exception, l'absence de tiers payant. Toutefois, compte tenu de l'importance croissante des systèmes de protection complémentaire et de l'échec des tentatives d'introduction d'un ticket modérateur d'ordre public, le maniement de ces instruments a beaucoup plus joué sur la maîtrise des dépenses remboursées par l'assurance maladie que sur la maîtrise des dépenses de santé totales. Le taux de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie est ainsi passé de 76.5 % en 1980 à 73.5 % en 1994.

La **responsabilisation des producteurs de soins** passe par les conventions médicales qui se sont succédé depuis 1971. Tout en confortant le caractère libéral de l'organisation du système de soins ambulatoire, ces conventions ont consacré l'engagement des médecins à faire preuve d'une plus grande mesure dans leurs prescriptions et instauré un premier mécanisme de contrôle de l'activité et de sanction en cas de comportement aberrant. **Les résultats de cette politique ont été décevants et le mécanisme de contrôle, faute d'un système d'information incontestable, est resté largement lettre morte.**

C. UNE DÉRIVE PERSISTANTE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

1. Le dispositif de maîtrise globale de l'évolution des dépenses de santé

Depuis 1983, dans le **service public hospitalier**, un mécanisme de budget global limite chaque année l'évolution des dépenses du secteur à un taux directeur fixé par le Gouvernement. Ce taux directeur est théoriquement modulé par établissement, après analyse des budgets par la tutelle. En réalité, il est le plus souvent appliqué uniformément à l'ensemble des établissements.

Depuis 1990, cette politique de maîtrise globale, fondée sur la définition d'objectifs quantifiés nationaux (OQN) de croissance des dépenses, a été progressivement généralisée aux **autres secteurs du système de soins** selon trois modalités sensiblement différentes :

- l'enveloppe globale fermée : le système est appliqué aux secteurs de l'hospitalisation privée et de la biologie, avec respectivement des modulations générales des tarifs unitaires et des reversements individualisés en cas de dépassement de l'enveloppe prévisionnelle ;

- des objectifs quantifiés de croissance des dépenses sans mécanisme de respect automatique de l'enveloppe : le système est appliqué aux médecins, aux infirmiers, aux masseurs, aux dentistes, etc... Le dépassement de l'enveloppe peut éventuellement être sanctionné lors de la négociation suivante sur la revalorisation des tarifs :

- une négociation individualisée avec les producteurs : dans le secteur du médicament, un accord cadre a été signé entre le syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP) et l'Etat en 1994. Cet accord, outre la fixation par l'Etat d'un objectif quantifié national d'évolution des dépenses de médicament, fait reposer l'essentiel de la régulation sur des conventions pluriannuelles, conclues de gré à gré, entre le comité économique du médicament et les laboratoires. Il permet une révision de la tarification des médicaments en échange d'engagements sur les volumes et sur la diminution des dépenses de promotion commerciale. Dans le cas où les engagements ne seraient pas respectés, le laboratoire concerné peut subir des baisses de prix corrélatives aux volumes anormaux constatés, voire des déremboursements.

La politique de maîtrise globale de l'évolution des dépenses de santé par les OQN a connu en 1993 et 1994 des résultats encourageants. Certes, il faut aussi tenir compte de l'effet purement mécanique de certaines des mesures du plan de redressement de l'assurance maladie de juin 1993 (diminution de cinq points du taux de remboursement pour l'ensemble des actes et prescriptions, mise en place d'un ordonnancier bi-zones pour les affections de longue durée, majorations de cinq francs du forfait hospitalier).

Mais, au total, l'année 1994 aura enregistré la plus faible croissance de la consommation de soins et de biens médicaux en volume des quinze dernières années, avec un taux de 1,9 % contre 3,5 % en moyenne entre 1990 et 1993.

2. Un retour à un rythme de croissance rapide en 1995

L'an dernier à la même époque, votre rapporteur enregistrerait avec satisfaction les premiers signes d'un ralentissement des dépenses d'assurance maladie, tout en s'interrogeant sur le caractère durable de cette inflexion de tendance. Il a aujourd'hui le regret de constater que ses doutes étaient justifiés.

Alors que le taux d'augmentation de la dotation globale versée aux établissements hospitaliers, tous régimes confondus, a été de 4,56 % en 1994, il serait de 5,85 % en 1995.

Alors que le taux d'augmentation des prestations d'assurance maladie hors hospitalisation du régime général a été de 3.2 % en 1994, il serait de 5.1 % en 1995.

Deux professions de santé, les médecins libéraux et les masseurs-kinésithérapeutes, devraient largement dépasser l'OQN sur lequel elles s'étaient engagées contractuellement en 1994, tandis que deux autres, les infirmiers et les orthoptistes, doivent encore faire des efforts pour le tenir.

La réalisation des OQN en 1995

Dépenses remboursables	Régime général		
	Objectif 1995	Réalisations 8 mois 1995	Prévisions 1995
Médecins libéraux	3,3 %	6,4 %	5,8 %
Biologistes	4,7 %	3,2 %	4,2 %
Infirmiers	3,3 %	3,8 %	2,7 %
Masseurs kinésithérapeutes	3,7 %	6,1 %	4,4 %
Orthophonistes	6,6 %	6,6 %	6,2 %
Orthoptistes	8,0 %	8,1 %	7,8 %
Chirurgiens-dentistes	5,3 %	2,4 %	2,0 %

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Quant aux dépenses de médicaments, elles devraient s'accroître de 8.5 % en 1995 contre 0.4 % en 1994.

Les prévisions pour 1996 ne laissent pas espérer d'amélioration spontanée. Le taux d'évolution de la dotation globale hospitalière a été fixé par le Gouvernement au niveau très volontariste de 2,1 %. A ce sujet, le récent rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale fait l'observation suivante : *"Nul n'ignore que cette enveloppe est, à structures hospitalières inchangées, particulièrement exigeante. Elle sera, à l'évidence, difficile à concilier avec l'évolution des charges de personnel (soit quelque 70 % des dépenses hospitalières) qui s'alourdissent régulièrement à effectif constant, même dans le cas d'une valeur inchangée du point de rémunération, du fait du GVT et des accords conclus avec les organisations syndicales (protocoles Durafour - Evin - Durieux)".*

Quant aux dépenses d'assurance maladie hors hospitalisation, leur progression serait encore de + 3.1 % en 1996 (+ 6.4 % pour les dépenses de médicaments et + 2.6 % pour les honoraires médicaux).

Au total, le déficit de la branche maladie du régime général, qui était de - 31,5 milliards de francs en 1994, s'établirait à - 36,6 milliards de francs en 1995 et - 35 milliards de francs en 1996, si rien n'était fait.

CHAPITRE II

LES PROJETS DE RÉFORME DU GOUVERNEMENT SONT TRÈS AMBITIEUX

I. LES RÉFORMES STRUCTURELLES

A. *L'INSTAURATION D'UN RÉGIME UNIVERSEL D'ASSURANCE MALADIE*

1. **La critique de l'assurance personnelle par la Cour des Comptes**

Dans son premier rapport annuel au Parlement sur la sécurité sociale, la Cour des Comptes a analysé de façon critique les modalités selon lesquelles la couverture maladie a été étendue en France à l'ensemble de la population. L'extension de l'assurance maladie obligatoire a suivi depuis vingt ans deux voies parallèles : celle de **l'élargissement du champ de l'assurance maladie** des salariés par assouplissement des règles d'entrée, d'octroi et de maintien des prestations ; et celle de **l'assurance personnelle** dérivant du régime très spécifique et limité de l'assurance volontaire (loi du 2 janvier 1978 sur l'assurance personnelle, loi du 1er décembre 1988 sur le RMI, loi du 29 juillet 1992 sur l'aide médicale).

La Cour relève que, la répartition des ayants droit entre ces deux voies d'accès s'étant faite au coup par coup et n'obéissant à aucune logique, ces choix circonstanciels sans vision d'ensemble ont conduit à traiter inégalement des catégories de même niveau de revenu.

La réglementation identifie, aux franges de l'assurance maladie, deux grands groupes sociaux :

- ceux qui se situent au niveau du RMI (2.300 francs environ, non compris les majorations familiales) et qui relèvent de l'assurance personnelle ;

- ceux qui se situent dans les normes du minimum vieillesse, dont se rapprochent l'allocation de veuvage, l'allocation d'adulte handicapé, l'allocation de parent isolé (autour de 3.300 francs par mois sans les majorations)¹ et qui relèvent soit d'un droit direct d'entrée dans le régime d'assurance maladie, soit de l'assurance personnelle.

Tableau simplifié de la situation des ressortissants des minima sociaux au regard de la couverture maladie (données du 1er semestre 1995)

Catégories d'assurés sociaux Ass pers ou de droit commun	Plafond de ressources mensuel pour personne seule (1) (1er janvier 1995)	Ass pers (AP) ou droit direct ass mal (2)	Couverture subs ou complémentaire Prise en charge de plein droit (PD) ou facult (3) de la cotisation	
			Serv ou organisme payeur de la cotisation	Couverture complémentaire (PEC TM + FJ)
RMI Aide sociale métropole	2 326	AP	PD département	PD départ
RMI Aide sociale SRS (sans résidence stable)	-	-	PD Etat	PD Etat
RMI - CAF	-	-	PD CAF ou MSA	PD coll AS
Jeunes 17-25 ans (sous cond RMI)	-	-	PD Coll AS	Fac Coll AS
Assistés médicaux - SRS sur barème Etat	-	-	PD Etat	PD Etat
Autres assistés médicaux départementaux	Régl dép AM	-	PD départ	selon régl départ
Barème maximum (Paris)	3 610	-	Fac Coll AS	Fac Coll AS
Autres assistés médicaux (hors barème)	Examen besoins/ ressources/charges	AP	Fac Coll AS	Fac Coll AS
Veuvage	3 702	AP	PD Coll AS	PD coll AS
ASV	3 310	-	PD CDC	Fac coll AS
FNS	3 310	droit direct	pas de PEC	Fac coll AS
AAH	3 310	-	pas de PEC	Fac coll AS
API personne seule (femme enceinte)	3 118	-	CAF ou MSA	Fac coll AS
1 enfant	4 157	-	-	-
Prestataires familiaux (pour 2 enfants)	de 480 à 10 338	AP	CAF ou MSA (total ou partiel)	Fac coll AS

PD - admission de plein droit, Fac - admission facultative, AM - aide médicale, AS - aide sociale, PEC - prise en charge

- (1) Il s'agit ici, sauf indication contraire, du plafond pour une personne seule. Il est majoré, dans certains cas, pour le conjoint et par personne à charge (définitions différentes). L'appréciation des revenus est très variable (brut ou net, avec éventuelle référence à la législation fiscale, charges déductibles variables, ressources éventuellement neutralisées, période de référence). Pour le RMI et l'API mais non pour les prestations liées au minimum vieillesse (ASV, FNS, AAH) le montant maximum de l'allocation est égal au plafond.
- (2) Il est rappelé que pour les catégories non directement ressortissantes d'un régime obligatoire, le droit éventuel à l'assurance obligatoire (travail partiel, maintien des droits, ayant-droit, CES etc.) doit être examiné en priorité sur l'AP.
- (3) Il est rappelé que le ticket modérateur (TM) est supprimé pour certains soins (hospitalisations longues, interventions chirurgicales importantes, maternité, soins très coûteux...), pour certaines pathologies (MLD), et pour certaines catégories d'assurés bénéficiant d'une dispense (pensions d'invalidité, d'accident du travail...). La dispense du forfait journalier hospitalier (FJ) est plus rare (maternité, accidentés du travail, certains pensionnés, certains jeunes handicapés...).

Entre ces deux catégories s'intercalent les assistés médicaux pris en charge par les départements dans les limites fixées par chaque conseil général (généralement RMI plus 20 % ou 30 %, mais + 60 % à Paris).

En 1994, les dépenses de l'assurance personnelle représentaient 8,6 milliards de francs sur un total de dépenses d'assurance maladie de 521 milliards de francs. Elles bénéficiaient à 508.000 personnes, dont 320.000 au titre du RMI (60 % de l'ensemble).

¹ Le département de Paris a créé en 1988 la carte "Paris Santé" qui assure à ses bénéficiaires et à leurs ayants-droit une couverture complète des soins dans des conditions généralement plus favorables que celles imposées par la loi de juillet 1992 ; c'est ainsi que le plafond de ressource a été fixé jusqu'en 1994 au montant du RMI majoré de 60 %.

La Cour relève que "l'assurance personnelle ne suffit pas à assurer aux plus démunis une couverture maladie satisfaisante du risque maladie. En effet, elle ouvre les droits habituels de l'assurance maladie, mais dans les limites de ceux-ci (tarifs de responsabilité, ticket modérateur, forfait journalier) et n'apporte qu'une solution partielle au problème de la gratuité totale, nécessaire pour certains. Elle doit donc se combiner avec deux autres systèmes, le RMI et l'aide médicale, qui ont leurs propres institutions, leurs propres règles, leur propre logique."

Il en résulte une **grande complexité de gestion**, une multiplicité d'organismes et de circuits de financement intervenant pour la liquidation et le recouvrement des cotisations, ainsi que pour l'affiliation et la prise en charge des assurés. Cette complexité de gestion, encore accrue par l'incompatibilité des systèmes informatiques aussi bien entre les services de l'Etat et les caisses qu'entre les différents organismes de sécurité sociale, entraîne des difficultés pour le suivi des situations individuelles et génère un contentieux entre les intervenants.

En conclusion de son étude, la Cour des Comptes émet la suggestion suivante : *"Sans bouleverser l'économie générale de l'assurance maladie et sans désengager les collectivités de l'aide sociale du rôle traditionnel qui leur incombe, **une simplification majeure pourrait être obtenue en confiant à la caisse primaire de la résidence, sans intervention des payeurs dans la gestion et sous réserve, au besoin, de compensations financières globales, la totalité des opérations d'affiliation et de délivrance des titres d'ouverture des droits** (carte d'assuré social et éventuellement carte santé départementale) dans tous les cas où la situation sociale des intéressés entraîne de plein droit l'affiliation à l'assurance maladie et la couverture du ticket modérateur et du forfait journalier."*

2. Le projet du Gouvernement

Allant plus loin que la proposition de la Cour des Comptes, le Gouvernement entend mettre en place progressivement une **assurance maladie universelle dont l'accès sera subordonné à un critère de résidence sur le territoire français.**

Le nouveau système présentera trois caractéristiques :

a) Harmonisation des droits et des efforts contributifs

La généralisation effective de l'assurance maladie suppose une harmonisation progressive des droits aux prestations et des efforts contributifs de toutes les catégories sociales. Elle permettra de faire une réalité du principe d'égalité devant les soins.

b) Accès automatique à la couverture maladie

Cette harmonisation permettra l'ouverture automatique du droit à l'assurance maladie pour toute personne âgée de plus de 18 ans résidant régulièrement sur le territoire français, quelle que soit son activité.

L'accès aux soins sera ainsi un droit effectif.

c) Gestion par les caisses actuelles

Ce dispositif est compatible avec une gestion du système par les caisses qui existent actuellement, à l'instar du régime de retraite des cadres.

L'universalité de l'assurance maladie ne sera donc pas synonyme de régime unique.

B. LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

S'appuyant sur les conclusions du rapport du professeur Devulder, président du Haut conseil de la réforme hospitalière, le Gouvernement entend mettre en oeuvre une réforme de fond des conditions de fonctionnement des hôpitaux. **Votre rapporteur approuve sans réserve cette réforme hospitalière, qui reprend nombre des propositions qu'il a défendu au cours des dernières années.**

1. La régionalisation

La régionalisation de la planification hospitalière a déjà été amorcée par la loi du 31 juillet 1991, avec la mise en place des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Toutefois, l'intérêt de ces SROS est assez limité dans la mesure où ils ne comportent pas de volet financier.

Le Gouvernement propose donc de pousser la régionalisation plus loin, en mettant en place des **agences régionales de financement de l'hospitalisation publique et privée**. Ces agences seront chargées de répartir les crédits limitativement alloués à chaque région en fonction de priorités de santé publique, dans le cadre global du taux d'évolution des recettes et des dépenses de sécurité sociale fixé par le Parlement. **La répartition des ressources entre les régions visera également à corriger progressivement les disparités de moyens existant actuellement entre elles.**

Cette structure commune devrait aussi permettre d'harmoniser les conditions de financement des établissements hospitaliers publics et privés, qui seront incités à coopérer au plan local.

2. La contractualisation avec les établissements

Les agences régionales de financement de l'hospitalisation répartiront les dotations entre les établissements hospitaliers sur la base de contrats d'objectifs pluriannuels, fondés sur des indicateurs d'efficacité de la dépense et de qualité des soins. **Cela implique que le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), déjà bien avancé et expérimenté l'an dernier en grandeur réelle dans la région Languedoc-Roussillon, entre rapidement en application. Votre rapporteur a la conviction qu'aucun obstacle technique ne s'oppose à la mise en oeuvre rapide du PMSI, qui pourra devenir effective en l'espace d'une année.**

3. L'accréditation et l'évaluation des services hospitaliers

Une agence indépendante, cofinancée par l'Etat et l'assurance maladie, sera mise en place afin d'accréditer et d'évaluer chaque service hospitalier en fonction du respect des normes techniques et de bonne pratique médicale, ainsi que de critères économiques appréciés par comparaison avec des référentiels régionaux et nationaux.

Votre rapporteur approuve cette innovation fondamentale, estimant que la transparence sur les conditions de fonctionnement réelles des divers services hospitaliers est un préalable indispensable à toute amélioration de leur efficacité. Cette transparence, qui constitue le moyen le plus efficace pour accroître la qualité des soins sans inflation des coûts, sera évidemment assurée selon des modalités préservant le secret médical.

4. La clarification des responsabilités à l'hôpital

Le Gouvernement prévoit de modifier la composition des conseils d'administration hospitaliers. La présidence du conseil sera ainsi confiée à l'un de ses membres, élu en son sein. Les maires et présidents des conseils généraux cesseront d'être de droit présidents des conseils d'administration hospitaliers, tout en continuant d'y siéger. **Ainsi, ils ne seront plus systématiquement comptables devant leurs électeurs de toutes les décisions prises par les établissements hospitaliers.**

Par ailleurs, les directeurs des hôpitaux les plus importants seront directement nommés par le Gouvernement comme c'est déjà le cas à Paris, Lyon et Marseille.

C. LE RENFORCEMENT DU DISPOSITIF DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES

1. La régulation des dépenses de médecine de ville

a) Un objectif d'évolution des dépenses sera fixé chaque année par le Parlement

Les dépenses et les recettes prévisionnelles des régimes obligatoires de sécurité sociale seront fixées chaque année par le Parlement. Celui-ci déterminera ainsi les conditions de l'équilibre annuel des régimes d'assurance maladie. Votre rapporteur a toujours souhaité cette intervention du Parlement en amont, pour l'ensemble des branches de la sécurité sociale. Il a déposé à ce titre, au cours de la dernière session parlementaire, une proposition de loi constitutionnelle tendant à renforcer le contrôle du Parlement sur les comptes des régimes obligatoires de sécurité sociale, ainsi que sur les concours de l'Etat à leur financement.

- b) *Cet objectif sera décliné par profession de santé et au niveau régional*

Sur la base du taux d'évolution des dépenses fixé par le Parlement, les caisses d'assurance maladie et chaque profession de santé négocieront, à l'issue des travaux d'une **conférence nationale de santé**, le taux d'évolution des dépenses par profession. Ces objectifs seront ensuite déclinés au niveau régional.

Des unions régionales des caisses d'assurance maladie, regroupant les caisses de tous les régimes (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes) veilleront au respect des objectifs notamment en coordonnant et en renforçant les actions du contrôle médical.

- c) *Des mécanismes garantissant le respect de l'objectif d'évolution des dépenses fixé par le Parlement seront mis en place*

En cas d'échec des négociations entre les caisses d'assurance maladie et les professions de santé, il appartiendra au Gouvernement de fixer l'objectif d'évolution des dépenses par secteur de soins et le cas échéant par région, sur la base des taux d'évolution des dépenses de santé fixées par le Parlement.

Par ailleurs, pour chaque profession de santé, si les dépenses constatées sont supérieures à l'objectif fixé, des mécanismes d'ajustement seront mis en oeuvre. **Ainsi, pour les médecins, les revalorisations d'honoraires seront désormais conditionnées au respect de l'objectif fixé pour l'année précédente.** Elles seront, en outre, temporaires, c'est-à-dire susceptibles d'être remises en cause par l'Etat si l'objectif de l'année considérée n'est pas respecté.

2. Le développement des instruments de promotion des bonnes pratiques médicales

- a) *Le renforcement de la formation médicale*

La **formation initiale des médecins** est insuffisante en matière de bonne pratique et de juste prescription. Elle sera considérablement renforcée dans ces domaines. En outre, une place plus importante sera réservée à des enseignements d'économie de la santé.

Dès 1996, un dispositif de **formation continue obligatoire** sera mis en place, permettant aux médecins en exercice d'actualiser régulièrement leurs connaissances. Ce dispositif constitue un appui indispensable pour une

diffusion rapide des bonnes pratiques médicales. Des dispositifs analogues seront également prévus pour les autres professions de santé.

b) L'extension et le renforcement des références médicales opposables

A partir des références de bonnes pratiques, des références médicales opposables sont établies qui identifient les pratiques inutiles ou anormales et peuvent faire l'objet de contrôles et de sanctions par les caisses de sécurité sociale.

Ces références ne couvrent aujourd'hui qu'une partie de l'activité des médecins et n'ont qu'une valeur conventionnelle. Leur dispositif de contrôle est complexe et finalement peu contraignant.

Le Gouvernement a donc décidé, dès 1996 :

- **d'étendre le champ des références médicales opposables** à l'ensemble de l'activité des médecins et des professions de santé ;

- d'assurer la pérennité des références médicales opposables en l'absence d'accord annuel entre les caisses d'assurance maladie et les représentants des professions de santé en leur donnant une **base légale** ;

- de **simplifier et renforcer le mécanisme de contrôle et de sanctions** des références médicales opposables par les caisses d'assurance maladie, afin de le rendre plus efficace.

c) Le codage des actes et des pathologies

Les systèmes d'information existant dans le domaine de la santé ne permettent pas aujourd'hui de connaître la nature de l'activité médicale et les pathologies auxquelles elle se rapporte, les données recueillies étant exclusivement financières.

Pour y remédier, la loi du 4 janvier 1993 a prévu la mise en place d'un système de codage des actes et des pathologies permettant le recueil des informations nécessaires à la connaissance et au suivi des pratiques médicales, qui n'a pas encore été mis en oeuvre à ce jour.

Dès 1996, les dispositions nécessaires à une **exploitation effective du codage pour la biologie et le médicament** seront prises, grâce au démarrage de la télétransmission entre les caisses d'assurance maladie, les pharmaciens et les laboratoires d'analyse médicale.

Par ailleurs, à partir de 1996, la mise au point d'une **nomenclature unique des actes médicaux commune à la médecine de ville et à la médecine hospitalière** sera menée à bien. Il en sera de même des travaux nécessaires au codage des pathologies.

3. La réforme de l'offre de soins et la lutte contre les gaspillages

a) La reconversion des médecins vers la prévention

Dès 1996, pour permettre le développement de la médecine de prévention, sera mis en place un dispositif de reconversion des médecins, destiné à faciliter leur **reconversion de l'exercice libéral vers la médecine de prévention**, en particulier la médecine scolaire et la médecine du travail, ainsi que le propose la Caisse nationale d'assurance maladie.

b) L'expérimentation du passage préalable obligatoire par le généraliste

Aujourd'hui, les malades consultent indifféremment médecins généralistes et spécialistes, voire s'adressent directement à l'hôpital. Ceci empêche la coordination des soins indispensable à une prise en charge sanitaire de qualité.

Il est donc souhaitable d'expérimenter la différenciation des prises en charge : une prise en charge en première intention qui devrait être assurée prioritairement par le médecin généraliste et, s'il y a lieu, lorsque le médecin généraliste le juge utile, une prise en charge en deuxième intention assurée par les médecins spécialistes. Bien entendu, ce dispositif ne concernera pas certains spécialistes "de premier recours", tels que pédiatres, ophtalmologues, gynécologues.

Dès 1996, des dispositifs incitant les patients à s'adresser en première intention au généraliste, grâce à un mécanisme de modulation de la valeur du ticket modérateur, seront expérimentés dans quelques départements.

c) L'expérimentation des réseaux de soins pour la prise en charge en ville des pathologies lourdes

La prise en charge de pathologies lourdes est devenue médicalement possible dans le cadre de la médecine de ville. Mais cela exige une forte coordination des professionnels de santé et des structures de soins concernées, qui n'existe que trop peu aujourd'hui.

Dès 1996, seront expérimentés dans quelques départements, des dispositifs de prise en charge des pathologies lourdes (cancer, sida...) par des **réseaux de soins coordonnés avec l'hôpital**. L'expérimentation portera notamment sur les formes d'exercice, d'organisation et de rémunération forfaitaire susceptibles de favoriser le développement de ce type de prise en charge.

d) La généralisation du carnet de suivi médical

La loi du 4 janvier 1993 prévoit une généralisation progressive à l'ensemble de la population du dossier médical, tenu par le médecin, et du carnet médical de suivi, conservé par chaque assuré. Dans une première étape, engagée en 1995 mais qui a pris du retard, il a été prévu que ce dispositif s'applique aux personnes âgées de plus de 70 ans et atteintes de deux maladies au moins.

A partir de 1996, le carnet de suivi médical sera progressivement généralisé à l'ensemble de la population.

e) La lutte contre les gaspillages et les abus

Quatre types de mesures visant à lutter contre le gaspillage et les abus seront mis en oeuvre :

- le développement des médicaments génériques, c'est-à-dire des médicaments peu chers parce que leur brevet est tombé dans le domaine public ;

- l'adaptation du conditionnement des médicaments afin que ne soient délivrée que la quantité de médicaments nécessaires au traitement ;

- la mise en place d'une photo sur les cartes d'assurés sociaux ;

- le paiement d'avance, hors urgence, de leurs frais d'hospitalisation par les étrangers non résidents.

Votre rapporteur approuve particulièrement ces deux dernières mesures, qui lui paraissent de bon sens et susceptibles de mettre un terme à certains des abus les plus criants.

Les dettes des régimes de sécurité sociale étrangers envers le régime général français au titre de l'assurance maladie

Votre rapporteur souhaitait depuis longtemps obtenir des informations précises sur les créances d'assurance maladie détenues par la France sur les Etats étrangers, y compris les Etats non membres de l'Espace économique européen. La réponse qui lui a été enfin apportée cette année fournit des éléments d'information intéressants.

1. Les Etats membres de l'Espace économique européen

Les dettes des régimes étrangers de sécurité sociale vis-à-vis du régime général français correspondent aux prestations en nature d'assurance maladie, maternité ou accident du travail servies aux bénéficiaires de ces régimes en séjour temporaire ou résidant en France. Ces prestations sont servies pour le compte des régimes étrangers en application, pour les Etats membres de la Communauté européenne et de l'Espace économique européen, des règlements de coordination des régimes nationaux de sécurité sociale (règlements CEE n° 1408/71 et n° 574/72, adoptés sur la base de l'article 51 du traité) et, pour les Etats non membres, des différentes conventions bilatérales de sécurité sociale passées par la France.

S'agissant des relations intracommunautaires, le tableau ci-dessous indique, pour chaque Etat membre, le montant des créances françaises introduites au cours des six derniers exercices (1989-1994). Pour chaque exercice, ces créances portent sur les prestations servies au cours de l'année de référence et au cours des années antérieures.

Créances françaises d'assurance maladie sur les Etats membres de la CEE et de l'EEE introduites au cours des années 1989 à 1994

(en millions de francs)

Etat membre	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Allemagne	216,7	114,5	268,8	307,8	535,5	565,6
Autriche (1)	0	0	0	0	0	0,16
Belgique	102,9	75,4	137,4	160,7	255,8	343,9
Danemark (2)	-	-	-	-	-	-
Espagne	38,7	30,1	63,4	76,5	125,6	123,7
Grèce	9,7	7,9	14,9	18,3	47,0	38,2
Irlande (2)	-	-	-	-	-	-
Italie	699,0	438,0	1.020,4	1.146,7	1.757,9	1.316,2
Luxembourg	91,2	55,7	130,3	171,8	301,7	366,6
Pays-Bas	5,0	2,3	6,7	7,9	14,5	15,3
Portugal	21,5	17,7	32,0	39,9	79,8	93,8
Royaume-Uni	24,0	12,8	33,6	44,4	90,0	114,3
Suède (1)	0	0	0	0	0	0,11
Total	1.208,7	754,5	1.707,7	1.974,0	3.207,8	2.977,8

(1) Etat membre de l'Espace économique européen (EEE) depuis le 1er janvier 1994, date à compter de laquelle les règlements européens de coordination lui sont devenus applicables, et membre de l'Union européenne depuis le 1er janvier 1995

(2) Etat lié à la France par un accord bilatéral de renonciation réciproque à remboursement.

Toutefois, l'année 1994 fait apparaître une inflexion très sensible du poids relatif de l'Italie, qui passe de 54,8 % en 1993 à 44,2 %, en raison des restrictions apportées par ce pays à l'accès aux soins en France.

L'augmentation globale des créances françaises s'explique par les trois facteurs suivants :

- l'augmentation importante sur la période du coût des soins de santé en France, surtout des soins hospitaliers ;

- la montée en charge des dispositifs communautaires pour l'Espagne et le Portugal, Etats membres depuis le 1er janvier 1986 ;

- la réduction des délais d'introduction depuis 1991, qui a gonflé artificiellement les montants annuels, et la dénonciation d'accords de renonciation à remboursements.

Le tableau ci-dessous indique, par Etat membre et pour la même période, le solde cumulé au 31 décembre des créances restant à régler.

**Solde des créances restant à régler au 31 décembre
des années 1989 à 1994**

(en millions de francs)

Etat membre	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Allemagne	320,0	202,7	329,7	443,6	695,1	734,8
Belgique	141,5	115,3	217,7	209,6	365,8	589,7
Danemark	-	-	-	-	-	-
Espagne	48,8	69,4	125,2	186,5	292,9	364,3
Grèce	15,4	18,3	28,7	44,7	69,3	50,1
Irlande	-	-	-	-	-	-
Italie	855,1	551,7	1.163,2	1.789,6	2.087,4	1.751,4
Luxembourg	89,7	88,7	127,9	211,7	308,0	480,9
Pays-Bas	8,6	10,8	6,7	10,1	18,3	21,1
Portugal	38,4	52,8	81,4	120,2	191,3	265
Royaume-Uni	47,3	60,1	46,8	91,2	148,5	237
Suède	0	0	0	0	0	0,11
Total	1.564,8	1.169,7	2.127,5	3.107,1	4.176,7	4.494,5

Compte tenu des délais d'introduction, de vérification et de règlement de ces créances, les soldes en fin d'année ne peuvent être qu'importants.

Le gonflement global des soldes sur les quatre derniers exercices est à mettre en relation avec la réduction des délais d'introduction des créances françaises, résultat des améliorations sensibles opérées en la matière par les institutions françaises concernées.

Mais il reste que les procédures de vérification et de règlement des créances sont encore trop lourdes et génèrent des délais d'apurement trop importants. Les autorités françaises s'efforcent d'obtenir, sur le plan bilatéral et/ou sur le plan communautaire, des mesures propres à accélérer le règlement desdites créances. A cet égard, on peut signaler la passation d'un accord avec l'Italie en 1994 pour fixer des modalités complémentaires d'apurement des créances réciproques.

2. Les autres Etats

En ce qui concerne les Etats ne relevant pas de l'accord sur l'Espace économique européen, il faut noter que de nombreuses conventions ne comportent pas de dispositions de coordination en matière d'assurance maladie-maternité ou ne comportent que des dispositions beaucoup plus restrictives que celles prévues par les règlements communautaires. De plus, le bénéfice des prestations en nature est souvent limité aux cas de séjour ou de résidence dans le pays d'origine de l'intéressé, ce qui limite la portée de ces accords, pour les soins reçus en France, aux seuls ressortissants français assurés des régimes étrangers concernés.

Les montants en jeu sont par conséquent sans commune mesure avec les montants mentionnés plus haut et, mis à part les relations avec l'Algérie, sont négligeables.

Par ailleurs, du fait que les créances ne sont pas en général déterminées par les organismes de sécurité sociale, mais des commissions mixtes, à l'issue desquelles elles sont introduites et réglées selon les échéanciers arrêtés par ces instances, la présentation de tableaux analogues aux précédents est très difficile et le résultat ne serait pas significatif.

On peut cependant indiquer qu'au cours de l'année 1994, les règlements de créances françaises se sont élevés à 167,5 millions de francs, montant dont 92,7 % correspondaient à des créances sur le régime algérien et 5,8 % à des créances sur le régime autrichien de sécurité sociale. Les dettes autrichiennes remboursées en 1994 l'ont été au titre d'années précédant l'entrée en vigueur du Traité EEE.

La part du régime algérien s'explique par l'existence d'un protocole annexe à la convention de sécurité sociale franco-algérienne permettant aux ressortissants algériens assurés sociaux, travailleurs ou fonctionnaires, de venir recevoir des soins de santé en France, pris en charge par le régime français pour le compte du régime algérien. Celle du régime autrichien s'explique, en outre, par la proximité des deux pays et les flux touristiques, par le fait que la convention bilatérale antérieure était déjà très proche dans ses dispositions des règlements communautaires.

4. La mise en place de la carte santé

Le développement d'un système d'information et de gestion moderne dans le secteur de la santé et de l'assurance maladie suppose la généralisation des échanges informatiques.

C'est l'objet du projet SESAM qui prévoit **la disparition progressive de la feuille de soins et son remplacement par un système d'échanges informatiques entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé.** Ce système sera sécurisé par des cartes d'accès au réseau, carte d'assuré social (VITALE) et carte de professionnel de santé (CPS).

Malgré son importance, ce projet tarde à se mettre en place alors que nos voisins, et notamment l'Allemagne, se sont déjà dotés de dispositifs comparables. Ce processus indispensable à la modernisation de l'organisation de notre système de soins doit donc être accéléré.

Les textes nécessaires seront pris au début de 1996 afin de permettre la généralisation progressive du dispositif à partir de 1997. Dès 1996, la télétransmission démarrera dans les secteurs de la pharmacie et de la biologie de ville. A cette occasion, la vignette sera progressivement supprimée et remplacée par un système de codes barres sur les boîtes de médicaments.

II. LES MESURES D'EFFET IMMÉDIAT

L'ensemble des réformes structurelles voulues par le Gouvernement, et approuvées par votre rapporteur, devrait rendre le système de santé enfin pilotable. Toutefois, par leur ampleur et leur technicité, ces réformes ne pourront pas être mises en oeuvre sans délais. **Dans l'immédiat, le Gouvernement se propose de réduire des deux tiers le déficit tendanciel de la branche maladie du régime général dès 1996, et de la ramener à l'équilibre en 1997, par une série de mesures plus ponctuelles.**

A. LES MESURES D'ÉCONOMIE

1. L'indexation sur les prix des dépenses de médecine de ville

Alors que les accords conventionnels pour 1995 prévoyaient une évolution des dépenses de médecine (honoraires, prescriptions, pharmacie, biologie, indemnités journalières) de 3 %, elles augmenteront en fait de 5,9 %.

Un tel rythme de progression, qui ne se traduit pas par une amélioration corrélative de la qualité des soins, n'est pas compatible avec les perspectives d'évolution des recettes dont disposera en 1996 et 1997 notre système de protection sociale.

C'est pourquoi, à l'instar de ce qui est décidé en matière d'hospitalisation publique pour 1996 et 1997, les **objectifs quantifiés nationaux d'évolution des dépenses de médecine de ville seront fixés au niveau des prix en 1996 et 1997.**

Des accords conventionnels devront décliner cette indexation pour chaque profession. En cas de carence, le Gouvernement sera habilité par la loi

à fixer l'OQN de la profession de santé concernée. Cette indexation sera d'autant plus efficace que des mécanismes visant à assurer le respect des OQN auront été mis en place.

Le rendement de cette mesure, par rapport aux évolutions tendanciennes, est estimé à 3,3 milliards de francs en 1996 et 7,2 milliards de francs en 1997.

2. L'indexation sur les prix de la dotation globale hospitalière

Le Gouvernement a décidé que le taux d'évolution de la dotation globale hospitalière serait égal à celui des prix tant en 1996 qu'en 1997. C'est un facteur d'économie et une incitation forte à la rationalisation et à l'amélioration de la productivité.

Pour faire respecter ces objectifs, le Gouvernement assurera en 1996 un suivi en temps réel de l'évolution des dépenses hospitalières et engagera les contrôles nécessaires en cas de dérive constatée. Ainsi, dès 1996, le système de suivi des dépenses hospitalières sera renforcé : **une mission nationale d'appui examinera au cas par cas les difficultés rencontrées et proposera des solutions pour que les objectifs soient respectés par les hôpitaux concernés.** En outre, aucun déficit 1996 ne sera repris en 1997.

Pour 1997, la loi prévoira l'opposabilité de la dotation globale hospitalière et dotera les agences régionales de l'hospitalisation des instruments juridiques nécessaires à son respect.

Le rendement de cette mesure pour 1996, déjà intégré dans les comptes prévisionnels, est estimé à 3,3 milliards de francs. Pour 1997, l'économie sera de 3,9 milliards de francs.

3. La réforme du mode de calcul des indemnités journalières maternité

Actuellement, les indemnités journalières versées par les caisses d'assurance maladie sont fixées en pourcentage du salaire brut et ne tiennent donc pas compte des cotisations sociales à la charge des salariés, les indemnités journalières maternité représentent aujourd'hui 106 % du salaire net.

Le mode de calcul des indemnités journalières maternité sera donc modifié pour ramener leur taux à 100 % du salaire net.

Cette mesure est analogue à celle qui, en 1993, a conduit à calculer les indemnités journalières d'accident du travail par référence au salaire net.

Le rendement de cette mesure est estimé à 600 millions de francs en 1996 comme en 1997.

4. La suspension partielle de la prise en charge des cotisations familiales des médecins du secteur I

Les 75.000 médecins conventionnés du secteur I bénéficient depuis 1990 de la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie de leurs cotisations d'allocations familiales : 1,145 milliard de francs de cotisations sont ainsi pris en charge par les différents régimes d'assurance maladie.

Le rythme très soutenu d'évolution des dépenses en 1995 (6 % contre 3 % initialement prévus) rend nécessaire la suspension partielle de cette prise en charge de cotisations familiales par l'assurance maladie en 1996.

Il s'agit d'une mesure provisoire. En effet, si les médecins respectent l'objectif quantifié fixé pour 1996, la prise en charge des cotisations familiales sera rétablie au 1er janvier 1997.

Pour éviter de pénaliser les médecins à faibles revenus, cette mesure ne portera cependant que sur les cotisations s'appliquant au-delà du plafond de la sécurité sociale.

En application de cette mesure, la prise en charge par la CNAMTS des cotisations familiales des médecins du secteur I sera ainsi réduite de 530 francs par mois en moyenne.

Le rendement de cette mesure en 1996 est estimé à 400 millions de francs pour le régime général et à 480 millions de francs pour l'ensemble des régimes d'assurances maladie. Elle ne devrait pas être reconduite en 1997.

B. LES MESURES DE GESTION

1. L'affiliation des médecins du secteur II au régime général d'assurance maladie

Cette mesure répond à deux objectifs :

- unifier les régimes de protection sociale des professionnels de santé : en effet, les médecins du secteur II sont majoritairement affiliés à la CANAM (caisse des professions libérales) et non à la CNAMTS comme les médecins du secteur I. Pour les médecins du secteur II, cette mesure se traduira par une hausse de leurs cotisations sociales, celles-ci étant supérieures dans le régime général :

- compenser partiellement pour la CNAMTS les effets du dépassement des objectifs quantifiés de dépenses de santé prévus pour 1995.

Cette affiliation obligatoire sera adoptée en même temps que la suspension partielle de la prise en charge des cotisations familiales pour les médecins du secteur I et entrera en vigueur au 1er janvier 1996.

Elle concerne 23.000 médecins du secteur II. Leurs cotisations sociales augmenteront en moyenne de 1.600 francs par mois.

Le rendement de la mesure est estimé à 1 milliard de francs en 1996 comme en 1997.

2. La contribution exceptionnelle à la charge de l'industrie pharmaceutique

Afin de compenser les effets du dépassement de l'objectif d'évolution des remboursements de médicaments en 1995 (8,5 % contre 6 % prévus), une contribution exceptionnelle et provisoire sera demandée à l'industrie pharmaceutique selon des modalités négociées avec celle-ci.

Le rendement de la mesure est estimé à 2,5 milliards de francs pour 1996

3. La création d'un fonds mutuel d'informatisation des cabinets médicaux

L'informatisation des cabinets médicaux est indispensable pour améliorer la connaissance du fonctionnement du système de santé et le suivi en temps réel de la réalisation des objectifs d'évolution annuels.

Une contribution des médecins, dont les modalités restent à définir, sera donc créée pour assurer le financement d'un fonds mutuel d'informatisation des cabinets médicaux.

Il ne s'agit pas d'une recette définitive, puisque les sommes collectées seront redistribuées à mesure que l'informatisation des cabinets progressera.

Le rendement de la mesure est estimé à 900 millions de francs en 1996 et 800 millions de francs en 1997.

4. La facturation des frais de recours contre tiers

Les recours contre tiers visent à permettre aux branches maladie et accident du travail de récupérer les frais médicaux engagés par les victimes d'accidents, sur les responsables de ces accidents. Le nombre de recours contre tiers dans le régime général est de 337.000 environ, y compris les accidents du travail. Ces recours représentent actuellement 4,8 milliards de francs de refacturation, dont 3,2 milliards de francs pour la branche maladie.

Les compagnies d'assurance versent l'essentiel de ces sommes, car les accidents sont généralement couverts par une police d'assurance (assurance automobile, habitation ou scolaire pour les particuliers, assurances des professionnels et des entreprises, etc...).

Pour autant, les branches concernées ne refacturent pas les coûts de gestion et de procédure (frais d'avocats, dépens...) des procédures de recours contre tiers. **Les cotisations des assurés supportent donc ces coûts qui devraient être logiquement à la charge des responsables d'accident.**

La mesure arrêtée consiste à facturer, en sus des frais médicaux, un **forfait de 5.000 francs pour frais de recours** lors de l'ouverture d'un dossier.

Le rendement de la mesure est estimé à 1 milliard de francs en 1996 comme en 1997 pour la branche maladie (0,5 milliard de francs pour la branche accidents du travail).

5. La refacturation des frais médicaux imputables aux maladies professionnelles

Par souci de clarification des comptes, la branche maladie sera autorisée à refacturer à la branche des accidents du travail la charge de remboursement des frais médicaux des travailleurs atteints d'affections ultérieurement reconnues comme maladies professionnelles.

En effet, le délai moyen de reconnaissance d'une maladie professionnelle est de huit mois, au cours desquels les remboursements des frais médicaux engagés sont à la charge de l'assurance maladie. Ces frais

peuvent être importants : pour une lombalgie aiguë d'origine professionnelle, on estime ainsi à 200.000 francs les frais médicaux indûment mis à la charge de la branche maladie.

Cette mesure de gestion s'analyse donc comme un transfert de charges indues de la branche maladie vers la branche accidents du travail. **Son rendement est estimé à 1 milliard de francs en 1996 comme en 1997.**

C. UN PRÉLÈVEMENT NOUVEAU SUR LES REVENUS DE TRANSFERT

Alors que la retraite était dans les années 1960 largement synonyme de pauvreté, le niveau de vie des retraités s'est considérablement amélioré depuis la généralisation en 1975 de la retraite complémentaire obligatoire. Ainsi, le revenu moyen disponible des retraités est aujourd'hui comparable à celui des actifs, voire supérieur.

Pour autant, les retraités participent aujourd'hui de manière limitée au financement de l'assurance maladie. La cotisation maladie des retraités s'élève aujourd'hui à 1,4 % de la retraite de base et 2,4 % des retraites complémentaires, à comparer à 6,8 % pour les actifs, quel que soit le niveau de leurs revenus. Par ailleurs, les retraités non imposables, qui représentent 58 % de l'ensemble des retraités, ne supportent aucune contribution. De même, les chômeurs dont l'allocation chômage est supérieure au SMIC (soit 20 % des chômeurs) sont assujettis à une cotisation maladie de 1,4 %.

Le Gouvernement entend demander un effort de solidarité aux retraités imposables et aux chômeurs dont l'allocation chômage est supérieure au SMIC, sous forme d'un **relèvement de 2,4 points de leur cotisation maladie** qui s'effectuera en deux temps (1,2 point en 1996, puis 1,2 point en 1997).

Le rendement de cette mesure est estimé à 7,1 milliards de francs en 1996 et 14,9 milliards de francs en 1997.

Tableau récapitulatif de l'impact financier des mesures d'effet immédiat sur la branche maladie

Déficit tendanciel (hors charge d'intérêts) <i>(en milliards de francs)</i>	1995	1996	1997
	- 33,8	- 30,1	- 27,5

Economies <i>(en milliards de francs)</i>	1996	1997
Evolution de l'objectif quantifié national des dépenses de médecine de ville.....	3,3	7,2
Evolution de la dotation globale hospitalière	0	3,9
Réforme du mode de calcul des indemnités journalières de maternité.....	0,6	0,6
Suspension partielle de la prise en charge des cotisations familiales des médecins du secteur I	0,4	-
Total	4,3	11,7

Mesures de gestion <i>(en milliards de francs)</i>	1996	1997
Affiliation des médecins du secteur II à la CNAMTS.....	1,0	1,1
Contribution exceptionnelle de l'industrie pharmaceutique	2,5	-
Création d'un fonds de mutualisation pour l'informatisation des cabinets médicaux	0,9	0,8
Frais de recours contre tiers	1,0	1,0
Refacturation des frais médicaux des maladies professionnelles.....	1,0	1,0
Total	6,4	3,9

Prélèvements <i>(en milliards de francs)</i>	1996	1997
Cotisations sur les revenus de transfert	7,1	14,9

Solde redressé <i>(en milliards de francs)</i>	1996	1997
	- 12,3	+ 3

CHAPITRE III

LES MOYENS BUDGETAIRES RESTENT BIEN MODESTES

Le budget de la Santé publique et des services communs regroupe, d'une part, l'ensemble des moyens de fonctionnement communs aux ministères sociaux et, d'autre part, les crédits d'intervention dans le domaine de la santé publique.

Ainsi définis, les crédits du ministère de la Santé publique et des services communs pour 1996 s'élèvent à 8,271 milliards de francs, en progression, à structure constante, de + 3,2 % par rapport au budget voté de 1995.

(en millions de francs)

Nature des crédits	Budget voté de 1995	Loi de finances initiale pour 1996	Différence 1995-1996	Evolution 1995-1996 en %
Titre III - Moyens des services	5.055,7	5.187,3	131,6	2,6
Titre IV - Interventions publiques	2.443,4	2.683,7	240,3	9,8
Total des dépenses ordinaires	7.499,1	7.871,0	371,9	5,0
Titre V - Investissements exécutés par l'Etat				
AP	86,7	82,3	-4,4	-5,1
CP	75,7	77,1	1,4	1,8
Titre VI - Subventions d'investissement accordées par l'Etat				
AP	441,1	327,8	-113,3	-25,7
CP	441,1	322,5	-118,6	-26,9
Total des dépenses en capital				
AP	527,8	410,1	-117,7	-22,3
CP	516,8	399,6	-117,2	-22,7
TOTAL GENERAL (DO+CP)	8.015,9	8.270,6	254,7	3,2

Le tableau ci-dessus montre que les dépenses d'équipement, comme il est d'usage en période de très forte contrainte budgétaire, font les frais de la rigueur : en diminution de - 22,7 %, elles ne représentent que 4,8 % du budget de la Santé publique et des services communs.

En revanche, les moyens de fonctionnement des services, en progression de + 2,6 % sont préservés, tandis que les dépenses d'intervention enregistrent une hausse sensible de + 9,8 %. Ces deux catégories de crédits représentent respectivement 62,7 % et 32,5 % du budget de la Santé publique et des services communs.

I. LES MOYENS DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES COMMUNS AUX ADMINISTRATIONS SOCIALES

Ces dépenses d'administration générale regroupent principalement deux ensembles :

- les **dépenses de personnel** (rémunérations principales et accessoires, action sociale, formation, remboursements de dépenses de personnel aux départements). Cet ensemble s'élève à 3,75 milliards de francs, en progression de + 3,4 % par rapport à 1995, et représente 75 % de l'agrégat "Administration générale" des dépenses ;

- les **dépenses de fonctionnement et d'équipement** (administration centrale, y compris les crédits de communication, services déconcentrés, informatique, statistiques et études, moyens d'équipement administratif). Cet ensemble s'élève à 1,19 milliards de francs, en diminution de 1,9 % par rapport à 1995, et représente 23,5 % de l'agrégat "Administration générale".

A ces deux ensembles, il convient d'ajouter les moyens de fonctionnement de l'Ecole nationale de la santé publique et les frais de justice.

Au total, **les crédits des services communs aux trois ministères sociaux s'élèvent à 5,088 milliards de francs pour 1996, en progression de 2 % par rapport à 1995**, soit un simple maintien à niveau en francs constants.

A. LES MOYENS HUMAINS

Pour 1996, **36 créations d'emplois** sont prévues : 15 dans les services déconcentrés et 21 dans les services centraux. Les effectifs de l'administration sanitaire et sociale s'élèveront alors à **14.328 emplois**, dont 11.836 dans les services déconcentrés et 2.492 dans les services centraux. Ce renforcement quantitatif se double d'améliorations qualitatives.

a) Un renforcement qualitatif des services déconcentrés pour l'accomplissement de leurs tâches de contrôle

Le projet de loi de finances pour 1996 prévoit, par transformation d'emplois de catégories B et C actuellement gelés, un renforcement des effectifs de médecins (+ 18), de pharmaciens inspecteurs de santé publique (+ 18 également) et d'inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (+ 23).

b) Une revalorisation du statut de l'encadrement supérieur des services déconcentrés

Le projet de loi de finances pour 1996 prévoit trois mesures complémentaires à ce titre :

- la création d'un nouvel emploi fonctionnel de directeur-adjoint, qui entraîne la transformation de 50 emplois d'inspecteurs des affaires sanitaires et sociales ;

- la revalorisation des primes des directeurs régionaux et départementaux ;

- le remodelage du classement indiciaire des directeurs régionaux et départementaux.

c) Un effort en faveur de la catégorie C

Le projet de loi de finances pour 1996 propose d'apurer les situations de surnombre existant dans certains corps des services déconcentrés et d'administration centrale, ce qui permettra de reprendre les recrutements et de développer la promotion interne.

d) Des moyens accrus en faveur du dispositif de formation

L'accord-cadre relatif à la formation prévoyait une augmentation de 12 % par an des crédits correspondants sur les exercices 1994, 1995 et 1996. L'an dernier, cet engagement avait été tenu pour les seuls services déconcentrés. En 1996, il le sera pour l'administration centrale dont les crédits de formation enregistrent une hausse de 12 %, pour atteindre 4,3 millions de francs (chapitre 37-05, article 10).

Votre rapporteur apprécie ces efforts visant à améliorer les moyens humains des administrations sanitaires et sociales. Il craint cependant qu'ils ne soient pas à la mesure du problème.

Ces administrations souffrent en effet de façon récurrente d'une insuffisance quantitative et qualitative de personnel, qui leur interdit d'exercer de façon correcte leurs fonctions de tutelle et de conception. Cette insuffisance n'est d'ailleurs pas étrangère à l'absence de maîtrise du système de soins et à la dérive des dépenses d'assurance maladie, et il conviendra d'y remédier pour accompagner la vaste réforme voulue par le Gouvernement.

B. LES MOYENS MATÉRIELS DE SERVICES CENTRAUX

Le chapitre 34-98 regroupe l'ensemble des moyens de fonctionnement des services centraux des trois ministères sociaux. **A structure constante, la dotation de ce chapitre est reconduite à son niveau de 1995, soit 170,9 millions de francs**. Toutefois, les dépenses de téléphone antérieurement inscrites au chapitre 34-93 lui sont rattachées en 1996, pour un montant de 13,3 millions de francs : ce qui a pour effet de porter sa dotation à 184,6 millions de francs, en hausse de + 8,4 % par rapport à 1995.

Il convient de remarquer que ces dépenses de télécommunication transférées sont simplement reconduites à leur niveau de 1995, **ce qui ne permettra pas d'apurer la dette des services centraux à l'égard de France Télécom, de l'ordre de 30 millions de francs**.

Enfin, 31 millions de francs d'autorisations de programme et 23 millions de francs de crédits de paiements sont prévues en 1996 pour l'équipement administratif (article 57-93, article 10), soit des hausses respectivement de + 32,3 % et + 23,7 %. Ces crédits d'équipement permettront d'amorcer un programme indispensable d'entretien et de valorisation de l'îlot "Fontenoy", **dont le coût total est estimé à 100 millions de francs**.

C. LES MOYENS MATÉRIELS DES SERVICES

Les moyens de fonctionnement des services déconcentrés (chapitre 37-13) sont mis à contribution pour la réduction des déficits publics : **à structure constante, les crédits concernés s'établissent à 761 millions de francs**, en diminution de 3,7 % par rapport à 1995 (790 millions de francs). Les dépenses de gestion du RMI participent à cet effort d'économie, à hauteur de 3,6 millions de francs.

Toutefois, ce chapitre budgétaire enregistre en 1996 des transferts correspondant soit à la prise en charge de fonctions nouvelles (instances régionales de l'hémovigilance et de la surveillance épidémiologique), soit à la globalisation de moyens jusque là imputés sur des chapitres spécialisés (informatique, formation) : par le jeu de ces transferts, la dotation du

chapitre 37-13 atteint 783,6 millions de francs, mais reste en retrait de 1 % à son montant de 1995.

Les crédits d'équipement des services déconcentrés (chapitre 57-93, article 30) diminuent de - 19,1 % en autorisations de programme, pour s'établir à 39 millions de francs, mais augmentent très légèrement de + 2,2 % en crédits de paiement, pour atteindre 42 millions de francs. Ils permettront d'assurer la programmation d'opérations de regroupement des services au chef-lieu de région.

D. LES DÉPENSES D'INFORMATIQUE

Avec un montant de 140,1 millions de francs pour 1996, **les crédits d'informatique diminuent, à structure constante, de - 3,4 % par rapport au budget voté de 1995** (145,1 millions de francs). La diminution apparemment plus importante de - 9,9 % de la dotation inscrite au chapitre 34-95, qui s'établit à 130,8 millions de francs, résulte des transferts intervenus dans le cadre de la globalisation des moyens des services déconcentrés au sein du chapitre 37-13.

II. LES INTERVENTIONS SANITAIRES

Les crédits du ministère de la Santé publique et des services communs consacrés aux **interventions sanitaires** s'élèvent à **3,182 milliards de francs, en hausse de 5 %** par rapport à 1996.

A. LES SUBVENTIONS DE FONCTIONNEMENT AUX ÉTABLISSEMENTS NATIONAUX SANITAIRES

Les subventions de fonctionnement aux établissements nationaux à caractère sanitaire (chapitre 36-81) s'élèvent à **176,4 millions de francs pour 1996, en progression de + 6 %** par rapport à 1995.

- L'Agence nationale du médicament

La participation de l'Etat au fonctionnement de cet établissement pour 1996 atteint **74,8 millions de francs** contre 63,8 millions de francs en 1995, **soit une augmentation de 16 %**.

L'Agence participe à l'effort de maîtrise des dépenses publiques, par mesure de révision des services votés de 7,3 millions de francs qui

correspondant à la consolidation de la régulation budgétaire opérée en 1995. Mais par ailleurs, 14,7 millions de francs de mesures nouvelles sont prévues.

- L'Agence française du sang

Le montant de la subvention à l'Agence française du sang est affecté par une mesure de révision des services votés de 2,9 millions de francs et par le transfert de 2,9 millions de francs vers le chapitre 37-13, afin de permettre le financement des services de coordination de l'hémovigilance. Au total, la participation de l'Etat au fonctionnement de l'Agence française du sang s'établit en 1996 à **30,7 millions de francs**, en **diminution de - 13,5 %** par rapport à 1995.

- L'Office de protection contre les rayonnements ionisants.

La subvention à l'Office augmente de 43,9 millions de francs en 1995, à **47,5 millions de francs en 1996**, soit une **hausse de 8 %**. Cette augmentation résulte de l'inscription d'une provision pour hausse des rémunérations de 0,46 million de francs, d'une révision des services votés de 0,88 millions de francs au titre de la consolidation de la régulation budgétaire, et d'une mesure nouvelle d'ajustement aux besoins de 4 millions de francs.

- L'Établissement français des greffes.

Cette année voit la consolidation de la subvention accordée à l'Établissement en gestion 1995, soit 18 millions de francs. Après l'inscription d'une provision pour hausse des rémunérations, ainsi que des moyens nouveaux nécessaires à la mise en place d'un registre national des refus et à l'amélioration de la gestion des cornées, son montant s'établit pour 1996 à **20,5 millions de francs**, en **augmentation de + 13,8 %** par rapport à 1995.

- L'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Le montant de la subvention versée par l'Etat en 1996 progresse du seul montant de la provision accordée pour hausse des rémunérations (330.000 francs), pour atteindre **2,8 millions de francs**, soit une **augmentation de 1,2 % par rapport à 1995**.

B. LES MOYENS DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES

Les crédits consacrés aux programmes et dispositifs de lutte contre les toxicomanies (chapitre 47-15) sont abondés par une mesure nouvelle de 36 millions de francs qui leur permet de progresser de + 3,3 %, pour atteindre 639,5 millions de francs.

L'action interministérielle de lutte contre la toxicomanie (chapitre 47-16) progresse de 7 %, pour atteindre 230 millions de francs.

En revanche, les crédits consacrés aux programmes et dispositifs de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme (chapitre 47-17) sont simplement maintenus au niveau de 185,5 millions de francs.

C. LES MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Le nombre de cas de SIDA diagnostiqués est de 5.631 pour 1994 et de 2.711 pour le premier semestre 1995. Depuis le début de l'épidémie, 36.982 cas de SIDA ont été notifiés, dont 60,8 % sont connus comme étant décédés.

L'aggravation de l'épidémie de SIDA a conduit le gouvernement à proposer un **effort budgétaire exceptionnel : 156,1 millions de francs de mesures nouvelles** sont prévues à ce titre par le projet de loi de finances pour 1996, ce qui représente une **augmentation de + 53 % par rapport à 1995**.

Cet effort porte le montant du chapitre 47-18 de 292,1 millions de francs à **447,6 millions de francs**. Les 100 millions de francs de crédits ouverts en 1995 par le collectif du 4 août se trouvent ainsi intégrés dans la base budgétaire. Par ailleurs, une mesure d'ajustement de + 2,5 millions de francs accompagne la montée en charge du dispositif de remboursement des consultations de dépistage, la dotation correspondante étant ainsi portée à 20,6 millions de francs.

D. LES MOYENS DE LA FORMATION MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

Les crédits consacrés à la **formation et au recyclage des professions médicales et paramédicales** (chapitre 43-32) diminuent en 1995 de - 4,8 %, pour s'établir à **388,4 millions de francs**. Cette diminution sensible résulte de trois mesures de contribution à l'effort de maîtrise des dépenses de l'Etat :

- une réduction de - 10,8 millions de francs des crédits des écoles de formation des sages-femmes et des professionnels paramédicaux ;

- une réduction de - 2,1 millions de francs des crédits de formation des étudiants en médecine en odontologie et en pharmacie ;

- une réduction de - 7,7 millions de francs des crédits de l'année-recherche de l'internat en médecine et en pharmacie.

Par ailleurs, le montant du chapitre 43-32 est encore diminué par le transfert de certains crédits dans le cadre de la globalisation des moyens des services déconcentrés.

En revanche, les crédits consacrés aux **bourses de l'enseignement sanitaire** (chapitre 43-34) enregistrent une progression importante de + **15 %** en raison de l'extension en année pleine des mesures de revalorisation des bourses intervenues en 1995 (+ 25,3 millions de francs) et de la nouvelle revalorisation prévue en 1996 (+ 3,8 millions de francs), ce qui porte leur montant à **227,8 millions de francs**.

E. LES MOYENS CONSACRÉS À LA SANTÉ DES POPULATIONS ET À LA VEILLE SANITAIRE

Les crédits affectés aux **programmes et dispositifs en faveur de la santé des populations** (chapitre 47-11) sont portés de 281 millions de francs en 1995 à **301 millions de francs** pour 1996, soit une hausse de + **9 %**. Les transferts et les mesures de révision des services votés s'élèvent à 13,1 millions de francs tandis que le montant des mesures nouvelles est de 39,5 millions de francs.

Une partie de ces moyens nouveaux, à hauteur de 19 millions de francs, est destinée aux services de santé dans les territoires d'outre-mer, notamment pour renforcer le dispositif de santé de Wallis et Futuma. Les 20,5 millions de francs de crédits ouverts par ailleurs permettent d'intégrer dans la base budgétaire le dispositif d'accès aux soins des plus démunis mis en place par la loi de finances rectificative pour 1994.

Les crédits consacrés aux **programmes et dispositifs de veille sanitaire** (chapitre 47-12) progressent en 1996 de + **5 %** pour atteindre **116,1 millions de francs**, alors qu'ils n'avaient pas augmenté en 1995.

Les 18,5 millions de francs de mesures nouvelles que recouvre cette hausse bénéficient aux contrôles d'hygiène des DRASS (5,5 millions de francs), aux Observatoires régionaux de la santé (4,5 millions de francs), au Réseau national de santé publique (3 millions de francs), à l'Institut Pasteur

(2,5 millions de francs) et permettent la création de l'Observatoire des accidents domestiques.

F. LES DÉPENSES D'ÉQUIPEMENT SANITAIRE

Les **subventions d'équipement sanitaire accordées par l'Etat** pour 1996 s'élèvent à 327,8 millions de francs en autorisations de programme et à 322,5 millions de francs en crédits de paiement, **en diminution respectivement de - 25,7 % et - 26,9 % par rapport à 1995.**

Ces crédits fortement réduits sont destinés à financer :

- la modernisation des CHR et des établissements d'intérêt national (105,8 millions de francs en AP et 86,7 millions de francs en CP) ;

- la modernisation des établissements de soin et de cure (196 millions de francs en AP et 212,8 millions de francs en CP) ;

- les investissements en matière de psychiatrie extrahospitalière et de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme (20 millions de francs en AP et 17 millions de francs en CP) ;

- les programmes de recherche de l'Office de protection contre les rayonnements ionisants (6 millions de francs en AP comme en CP).

Votre rapporteur s'inquiète de cette forte diminution des subventions d'équipements sanitaires, même s'il comprend bien qu'elle obéit à l'impératif de maîtrise des dépenses budgétaires.

En effet, si les établissements hospitaliers participant à l'exécution du service public sont autonomes et réalisent leurs investissements sur leurs ressources propres complétées par des emprunts, l'Etat subventionne certaines opérations présentant un caractère prioritaire. La programmation de ces opérations subventionnées s'effectue avec l'objectif de corriger les inégalités existantes entre les établissements et entre les régions.

Autant il est nécessaire de réduire les surcapacités hospitalières, autant il apparaît opportun de préserver ce poste de dépense budgétaire qui exerce un effet de levier important pour l'adaptation du dispositif de soins.