

N° 79

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1994-1995

Annexe au procès verbal de la séance du 22 novembre 1994.

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 1995, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Jean ARTHUIS,

Sénateur,

Rapporteur général.

TOME III

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

ANNEXE N° 2

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

Rapporteur spécial : M. Jacques OUDIN

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale (10ème législ.) : 1530, 1560 à 1565 et T.A. 282.

Sénat : 78 (1994-1995).

Lois de finances.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
PRINCIPALES OBSERVATIONS	7
CHAPITRE PREMIER : LA SITUATION FINANCIÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	11
I- LE RÔLE DU PARLEMENT EN MATIÈRE DE FINANCES SOCIALES EST ENFIN RENFORCÉ	11
A. LE PARLEMENT A TROP LONGTEMPS ÉTÉ TENU À L'ÉCART DANS CE DOMAINE	11
1. Un partage de compétences défavorable au Parlement ..	11
2. Une prise de conscience due à une situation profondément dégradée	12
3. Un débat nécessaire	13
B. L'APPUI PRÊTE PAR LA COUR DES COMPTES AU PARLEMENT POUR LE CONTRÔLE DES FINANCES SOCIALES	14
1. La contribution de la Cour des comptes à l'information parlementaire	14
2. Une extension des attributions de la Cour en matière de comptes sociaux	15
3. Le nouveau rapport	16
II - UNE SUCCESSION RAPPROCHÉE DE RÉFORMES	17
A. DES MESURES FINANCIÈRES COURAGEUSES	18
1. La réforme des retraites	18
2. La création du Fonds de solidarité vieillesse	18
3. La reprise par l'Etat de la dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale	19
4. Le plan de redressement de l'assurance maladie	19
B. DES MESURES DE RATIONALISATION ATTENDUES	20
1. La séparation de la gestion de trésorerie des branches du régime général	20
2. La régularisation des versements de l'Etat au régime général	21
3. La compensation par l'Etat des nouvelles exonérations de cotisations	21
4. Le renforcement de la branche du recouvrement	22
III - UNE SITUATION TOUJOURS PREOCCUPANTE	23
A. LE DÉFICIT DU RÉGIME GÉNÉRAL A PU ÊTRE STABILISÉ	23

B. LA SITUATION DES AUTRES REGIMES RESTE ALARMANTE	25
C. DES FINANCEMENTS D'URGENCE SONT INDISPENSABLES	27
1. Le solde de trésorerie négatif du régime général est financé dans l'immédiat par des mesures d'exception ...	27
2. Le problème du financement à court terme n'est pas résolu pour certains des autres régimes	29
IV - LE RETOUR A L'EQUILIBRE PASSE PAR UNE POLITIQUE DE MAITRISE DES DEPENSES	30
A. LA REFORME DU MODE DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE EST D'ACTUALITÉ	30
1. Les propositions d'élargissement de l'assiette des cotisations	30
2. Le débat sur les allègements de charges sociales	31
3. En dernier recours : la nécessité d'une ressource nouvelle?	31
B. LA MAITRISE DE LA DEPENSE RESTE LA SEULE SOLUTION DURABLE	33
1. Les prélèvements sociaux ont atteint un niveau très élevé	33
2. L'impératif de maîtrise des dépenses	34
CHAPITRE II : LE BUDGET DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ	37
I- L'EVOLUTION DES CREDITS : LA TRADUCTION BUDGETAIRE D'UNE VERITABLE PRIORITE	37
II- LES ACTIONS DANS LE DOMAINE SOCIAL	39
A. LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE	39
B. L'AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET AUX PERSONNES ÂGÉES	40
C. LA FORMATION DES PROFESSIONS SOCIALES	41
III- LES ACTIONS DANS LE DOMAINE SANITAIRE	42
A. LES CREDITS D'INTERVENTION	42
B. LES DÉPENSES D'INVESTISSEMENT	44
IV- LES MOYENS DES SERVICES	45
A. LES MOYENS DE FONCTIONNEMENT	45
B. LES PERSONNELS	46
CHAPITRE III : L'EFFORT DE MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ PORTE SES PREMIERS FRUITS	51
I- LE MYTHE DU "DÉSENGAGEMENT" DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ...	51
A. LES LIMITES D'UNE ANALYSE TRONQUÉE	51

1. L'évolution du financement de la dépense de santé	51
2. Une interprétation trop rapide	52
B. LA RÉALITÉ : UN DIFFÉRENTIEL ENTRE DEUX FORTS TAUX D'ACCROISSEMENT	53
1. Une dynamique de la dépense de santé plus forte en France que dans le reste de l'Europe	53
2. Une progression moins rapide des dépenses prises en charge par l'assurance maladie	54
II - L'ASSURANCE MALADIE EST AU COEUR DE LA STRATÉGIE DE MAÎTRISE DES DÉPENSES	55
A. LES PROJECTIONS DU GOUVERNEMENT	55
B. DES PREMIERS RÉSULTATS ENCOURAGEANTS MAIS FRAGILES POUR LA MÉDECINE AMBULATOIRE	59
1. Une évolution inférieure aux prévisions	59
2. Des résultats encore précaires	59
3. Une incertitude pour l'année à venir	60
4. L'extension du mécanisme des objectifs quantifiés nationaux	62
CHAPITRE IV : LA NÉCESSAIRE RATIONALISATION DE LA DEPENSE HOSPITALIERE	65
I - UNE DEPENSE ET DES EFFECTIFS EN FORTE CROISSANCE	65
A. L'HÔPITAL CONSTITUE LE PRINCIPAL POSTE DE LA DEPENSE DE SANTE	65
B. LA CROISSANCE DES EFFECTIFS	67
II - UN DISPOSITIF DE MAÎTRISE DES COÛTS ET D'ALLOCATION DES RESSOURCES INADEQUAT	69
A. DES OUTILS DE PLANIFICATION PEU EFFICACES	69
1. Les insuffisances de la carte sanitaire	69
2. Les résultats limités des SROS	71
3. Les obstacles aux restructurations	71
B. UNE MAÎTRISE BUDGETAIRE INSUFFISANTE	72
1. Le mécanisme de l'objectif quantifié national reste lacunaire	72
2. La politique d'autorisation des équipements médicaux lourds (EML) reste à préciser	73
3. Le mécanisme du budget global manque de sélectivité	73
III - LES PISTES DE REFORMES	80
A. FACILITER LES RESTRUCTURATIONS	80

1. La régionalisation	80
2. Les incitations financières	80
3. La mobilité des personnels	81
B. RENFORCER LA PLANIFICATION	81
1. La réorganisation préalable de la tutelle hospitalière ..	81
2. L'amélioration des outils de planification	82
3. La contractualisation	83
C. REVISER LES MODES D'ALLOCATION DES RESSOURCES	83
1. La légitimation de l'intervention de l'Etat	83
2. La réforme du mode d'allocation des ressources aux cliniques privées	84
3. La médicalisation du mode d'allocation des ressources aux hôpitaux publics	84

**CHAPITRE V : L'ACCROISSEMENT RAPIDE DES DEPENSES
D'ACTION SOCIALE** 87

I - LES DEPENSES D'ACTION SOCIALE PESENT LOURDEMENT SUR LES FINANCES DES DEPARTEMENTS	87
A. L'EVOLUTION DES DEPENSES D'ACTION SOCIALE AU COURS DES DIX DERNIERES ANNEES	87
B. UN EFFET D'EVICION SUR LES DEPENSES D'EQUIPEMENT DES DEPARTEMENTS	89
II - LES DEPENSES LIEES AU REVENU MINIMUM D'INSERTION	90
A. UNE EXPANSION NON MAÎTRISÉE	90
1. Un gonflement du stock des allocataires	90
2. Des flux d'entrée et de sortie importants	91
B. LA DELICATE COGESTION DU DISPOSITIF D'INSERTION	92
1. Une implication croissante des départements dans le financement de l'insertion	92
2. Le difficile fonctionnement des Commissions départementales d'insertion (CDI)	93
3. La nécessité d'améliorer le dispositif institutionnel	94
III - LES DÉPENSES D'ALLOCATIONS AUX ADULTES HANDICAPÉS	95
A. LA RÉFORME DE L'AAH	95
B. LE CHANGEMENT DE FINALITÉ DE L'ALLOCATION COMPENSATRICE	96
C. LE DÉBAT SUR L'ALLOCATION DÉPENDANCE	98

PRINCIPALES OBSERVATIONS

1. Des crédits qui évoluent aussi bien que le permet la situation budgétaire

Avec un taux de progression de ses crédits de 6,08 %, le budget des Affaires sociales et de la santé échappe à la rigueur générale. Cette hausse sensible fait en effet exception à la norme globale de progression des dépenses de 1,9 % affichée par le projet de loi de finances pour 1995.

2. Des progressions qui traduisent soit certains dysfonctionnements, soit une dégradation de la situation sociale.

En effet, l'essentiel de la progression du budget des Affaires sociales et de la santé est dû à l'augmentation spontanée des dépenses liées au RMI (+ 14,7 %), l'action sociale obligatoire (+ 5,5 %) et à l'AAH (+ 3,4 %).

Ces trois postes de dépenses passives, avec un montant total de 47,7 milliards de francs (19 milliards de francs pour le RMI, 18,7 milliards pour l'AAH, 10 milliards pour l'action sociale obligatoire), représentent à eux seuls 78 % de l'ensemble des crédits.

Le taux de progression relativement modéré de la dotation consacrée au financement de l'AAH laisse espérer que la dérive relevée par la Cour des Comptes dans son rapport de novembre 1993 est en voie d'être maîtrisée. Cette remise en ordre mériterait d'être étendue à l'allocation compensatrice liée à l'AAH, qui est à la charge des départements.

En revanche, le rythme d'accroissement trop rapide des crédits affectés au financement du RMI reste préoccupant. L'ensemble du dispositif mérite certainement d'être remis à plat.

Toutefois, le transfert partiel de la charge du financement de l'allocation proposé par l'article 49 du projet de loi de finances ne constitue certainement pas en soi une solution. Cette mesure semble, par ailleurs, inspirée par un soupçon quant à la bonne volonté et à l'esprit de responsabilité des départements, que votre rapporteur estime tout à fait injustifié.

3. Des objectifs clairement affirmés

Fort heureusement, le budget des Affaires sociales et de la santé ne traduit pas uniquement une augmentation subie de dépenses obligatoires. Il reflète également un choix politique clair contre l'exclusion et en faveur de la solidarité.

Ainsi, c'est tout à fait volontairement qu'ont été sensiblement accrus les crédits alloués aux centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS, + 10,5 %) ainsi que ceux consacrés aux centres d'aide par le travail (CAT, + 8,3 %).

Les efforts supplémentaires consentis en faveur de la lutte contre les toxicomanies (+ 15 %) et de la lutte contre le SIDA (+ 8,9 %) sont également notables, et indiquent bien quelles sont les priorités sanitaires du gouvernement.

Votre rapporteur avait régulièrement dénoncé dans ses rapports antérieurs le dénuement et l'inertie de l'administration des Affaires sociales et de la santé. Des améliorations notables en la matière sont observables depuis 1993.

Ainsi, la gestion des établissements sanitaires placés sous la tutelle du ministère fait preuve d'un dynamisme indéniable : installation de l'agence du médicament, intégration de l'ex-agence française de lutte contre le SIDA et de l'ex-laboratoire national de la santé, transformation du service central de protection contre les rayonnements ionisants en office, mise en place prochaine de l'établissement français des greffes. C'est en fait tout un pan stratégique de l'action de l'Etat qui est progressivement remis en ordre.

De même, la gestion du personnel semble plus active que par le passé. Non seulement les moyens humains du ministère sont légèrement accrus (+ 32 %), mais ils sont redéployés des services centraux vers les services déconcentrés. Ce mouvement accompagne une réorganisation particulièrement bienvenue des services extérieurs, qui vise à améliorer la coordination entre les DRASS et les DDASS. Par ailleurs, les crédits affectés à la formation permanente du personnel progressent en 1995 de 10 %

4. La faiblesse de certains moyens

En dépit du mouvement amorcé cette année, l'administration des Affaires sociales et de la santé reste pauvre en personnel, et notamment en cadres. Révélatrice de ce dénuement est l'importance des effectifs mis à la disposition des services centraux du ministère par les hôpitaux ou les caisses de sécurité sociale : 335 agents sur 2 675, soit 12,5 %. Ce taux s'élève à 20 % à la direction de la sécurité sociale et à 36 % à la direction des hôpitaux.(chapitre 34-94, article 61). Ce montant total de 40,2 millions de francs doit être comparé à la masse des dépenses hospitalières, qui devrait atteindre 231,7 milliards de francs en 1995.

Votre rapporteur s'interroge sur la compatibilité de mises à dispositions aussi massives avec les fonctions de contrôle et de tutelle du ministère, et appelle à leur résorption au moins partielle.

Votre rapporteur relève par ailleurs la modestie des crédits consacrés aux études et aux contrôles : 32,1 millions de francs pour les statistiques et les études générales (chapitre 34-94), 3,1 millions de francs pour la recherche (chapitre 57-93, article 70), et 2,2 millions de francs pour l'Inspection générale des Affaires sociales (chapitre 34-98, article 30).

Ce total de 37,4 millions de francs paraît bien faible au regard du volume des crédits dont le ministère des Affaires sociales et de la santé a la responsabilité directe et plus encore au regard de la masse des prestations gérées par les régimes de sécurité sociale, sur lesquels le ministère exerce sa tutelle.

Or, il semble nécessaire d'insister sur l'importance stratégique de l'information et du contrôle dans un secteur où des réformes lourdes de conséquences sont appelées à se succéder.

Il est impératif que les décisions de l'Etat dans le domaine social, qui engagent l'avenir de la nation, puissent s'appuyer sur des données exhaustives, pertinentes et fiables.

Votre rapporteur s'étonne en particulier de la faiblesse des crédits consacrés à la tutelle hospitalière. Une dotation de 30 millions de francs est inscrite à ce titre dans les dépenses diverses des services déconcentrés (chapitre 37-13, article 40). Une autre enveloppe de 5,8 millions de francs est affectée à l'informatique hospitalière (chapitre 34-95, article 30). Enfin, 4,4 millions de francs sont prévus pour le financement d'études sur les problèmes hospitaliers (chapitre 34-94, article 61). Ce montant total de 40,2 millions de francs doit être comparé à la masse des dépenses hospitalières, qui dépasse les 300 milliards de francs.

5. Le problème hospitalier

Alors que la politique de maîtrise des dépenses de santé commence à produire cette année des résultats tangibles, les dotations aux hôpitaux continuent de croître à un rythme trop rapide (+ 5,5 % pour l'hospitalisation publique et + 4,4 % pour l'hospitalisation privée en 1994).

Afin de rationaliser le système hospitalier, votre rapporteur avait proposé, dans ses précédents rapports, d'en régionaliser les structures et les modalités d'organisation.

Le récent rapport de la mission interministérielle sur les hôpitaux, commune aux inspections générales des affaires sociales, des finances et de l'administration, a notamment mis l'accent sur la nécessité de régionaliser la planification hospitalière, de renforcer les DRASS et de regrouper les établissements hospitaliers, sans toutefois retenir l'idée de réunir les hôpitaux publics en établissements régionaux.

Dans la ligne de ce rapport, le gouvernement a achevé le processus d'élaboration des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et accéléré la mise en oeuvre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui devrait permettre de lier enfin l'allocation des ressources aux hôpitaux à leur activité médicale réelle.

Votre rapporteur approuve ces orientations, tout en soulignant que le succès de cette réforme cruciale suppose aussi que le ministère des Affaires sociales et de la santé se donne les moyens matériels et humains d'exercer sa tutelle sur les hôpitaux.

CHAPITRE PREMIER

LA SITUATION FINANCIÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

I - LE RÔLE DU PARLEMENT EN MATIÈRE DE FINANCES SOCIALES EST ENFIN RENFORCÉ

A. LE PARLEMENT A TROP LONGTEMPS ÉTÉ TENU À L'ÉCART DANS CE DOMAINE

1. Un partage de compétences défavorable au Parlement

Le partage des compétences entre les gestionnaires des caisses de sécurité sociale, le Gouvernement et le Parlement a cantonné ce dernier dans un rôle secondaire en matière de finances sociales. Appelé à déterminer les principes légaux régissant les régimes sociaux en vertu de l'article 34 de la Constitution, le Parlement voit lui échapper l'essentiel des paramètres financiers de leur équilibre (taux de cotisations et montants des prestations).

Certes, le Parlement est périodiquement appelé à se prononcer sur des plans de redressement, qui sont pour lui autant d'occasions de se pencher sur les comptes sociaux. Mais les situations d'urgence auxquelles ces plans entendent répondre ne lui laissent qu'une faible marge d'appréciation. En fait, il manquait jusqu'à cette année un mécanisme solennel de vérification périodique par le Parlement de l'adéquation entre l'évolution de la sécurité sociale et son environnement.

2. Une prise de conscience due à une situation profondément dégradée

La récession du début de la décennie s'est traduite par une érosion de l'assiette des cotisations sociales ; la masse salariale a même diminué de 0,3 % en 1993, tandis que les dépenses sociales continuaient de croître à un rythme rapide (+ 6,4 % en 1993). Cet effet de ciseaux avait conduit votre commission des Finances, dans le rapport d'information sur la situation des finances publiques et des comptes sociaux qu'elle vous avait présenté au mois d'avril 1993 (1), à évaluer le déficit tendanciel du seul régime général à 58,8 milliards de francs en fin d'année. Cette prévision a été corroborée par M. Jean Raynaud, qui estimait dans son rapport de juin 1993 ce déficit tendanciel à 78 milliards de francs pour 1993 et à 130 milliards de francs pour 1994.

Cette détérioration de la situation financière des régimes sociaux, due à la récession, a rendu plus urgente que jamais la nécessité d'améliorer l'information du Parlement dans ce domaine, de même qu'il avait été nécessaire d'obtenir son approbation en 1990 pour créer la contribution sociale généralisée.

C'est pourquoi l'article 14 de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale prévoit que *«le Gouvernement présente chaque année au Parlement, lors de la première session ordinaire, un rapport relatif aux principes fondamentaux qui déterminent l'évolution des régimes obligatoires de base de sécurité sociale»* (article L 111-3 du code de la sécurité sociale).

Votre rapporteur, lorsqu'il avait eu à examiner cette disposition dont votre commission s'était saisie pour avis (2), s'était bien sûr félicité du principe de ce débat, mais avait rappelé que les dispositions analogues adoptées antérieurement étaient restées lettre morte (article 2 de la loi du 31 juillet 1968 portant ratification des ordonnances sur la sécurité sociale de 1967, article 2 de la loi de finances pour 1980, article 135 de la loi de finances pour 1991). Il convient donc d'apprécier à sa juste valeur la mise en oeuvre effective de cette dernière disposition quatre mois à peine après son adoption.

1. *Rapport d'information sur la situation des finances publiques et des comptes sociaux en 1992 et 1993 (n° 252 1992-1993).*

2. *Avis n° 476 (1993-1994)*

3. Un débat nécessaire

Conformément à ses engagements de juin dernier, le Gouvernement a organisé pour la première fois cette année un débat devant le Parlement, qui a eu lieu le 14 novembre à l'Assemblée nationale et qui se tiendra le 8 décembre au Sénat, en application de l'article L 111-3 du code de la sécurité sociale, résultant de l'article 14 de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

Ce débat sera d'abord étayé par le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, qui s'est réunie le 27 octobre dernier. Il convient de saluer le travail qui a rendu possible cette réunion précoce de la commission des comptes, révélatrice de la volonté de transparence du Gouvernement. Il est indispensable que la commission conserve ce nouveau rythme de réunion dans les prochaines années.

De même, l'état annexe au projet de loi de finances qui retrace l'effort social de la Nation est paru cette année dans les délais utiles. Toutefois, ce document succinct devrait être complété par la présentation d'un budget de programme, particulièrement nécessaire en matière de politiques sociales.

Le débat s'appuiera également sur le rapport rendu public par le Gouvernement le 7 novembre dernier, dans lequel celui-ci livre au Parlement ses propres orientations en matière de sécurité sociale.

Cependant, ce premier débat aurait mérité un peu plus d'ampleur. La sécurité sociale est au moins aussi importante pour les Français que l'aménagement du territoire, auquel le Sénat a eu raison de consacrer beaucoup de son temps cette année. La première appelle bien autant d'attention que le second.

Il est bien évident que le débat sans vote de cette année, d'une portée juridique limitée, ne doit être considéré que comme une première étape vers un contrôle accru du parlement en matière de finances sociales, au moins pour la part de celles-ci qui intéresse le plus directement l'Etat (régimes spéciaux, prestations relevant de la solidarité nationale, hospitalisation publique).

B. LA COUR DES COMPTES DOIT ASSISTER LE PARLEMENT POUR LE CONTRÔLE DES FINANCES SOCIALES

Il y a beaucoup à attendre du rapport thématique de la Cour des Comptes consacré aux finances sociales, qui a été institué par l'article 13 de la loi du 25 juillet 1994. Cet article a été introduit par le Sénat dans le texte initial du projet de loi, à l'initiative de votre commission des Finances. Le rapport en question ne pourra pas paraître dès cette année, mais il devrait rapidement devenir une source d'informations irremplaçable pour les parlementaires.

1. La contribution de la Cour des comptes à l'information parlementaire

En application de l'article 47 de la Constitution, le premier alinéa de l'article 10 de la loi du 22 juin 1967 relative à la Cour des comptes prévoit que celle-ci établit et adresse au Parlement un rapport sur chaque projet de loi de règlement. Les deuxième et troisième alinéas de ce même article prévoient d'une part, que le *"premier président peut donner connaissance aux présidents des commissions des Finances du Parlement des constatations et observations de la Cour"*, d'autre part, que la *"Cour des comptes procède aux enquêtes qui lui sont demandées par les commissions des Finances du Parlement sur la gestion des services ou organismes qu'elle contrôle"*.

Par ailleurs, l'article 11 de la loi précitée prévoit que le rapport public annuel adressé par la Cour des comptes au Président de la République est adressé au Parlement.

Ce cadre juridique autorise déjà une contribution efficace de la Cour des Comptes à l'information du Parlement sur les finances sociales. Les rapports publics annuels, notamment, comportent presque toujours une partie consacrée aux organismes de sécurité sociale, qui n'est pas la moins commentée.

Votre commission des Finances a cependant estimé opportun, et le Sénat a retenu sa suggestion, de renforcer encore le rôle de la Cour des comptes sur ce point, dès lors que l'on nous propose d'instituer un débat régulier au Parlement sur les comptes des régimes de sécurité sociale.

2. Une extension des attributions de la Cour en matière de comptes sociaux

Cette initiative est à l'origine de l'article 13 de la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, qui a complété l'article 10 de la loi du 22 juin 1967 relative à la Cour des comptes par les dispositions suivantes :

"Chaque année, la Cour des comptes transmet au Parlement un rapport analysant les comptes de l'ensemble des organismes de sécurité sociale soumis à son contrôle et faisant une synthèse des avis émis par les comités départementaux d'examen des comptes de la sécurité sociale, éventuellement complété par ses observations aux autorités de tutelle et les réponses de celles-ci. Les comptes et les observations visés au présent alinéa sont ceux relatifs à l'avant-dernière année précédant celle de la transmission au Parlement".

Il convient ici de rappeler que la Cour des comptes a vu entrer dans son champ de compétences les organismes de sécurité sociale à mesure que ceux-ci se sont développés.

Cette évolution est conforme à la vocation de la Cour des comptes : les fonds qui transitent par les organismes de protection sociale sont en effet des deniers publics, même s'ils sont juridiquement distincts du budget de l'Etat et pour une part gérés par des institutions de droit privé.

Pour les caisses nationales de sécurité sociale, qui sont des établissements publics administratifs, le contrôle de la Cour des comptes s'exerce dans le cadre de droit commun de sa juridiction sur les comptes publics et de son pouvoir de vérification sur pièces et sur place de la régularité des recettes et des dépenses décrites dans les comptabilités publiques.

Pour les organismes de sécurité sociale de droit privé assurant tout ou partie de la gestion d'un régime légalement obligatoire, sa compétence est précisée par l'article 7 de la loi du 22 juin 1967.

Enfin, il existe un dispositif de contrôle spécifique faisant appel à des comités départementaux d'examen des comptes de la sécurité sociale (CODEC), qui assistent la Cour dans sa mission.

Chaque CODEC, présidé par le trésorier-payeur général, réunit en outre le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et le directeur régional du travail et de l'emploi. Les comités vérifient les comptes annuels des organismes de sécurité sociale de droit privé,

l'autorité de tutelle statuant sur ces comptes après qu'ils aient rendu leur avis. Par ailleurs, les CODEC adressent chaque année à la Cour des comptes des rapports d'ensemble résumant leurs observations sur la gestion financière des organismes de leur ressort.

3. Le nouveau rapport

Dans son esprit, le rapport institué par l'article 13 de la loi du 25 juillet 1994 sera l'équivalent pour les comptes sociaux de ce qu'est le rapport sur le projet de loi de règlement pour le budget de l'Etat. Mais dans sa forme, il en sera forcément très différent. En effet, il n'existe pas pour les organismes de sécurité sociale de règles budgétaires et comptables comparables à celles qui sont mises en oeuvre lors de l'exécution des lois de finances.

De fait, le premier intérêt de ce nouveau rapport demandé à la Cour des comptes sera de contribuer à accélérer la rationalisation et l'uniformisation des règles comptables utilisées par les organismes de sécurité sociale. Cette mise en conformité de la présentation des comptes sociaux avec le plan comptable général, d'actualité ou moins depuis le rapport Mazars de décembre 1990, donnerait satisfaction à une demande fréquemment réitérée de votre commission.

Votre rapporteur a obtenu des engagements très précis sur la date du passage de la totalité des opérations à une comptabilisation en droits constatés, et a eu confirmation que celle-ci serait effective dès 1996. Cette réforme comptable constitue un préalable indispensable à une véritable consolidation, dite de "troisième niveau", entre les comptes de tous les régimes de sécurité sociale.

Ainsi, la Cour des comptes pourra certifier les comptes sociaux, une fois ceux-ci remis en ordre et débarrassés de leurs archaïsmes. Toutefois, pour la bonne information du Parlement, elle ne saurait s'en tenir à une simple appréciation de la sincérité des comptes. Il est également souhaitable qu'elle formule des observations sur la gestion des organismes de sécurité sociale, comme elle le fait d'ailleurs déjà de façon ponctuelle. Cela implique qu'elle puisse s'appuyer davantage sur le réseau des CODEC, dont le fonctionnement actuel n'est pas toujours pleinement satisfaisant : les avis des comités sont souvent d'un intérêt limité parce qu'un peu trop succincts.

Il serait également utile que la Cour des comptes se penche tout particulièrement sur les mécanismes les plus complexes de notre système de protection sociale et examine, par exemple, le détail des dispositifs de compensation inter-régimes ou les modalités de calcul des avantages non contributifs pris en charge par le fonds de solidarité vieillesse.

Sur ces sujets complexes, la Cour pourra, avec l'efficacité qu'on lui connaît, apporter des éléments de réponses aux interrogations et aux observations formulées chaque année dans les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale.

D'une façon générale, ce nouveau rapport doit être conçu comme évolutif. Il se construira par un effet d'incrémentation, en intégrant chaque année le travail de l'année précédente et en examinant les suites données aux rapports antérieurs. Il devrait déboucher tout naturellement sur l'étude par la Cour des comptes de pans entiers de notre système de protection sociale, à la manière de ce qu'elle a fait l'an dernier pour les politiques en faveur des handicapés adultes.

Enfin, la Cour des comptes pourrait rendre public son programme de travail, tout en restant libre d'en définir les contours, afin que le Parlement puisse connaître à l'avance les sujets qui seront proposés à sa réflexion.

II - UNE SUCCESSION RAPPROCHÉE DE RÉFORMES

Force est de constater que les perspectives financières des régimes sociaux pour cette année et l'an prochain restent sombres. Mais, à la différence de la situation héritée en 1993, cette situation inquiétante n'est pas la conséquence d'un parti pris d'immobilisme, bien au contraire. Il semble opportun d'évoquer rapidement la série de réformes proposées en matière sociale par le Gouvernement à sa majorité, dans les dix-huit derniers mois.

A. DES MESURES FINANCIERES COURAGEUSES

1. La réforme des retraites

La loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de vieillesse et à la sauvegarde de la protection sociale a modifié les principaux paramètres qui président au calcul des retraites :

- augmentation progressive de la durée de cotisation nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein, de 150 à 160 trimestres ;
- passage progressif au calcul des pensions sur la base des 25 meilleures années de la carrière professionnelle ;
- revalorisation des pensions en fonction de l'évolution de l'indice des prix hors tabac.

Il convient de saluer le courage politique qui a enfin permis d'engager cette réforme peu populaire, dont les grandes lignes étaient pourtant connues dès le rapport du Comité des sages de 1987. Cet esprit de responsabilité forme contraste avec l'immobilisme des gouvernements précédents.

La mise en oeuvre des deux premiers volets de la réforme étant étalée sur une période transitoire de quinze ans, leur impact en termes d'économies est très limité dans un premier temps : 100 millions de francs en 1994 et 700 millions de francs pour 1995.

2. La création du Fonds de solidarité vieillesse

L'article 21 de la loi de finances rectificative de juin 1993 a relevé le taux de la CSG de 1,3 point, pour le porter à 2,4 %. Le produit de cette augmentation, estimé à 48,4 milliards de francs pour 1994, est affecté depuis le 1er janvier 1994 au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) institué par la loi du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale.

Ce fonds s'est vu également affecté le produit de divers droits sur les alcools et les boissons non alcoolisées, estimé à 13,7 millions de francs pour 1994.

Le FSV assure une double mission :

- d'une part, à titre permanent, la prise en charge des avantages d'assurance vieillesse à caractère contributif relevant de la solidarité nationale. Le total de ces prestations est évalué à 54,3 milliards de francs pour 1994 ;

- d'autre part, à titre exceptionnel, le remboursement du capital et des intérêts de la dette du régime général prise en charge par l'Etat au 31 décembre 1993.

3. La reprise par l'Etat de la dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

L'article 105 de la loi de finances pour 1994 a transféré à l'Etat, au 31 décembre 1993, la dette contractée par l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et consignations afin de financer le déficit de trésorerie du régime général. Ce transfert de dette, portant sur un montant de 110 milliards de francs, a permis la remise à l'équilibre du régime général au 1er janvier 1994.

La charge de cette dette est assurée dans l'immédiat par l'Etat, mais donne lieu de la part du FSV à un remboursement échelonné sur quinze années, jusqu'en 2008.

4. Le plan de redressement de l'assurance maladie

Le Gouvernement a présenté en juin 1993 un plan de redressement de l'assurance maladie comportant quatre volets :

- la modification des modalités de participation financière des assurés (diminution de 5 points du taux de remboursement pour l'ensemble des actes et prescriptions ; mise en place d'un échancier bi-zones pour les affections de longue durée, majoration de 5 francs du forfait hospitalier) ;

- la maîtrise négociée des dépenses de médecine ambulatoire (convention du 21 octobre 1993 prévoyant la mise en oeuvre des références médicales opposables dès 1994 pour les médecins généralistes, encadrement de l'activité des autres professions médicales par des objectifs quantifiés nationaux) ;

- la maîtrise des dépenses du secteur hospitalier (fixation du taux directeur des hôpitaux publics à 3,8 % et de l'OQN des cliniques privées à 5,9 % en 1994) ;

- la maîtrise des dépenses dans le secteur pharmaceutique et des biens médicaux (reconduction de la taxe sur les grossistes répartiteurs, contrôle spécifique des médicaments d'exception, révision de la tarification des frais d'appareillage et de prothèse, accord-cadre avec l'industrie pharmaceutique).

Le rendement total attendu de ce plan de redressement est estimé en 1994 à 32,2 milliards de francs pour l'ensemble des régimes.

B. DES MESURES DE RATIONALISATION ATTENDUES

A côté des mesures répondant principalement à un souci d'économie ci-dessus évoquées, de nombreuses dispositions visant d'abord à rationaliser la gestion du régime général ont été adoptées au cours de la même période. Leur impact financier ne devrait toutefois pas être négligeable à terme.

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

Les articles 2 et 3 de la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale ont prévu l'individualisation de la trésorerie de chacune des branches du régime général.

Cette réforme attendue depuis longtemps prend tout son sens avec l'apurement de la dette du régime général précédemment évoqué, qui permet une remise préalable des compteurs à zéro au 1er janvier 1994. Ainsi, les excédents d'une branche ne seront plus affectés de façon indistincte au financement des déficits d'une autre.

Cette séparation comptable entrera en vigueur le 1er janvier 1995, un certain délai étant en effet nécessaire pour que l'ACOSS puisse adapter son dispositif de suivi statistique des encaissements et de ventilation des charges de gestion communes.

2. La régularisation des versements de l'Etat au régime général

Les contraintes de gestion et les charges financières liées à l'irrégularité des versements (règlements de cotisations ou remboursements d'avances) de l'Etat au régime général ont pendant longtemps fait l'objet d'observations rituelles de la part de la Cour des comptes et de la commission des comptes de la sécurité sociale.

La convention conclue le 2 mai 1994 entre l'Etat et l'ACOSS devrait mettre fin aux errements du passé. Cette convention vise à :

- préciser les dates et les montants des versements effectués par l'Etat au bénéfice du régime général de manière à garantir la neutralité en trésorerie de ces flux ;

- définir, pour l'Etat employeur, des règles de paiement identiques à celles qui sont appliquées aux entreprises de plus de 10 salariés.

Cette importante contribution à la clarification des relations financières entre l'Etat et le régime général a été complétée le 29 juin 1994 par un aménagement de la convention entre ce dernier et la Caisse des dépôts et consignations. Le plafond des avances que la CDC peut consentir à l'ACOSS a été ainsi porté de 11,7 à 20 milliards de francs (15 milliards de francs d'avances conventionnelles + 5 milliards de francs de facilités supplémentaires temporaires).

3. La compensation par l'Etat des nouvelles exonérations de cotisations

L'article L 131-7 du code de la sécurité sociale dispose que *« toute mesure d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale instituée à compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application. »*

Cette autre mesure importante de clarification des relations entre l'Etat et la sécurité sociale ne devrait pas dans l'immédiat modifier le partage entre les exonérations qui sont déjà compensées et celles qui ne le sont pas. Le bilan prévisionnel pour 1994 et 1995 de ces deux catégories d'exonérations, pour le seul régime général, est le suivant :

Exonérations de cotisations prises en charge par l'Etat

	1994	1995
Apprentis	2.229	2.462
Emploi des jeunes	3.394	3.325
Exo. cotisations familiales	11.000	17.500
Chômeurs de longue durée	1.677	3.019
TOTAL	18.300	26.306

**Exonérations de cotisations non compensées
par le budget de l'Etat**

	1994	1995
Contrats emplois-solidarité	4.790	4.810
Embauche premier salarié	2.970	3.430
Embauche 2e et 3e salarié	90	120
Temps partiel	1.460	2.220
Chômeurs créateurs d'entreprises	710	1.320
Emplois familiaux	1.500	1.650
TOTAL	11.520	13.550

La ligne de partage entre exonérations compensées et exonérations non compensées ne semble pas obéir à une logique bien définie. En tout état de cause, elle se déplace très nettement en faveur de la première catégorie, essentiellement en raison du fort accroissement des exonérations de cotisations familiales, qui représentent en 1995 plus de la moitié des exonérations donnant lieu à compensation.

4. Le renforcement de la branche du recouvrement

Dans son rapport rendu public en mars 1994, l'Inspection générale des Affaires sociales s'est livrée à une évaluation critique de la branche du recouvrement du régime général ⁽¹⁾.

L'inspection relève notamment la mauvaise implantation et la gestion défectueuse du dispositif de versement en un lieu unique (VLU), qui concerne les entreprises à établissements multiples, c'est-à-dire les plus gros cotisants. D'une façon générale, l'IGAS a estimé peu satisfaisant le contrôle du recouvrement des cotisations par les URSSAF : insuffisance des moyens humains, inadéquation des critères de sélection des employeurs soumis à contrôle, faiblesse de la programmation des opérations, absence de coopération avec les services fiscaux et entre les URSSAF.

De ce bilan sévère, la loi du 25 juillet 1994 est venue rapidement tirer les conséquences qui s'imposaient. En effet, son article 19 donne à l'ACOSS un pouvoir de contrôle et de direction sur le réseau des URSSAF, ce qui devrait lui permettre de prendre toutes les dispositions nécessaires pour accroître la cohérence de leur action sur l'ensemble du territoire et assurer une meilleure efficacité du recouvrement, tout en garantissant l'égalité de traitement des cotisants.

III - UNE SITUATION TOUJOURS PREOCCUPANTE

A. LE DÉFICIT DU RÉGIME GÉNÉRAL A PU ÊTRE STABILISÉ

Les mesures décidées en 1993 ont permis d'arrêter la dégradation du solde de trésorerie du régime général.

Si les effets financiers de la réforme de la branche vieillesse sont négligeables à court terme, le rendement du plan d'économie adopté pour la branche maladie semble supérieur aux prévisions initiales. Par ailleurs, l'apurement de la dette de l'ACOSS au 31 décembre 1993 a permis de réduire très sensiblement la charge des frais financiers : alors que l'ACOSS avait dû acquitter 1,6 milliard de francs à ce titre en 1992 et 5,7 milliards de francs en 1993, les versements correspondants seraient de l'ordre de 300 millions de francs en 1994. Enfin, la relance de la politique familiale initiée par la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille a été engagée de façon très progressive et largement subordonnée à un retour à l'équilibre financier de la branche.

Le déficit de la branche maladie passerait de 32,2 milliards de francs en 1994 à 28,9 milliards de francs en 1995 ; le déficit de la branche famille baisserait de 10,2 à 8,6 milliards de francs, le déficit de la branche vieillesse serait stable à 13,7 milliards de francs ; enfin la branche accidents du travail dégagerait un léger excédent, tout en réduisant ses taux de cotisation.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Maladie	- 30,2	- 30,5	- 6,3	- 27,4	- 32,2	- 29,0
Accidents du travail	2,5	0,5	2,0	- 0,3	1,5	0,9
Vieillesse	- 6,6	- 18,7	- 17,9	- 39,6	- 13,5	- 13,7
Famille	3,8	4,6	6,8	10,7	- 10,2	- 8,7

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Au total, la progression du déficit du régime général a pu être contenu à 56,4 milliards de francs en 1993, contre 78 milliards de francs de déficit prévisible au mois de juin de cette année. Elle devrait se ralentir encore en 1994 et 1995, grâce à une augmentation des dépenses inférieure à celle des recettes.

(en milliards de francs)

Ensemble du régime général	1991	1992	%	1993	%	1994	%	1995	%
Recettes	950	1.003	5,6	1.028	2,4	1.062	3,3	1.100	3,6
Dépenses	967	1.019	5,4	1.084	6,4	1.116	3,0	1.150	3,0
Variation du fonds de roulement	- 16,6	- 15,3		- 56,4		- 54,4		- 50,5	

Ces prévisions reposent sur l'hypothèse d'un taux de progression de la masse salariale de 2,1 % en 1994 et de 4,5 % en 1995. Elles font par ailleurs le pari que la rupture observable cette année dans le rythme de progression des dépenses de l'assurance maladie se prolongera l'an prochain.

Toutefois, compte tenu du fait que ces soldes de trésorerie annuels s'additionnent, le régime général présenterait à la fin de 1995 un besoin de financement cumulé de 104,9 milliards de francs, comparable à celui qui a été pris en charge par l'Etat au 31 décembre 1993 (110 milliards de francs).

Ainsi, les réformes de structure mises en oeuvre ces derniers mois n'entraînent à court terme, compte tenu de l'inertie du régime général, qu'un ralentissement de l'aggravation de son déficit, qui se poursuit encore.

B. LA SITUATION DES AUTRES REGIMES RESTE ALARMANTE

Le dernier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale présente les bilans prévisionnels de tous les régimes.

Cette vue d'ensemble permet d'abord de resituer le régime général. Avec 901 milliards de francs de prestations versées en 1993, celui-ci représente 66 % du total des régimes de base (1.365 milliards de francs en 1993) et 57,6 % seulement de l'ensemble des régimes de sécurité sociale, régimes de base et régimes complémentaires confondus (1.587 milliards de francs en 1993).

Le régime général ne sert que 33,1 % des prestations d'assurance vieillesse, immédiatement suivi par le régime des fonctionnaires de l'Etat (15,3 %), l'ARRCO (15,2 %) et l'AGIRC (7,8 %). Mais il verse 80 % des prestations d'assurance maladie et maternité, et 100 % des prestations familiales. Ces chiffres traduisent bien son rôle pivot au sein du dispositif de protection sociale.

Or, si la situation du régime général semble pouvoir être stabilisée en 1994 et 1995, il n'en va pas de même pour beaucoup des autres régimes, qui continueront à creuser des déficits parfois proportionnellement supérieurs à celui du régime général avant 1993.

C'est notamment le cas des trois caisses des "non salariés non agricoles" (CANAM, ORGANIC et CANCAVA), dont le déficit pourrait atteindre 15 milliards de francs en 1995.

La situation des deux principaux régimes complémentaires de retraite est également préoccupante. En février 1993 et février 1994, l'ARRCO et l'AGIRC ont arrêté des plans (hausse des cotisations et non revalorisation des pensions) visant à rétablir leur équilibre financier d'ici l'an 2000. Pour 1994, ces deux régimes devraient présenter des soldes positifs. Mais dès 1995, leur trésorerie devrait de nouveau se dégrader avec des déficits respectivement de - 8 milliards de francs et - 2,6 milliards de francs.

**Evolution des soldes de trésorerie des régimes
complémentaires de retraite**

(en millions de francs)

	1991	1992	1993	1994	1995
ARRCO	143	- 3.622	- 3.570	4.878	- 8.001
AGIRC	2.460	2.460	- 8.627	876	- 2.614
IRCANTEC ..	426	859	929	760	676
Total	3.019	- 303	- 11.268	6.514	- 9.939

Source : direction de la sécurité sociale/DEES

Enfin, la situation de la CNRACL est particulièrement critique. Cette caisse, qui consacre 53 % de ses ressources aux transferts de compensation, après avoir enregistré un déficit de - 6,5 milliards de francs en 1994, devrait présenter en 1995 un solde négatif de - 8,5 milliards de francs pour un total de dépenses de 57 milliards de francs.

Au total, le besoin de financement de l'ensemble des régimes de sécurité sociale devrait être de 44,8 milliards de francs en 1994 et 66,9 milliards de francs en 1995.

Opérations courantes de l'ensemble des régimes de sécurité sociale

	1991	1992	1993	1994	1995
cotisations effectives	1.204.609	1.254.541	1.265.405	1.289.671	1.344.343
cotisations fictives	137.155	147.590	158.704	163.366	163.667
contributions publiques	74.400	75.104	84.384	73.291	58.508
impôts et taxes affectés	69.923	88.505	103.313	142.715	158.791
transferts reçus	143.927	148.304	158.257	235.931	238.705
revenus des capitaux	20.975	19.640	20.214	17.656	17.269
autres ressources	14.721	13.840	14.275	14.357	14.836
total ressources	1.665.709	1.747.525	1.804.562	1.936.986	1.996.120
prestations	1.456.567	1.546.385	1.634.336	1.695.444	1.760.653
gestion	62.266	64.465	68.266	70.944	73.186
transferts	126.718	132.433	142.285	193.525	210.017
frais financiers	1.748	2.857	6.761	878	4.664
autres emplois	9.819	10.699	14.262	20.975	14.495
total emplois	1.657.118	1.756.838	1.865.911	1.981.766	2.063.014
solde	8.592	- 9.313	- 61.349	- 44.779	- 66.894

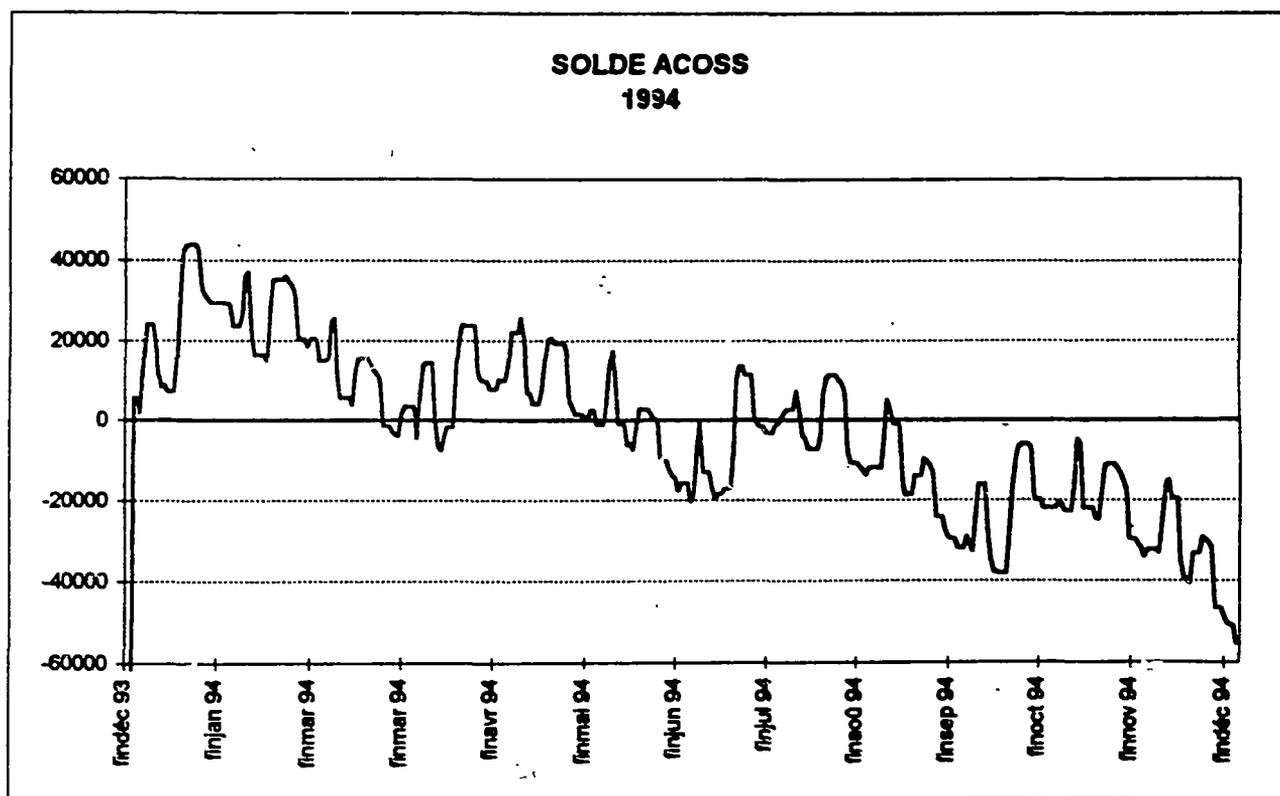
Source : direction de la sécurité sociale/DEES

C. DES FINANCEMENTS D'URGENCE SONT INDISPENSABLES

1. Le solde de trésorerie négatif du régime général est financé dans l'immédiat par des mesures d'exception

Le protocole d'accord conclu le 29 juin 1994 entre l'ACOSS et la caisse des dépôts, en portant le plafond des avances à 20 milliards de francs, a permis de répondre aux besoins de financement du régime général jusqu'à la fin de l'été.

Mais dès le mois de septembre, ce dispositif a dû être complété par un système d'avances du trésor public à l'ACOSS.

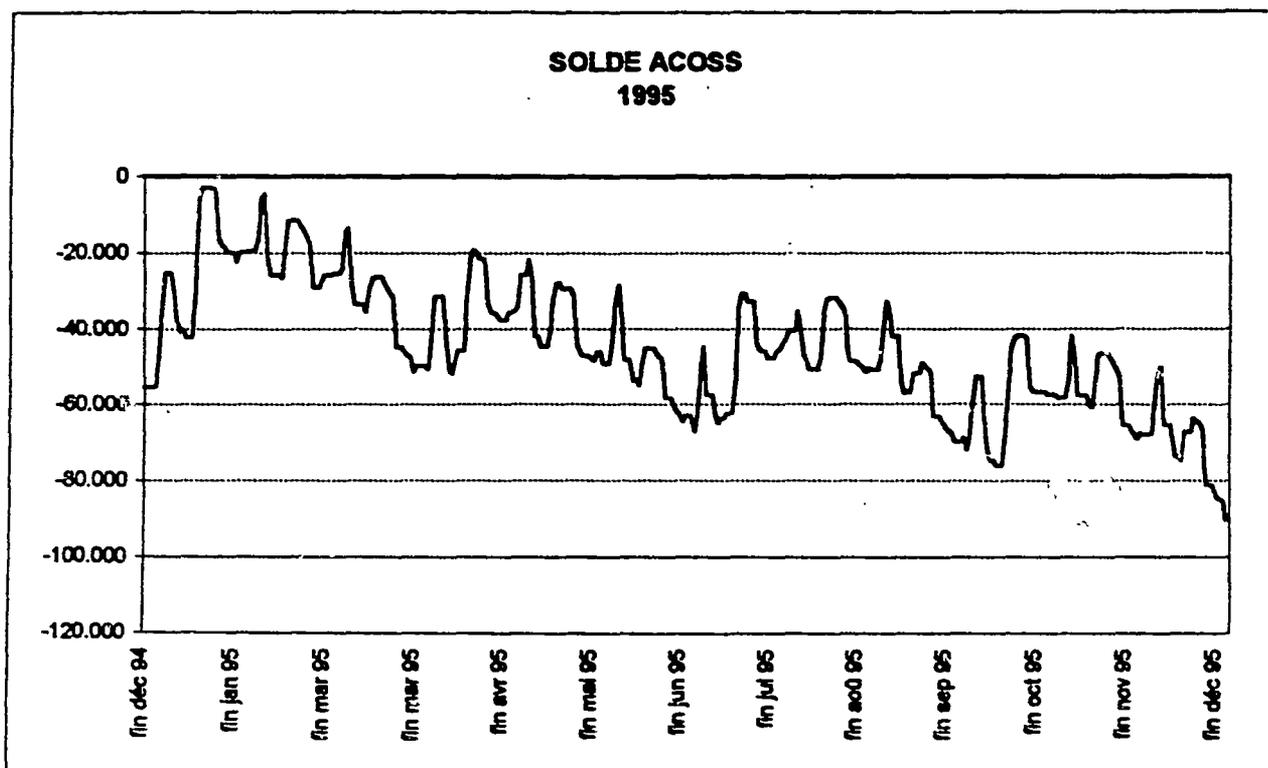


source : ACOSS

Des décisions signées par le ministre de l'Economie, et pour de très courtes périodes, fixent pratiquement jour par jour le montant des concours complémentaires de trésorerie apportés par l'Etat et les conditions de leur remboursement.

Ce dispositif qui maintient une extrême pression sur les gestionnaires de la sécurité sociale devra être prolongé jusqu'au 31 décembre 1994, où le besoin de trésorerie de l'ACOSS s'établira à 55,4 milliards de francs.

Pour 1995, la prévision fait apparaître un solde de trésorerie négatif tout au long de l'année. Une amélioration relative en début d'année devrait permettre à l'ACOSS de trouver à se financer dans le cadre normal de ses relations avec la Caisse des dépôts et consignations. Mais dès le mois de mars, son besoin de trésorerie excèdera le plafond conventionnel des avances, pour atteindre plus de 90 milliards de francs au 31 décembre 1995.



source : ACOSS

Il apparaît donc inéluctable, à ressources inchangées, de prendre en 1995 de nouvelles dispositions, telles qu'un réaménagement des relations de l'ACOSS avec la Caisse des dépôts et consignations ou l'octroi de nouvelles avances du Trésor.

2. Le problème du financement à court terme n'est pas résolu pour certains des autres régimes

La question du financement reste posée pour les trois caisses des "non-salariés non-agricoles". Le produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSS) qui leur est affecté est estimé à 9,4 milliards de francs pour 1995. Ce montant devrait d'abord permettre de financer le déficit résiduel enregistré au titre de l'exercice 1994 pour la CANAM, La CANCAVA, et l'ORGANIC, à hauteur de 3,4 milliards de francs. Mais il ne couvrirait ensuite qu'à hauteur de 6 milliards de francs le déficit de 1995, estimé à 15 milliards de francs, laissant non financé un solde de 9 milliards de francs. **La situation actuelle de ces régimes montre bien l'inconséquence, dénoncée à l'époque par votre rapporteur, des prélèvements opérés par l'Etat en 1991 et 1992 sur les réserves financières qu'ils s'étaient constituées.**

Ce sont précisément leurs réserves qui permettent aux régimes complémentaires de retraite de faire face à leurs besoins de financement immédiats. L'ARRCO a ainsi pu compenser en 1993 un déficit "technique" de 2,2 milliards de francs par les revenus de ses placements financiers, qui lui ont rapporté cette même année 6,2 milliards de francs. L'AGIRC n'a pu entièrement combler par des revenus financiers s'élevant en 1993 à 4,1 milliards de francs un déficit "technique" qui a atteint 5,2 milliards de francs : il lui faudra donc puiser sur ses réserves.

Enfin, votre rapporteur ne peut que regretter que le Gouvernement actuel ait repris à son compte l'aménagement contestable de la surcompensation des régimes spéciaux d'assurances vieillesse décidé en 1992. En effet, un décret du 16 août 1994 a perpétué au niveau de 38 % le taux d'appel des transferts calculés théoriquement entre les régimes spéciaux.

Cette décision devrait avoir des conséquences dramatiques pour la CNRACL, qui est proportionnellement le premier contributeur aux mécanismes de compensation vieillesse. Son déficit devrait atteindre 6,5 milliards de francs à la fin de 1994 et 8,5 milliards de francs à la fin de 1995. Ses réserves financières ayant déjà fondu, le ministère du budget a dû consentir à un étalement de ses versements au titre de la compensation inter-régimes, afin qu'elle puisse assurer le service des retraites du mois de décembre.

Pour 1995, un relèvement de 5 points de cotisations serait nécessaire pour rétablir l'équilibre de la CNRACL, soit 5 milliards à la charge des collectivités locales et 3,5 milliards

de francs à la charge des hôpitaux publics. Une telle mesure ne fera que déplacer la question vers les contribuables locaux et, à travers les dépenses de personnel des hôpitaux, vers l'assurance-maladie.

IV - LE RETOUR A L'EQUILIBRE PASSE PAR UNE POLITIQUE DE MAITRISE DES DEPENSES

A. LA REFORME DU MODE DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE EST D'ACTUALITÉ

1. Les propositions d'élargissement de l'assiette des cotisations

Le récent rapport du groupe de travail du Plan « Perspectives économiques », présidé par M. Gérard Maarek, a proposé d'instaurer un prélèvement élargi à tous les revenus pour financer l'assurance maladie (1). Cette « contribution santé », déductible de l'assiette de l'impôt sur le revenu et d'un taux uniforme de 11 %, permettrait d'abaisser considérablement le prélèvement social assis sur les salaires, actuellement de 18 %, en transférant une partie de la charge sur les revenus des capitaux et surtout sur les retraites.

Le prochain rapport consacré par le commissaire au Plan, M. Jean-Baptiste de Foucauld, au financement de la protection sociale devrait privilégier la piste d'un élargissement de la CSG à l'ensemble des revenus actuellement exonérés (capital, revenus de remplacement, indemnités diverses) qui rapporterait de 15 à 20 milliards de francs sur la base du taux actuel de 2,4 %.

Le rapporteur général de notre commission, M. Jean Arthuis, a d'ailleurs déjà fait une proposition dans ce sens, en liant l'élargissement de l'assiette de la CSG à la nécessaire refonte de l'impôt sur le revenu.

1. "Coût du travail et emploi : une nouvelle donne", Commissariat général du plan - Groupe "perspectives économiques", p. 144 et suivantes.

2. Le débat sur les allègements de charges sociales

La loi quinquennale sur l'emploi du 27 juillet 1993 a amorcé un allègement progressif des cotisations familiales sur les bas salaires. Au 1er janvier 1995, l'exonération sera totale pour les salaires inférieurs à 120 % du SMIC et partielle (50 %) pour les salaires compris entre 120 et 130 %. Au terme du processus d'allègement, en 1998, l'exonération sera totale pour les salaires inférieurs à 150 % du SMIC et partielle pour les salaires compris entre 150 et 180 %.

S'inspirant de la logique de ce dispositif, un débat s'est engagé dans le cadre de la préparation du budget de cette année sur l'opportunité de poursuivre l'allègement des charges sur les bas salaires, en la compensant éventuellement par un relèvement de la TVA. Le débat porte également sur les modalités de cet allègement : des exonérations limitées aux seuls bas salaires risquent d'avoir à terme des effets pervers sur la hiérarchie des rémunérations tandis qu'une franchise uniforme et générale, tout en bénéficiant relativement plus aux bas salaires, serait forcément plus coûteuse.

3. En dernier recours : la nécessité d'une ressource nouvelle ?

Le débat sur les allègements de charges sociales semble avoir quelque peu occulté la question du financement de la sécurité sociale. Votre rapporteur ne songe bien sûr pas à nier l'importance des relations entre prélèvements sociaux et emploi : il est bien évident que la sécurité sociale ne satisfait plus à sa vocation première de protection et de solidarité si elle contribue à l'aggravation du chômage. Mais ces considérations ne sauraient faire oublier qu'il est urgent de rétablir l'équilibre des comptes sociaux, l'infléchissement amorcé du rythme de progression des dépenses ne pouvant y suffire.

Dans son rapport au Parlement, le Gouvernement tend à démontrer que le recours à un prélèvement social supplémentaire, une augmentation du taux de la CSG notamment, ne sera pas nécessaire l'an prochain. Le régime général peut certes continuer de fonctionner en 1995 en recourant de plus en plus massivement aux avances du Trésor et de la Caisse des dépôts et consignations. Des mesures de redressement seront en revanche difficiles à éluder pour ceux des autres régimes qui éprouvent les plus graves difficultés.

Toutefois, bien qu'il estime possible un retour du régime général à l'équilibre en 1997 sans modification de ses ressources, le Gouvernement reconnaît qu'un redressement plus rapide pourrait être obtenu avec l'instauration de prélèvements supplémentaires (1). A toutes fins utiles, un tableau présentant le rendement d'un point de différents prélèvements est fourni à l'appui de cette remarque. La version de ce tableau contenue dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, plus complète, est présentée ci-après :

Valeur d'un point de différents prélèvements en 1994
(en milliards de francs)

Nature du prélèvement	Montant
CSG	38,2
- revenus d'activité	28,7
- revenus de remplacement ...	6,8
- revenus du capital	2,7
Cotisations	
- vieillesse plafonnée	15,9
- vieillesse déplafonnée	19,5
- maladie déplafonnée	30,8
- famille déplafonnée	28,5
Impôt sur le revenu	13,5
Impôt sur les sociétés	2,5
TVA	36,7
- à 2,10 %	1,4
- à 5,5 %	8,6
- à 18,6 %	26,7

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Sur cette question, la commission présidée par M. Alain Minc a clairement tranché dans son rapport au Premier ministre en faveur d'un prélèvement nouveau pour combler le déficit de la sécurité sociale (2). Elle ne se prononce pas en revanche sur le caractère définitif ou temporaire de ce prélèvement, qui pourrait être annulé lorsque les critères de Maastricht auront été satisfaits ou lorsqu'une maîtrise incontestable des dépenses aura été atteinte.

1. Rapport relatif à la sécurité sociale, présenté par le Gouvernement au Parlement en application de l'article L 111-3 du code de la sécurité sociale - p. 63

2. «La France de l'an 2000» - Rapport au Premier ministre de la commission présidée par Alain Minc - Commissariat général du Plan - p. 37

En toute hypothèse, votre rapporteur estime que l'instauration d'un prélèvement social supplémentaire ne peut sans danger être considérée comme un simple moyen de combler mécaniquement le besoin de financement de la sécurité sociale, mais doit impérativement être liée à une politique énergique de maîtrise de la dépense.

B. LA MAITRISE DE LA DEPENSE RESTE LA SEULE SOLUTION DURABLE

1. Les prélèvements sociaux ont atteint un niveau très élevé

Depuis 1975, le financement de la sécurité sociale, fondé essentiellement sur les cotisations sociales, a absorbé les gains de productivité au détriment de l'emploi et des salaires directs. Cet appesantissement du prélèvement social n'a pourtant pas permis d'assurer l'équilibre financier de la protection sociale. Jusqu'au début des années 1980, la part croissante des salaires dans le partage de la valeur ajoutée a permis de repousser artificiellement l'ajustement. Mais depuis, le phénomène s'est inversé : une croissance de la masse salariale inférieure au PIB a nécessité la mise en oeuvre de plans de redressement, ainsi que l'instauration d'une contribution sociale élargie.

Au total, le poids des prélèvements sociaux s'est accru de façon presque continue depuis le milieu des années 1970. Après une stabilisation à la fin des années 1980, dans un contexte de croissance économique vigoureuse, leur part dans le PIB augmente de nouveau rapidement.

Part des prélèvements sociaux obligatoires dans le PIB

1975	15,8	1989	19,9
1980	18,3	1990	20,1
1985	20,1	1991	20,5
1986	19,6	1992	20,7
1987	19,9	1993	21,3
1988	19,8	1994	21,8

Source : Rapports sur les comptes de la Nation

Financièrement, il n'y a pas de limite à l'augmentation des prélèvements sociaux : il est toujours possible de les accroître encore plus. Mais économiquement, il est certain que le taux atteint par les cotisations sociales nuit à l'emploi : pour un salarié payé au SMIC, il est passé de 45,2 % en 1975, à 54,6 % en 1994. Mais l'allègement de charges sociales sur les bas salaires sera peu efficace s'il se trouve contrarié par des hausses de taux générales.

2. L'impératif de maîtrise des dépenses

La seule voie possible pour un redressement durable de la sécurité sociale passe par la maîtrise de la dépense. Il serait parfaitement illusoire d'espérer qu'un simple changement d'assiette des prélèvements sociaux puisse résorber le déficit. En la matière, il n'existe aucune assiette financière miracle : dans le long terme, tous les différents systèmes possibles (cotisations salariales, TVA, CSG), évoluent comme le PIB.

Or, une croissance des dépenses sociales simplement égale à celle du PIB serait déjà un progrès, mais ne suffirait pas à rétablir l'équilibre du régime général. Le rapport présenté par le Gouvernement est très clair sur ce point. Une augmentation parallèle des dépenses et des recettes sociales ne serait acceptable qu'à partir d'une situation d'équilibre initial des comptes, qui n'est pas encore acquise aujourd'hui.

En l'absence de tout mécanisme de régulation spontanée du système de sécurité sociale, une politique volontariste de maîtrise de ses dépenses est indispensable pour que celles-ci progressent moins vite que ses ressources. Les orientations présentées par le Gouvernement se placent délibérément dans cette optique.

Votre rapporteur insiste sur le fait qu'il ne s'agit en aucun cas de réduire les dépenses sociales, mais simplement d'en ralentir le rythme de progression. Il faut redéployer les moyens considérables que la Nation consacre aujourd'hui à sa protection sociale afin d'améliorer la qualité des prestations sans accroître les coûts, afin également de prendre en compte les besoins nouveaux. L'objectif n'est donc pas de restreindre les dépenses sociales mais de les rendre plus efficaces.

Sur ce point, le rapport de la commission présidée par M. Alain Minc a résumé par une formule synthétique la position que votre rapporteur défend depuis toujours : «rationaliser et non rationner»⁽¹⁾. Il ne s'agit pas de dépenser moins, mais de dépenser mieux.

Des gisements de productivité considérables existent au sein de la masse financière consacrée à la protection sociale, notamment dans le fonctionnement des hôpitaux et la gestion des caisses. Il s'agit également des dérives dans l'attribution des prestations sociales et des gaspillages quotidiens de la médecine ambulatoire.

Or, tout gaspillage ou mauvaise allocation des ressources de la sécurité sociale est préjudiciable en fin de compte à ceux qui en ont le plus besoin.

Il convient donc d'agir rapidement. La sortie de la récession ne saurait justifier aucun relâchement. Les marges de manoeuvre dégagées par le retour à la croissance doivent être affectées en priorité à la résorption des déficits sociaux et à la réorganisation du système de protection sociale.

Il est également temps de tirer des conclusions, sans tergiverser, des nombreux rapports qui se sont succédés en matière de sécurité sociale. Les données des problèmes sont connues pour l'essentiel. L'heure n'est plus à la réflexion, mais à la décision.

1.Op. cité p. 122

CHAPITRE II

LE BUDGET DES AFAIRES SOCIALES

ET DE LA SANTE

I - L'EVOLUTION DES CREDITS : LA TRADUCTION BUDGETAIRE D'UNE VERITABLE PRIORITE

Le budget des Affaires sociales et de la santé pour 1995 s'élève à 60,914 milliards de francs, soit une augmentation de 6,08 % par rapport au budget voté de 1994 (57,422 milliards de francs).

Cette hausse sensible des crédits, qui tranche sur un contexte général de rigueur budgétaire, traduit bien le caractère prioritaire reconnu à la mission sanitaire et sociale de l'Etat.

(en millions de francs)

Nature des crédits	Budget voté de 1994	LFI pour 1993	Différence 1994-1995	Evolution 1994-1995 en %
Titre III Moyens des services	5.220,6	5.403,8	183,2	3,51
Titre IV Interventions publiques	51.175,4	54.460,9	3.285,5	6,42
Total Dépenses Ordinaires	56.396	59.864,7	3.468,7	6,15
Titre V Investissements exécutés par l'Etat				
AP	88	91,7	3,7	4,20
CP	91,9	77,2	- 14,7	- 16,00
Titre VI Subventions d'investissement accordées par l'Etat				
AP	1.098,4	978	- 120,4	- 10,96
CP	934,7	972,5	37,8	4,04
Total des dépenses en capital				
AP	1.186,4	1.067,7	- 116,7	- 9,84
CP	1.026,6	1.049,7	23,1	2,25
TOTAL général (do + cp)	57.422,6	60.914,4	3.491,8	6,08

A la différence de l'an dernier, le périmètre du budget des Affaires sociales et de la santé reste stable en 1995 (il avait bénéficié pour 1994 de transferts de crédits en provenance d'autres fascicules budgétaires, pour un montant de 1,776 milliard de francs). Les évolutions constatées cette année correspondent donc bien à des actions nouvelles.

Pour prendre l'exacte mesure de l'effort consenti en faveur des Affaires sociales et de la santé, il convient de rappeler les majorations de crédits déjà intervenues pendant l'exercice en cours.

Les décrets d'avances des 30 mars et 29 septembre 1994 ont ouvert un total de 329 millions de francs de crédits supplémentaires, principalement en faveur des dépenses d'aide sociale obligatoire, des dispositifs de lutte contre le SIDA, et des programmes d'action sociale de l'Etat. En contrepartie, des annulations de crédits ont été réparties sur l'ensemble des autres dotations du budget des Affaires sociales et de la santé, pour un montant total de 130,3 millions de francs. Soit un solde net positif de 198,7 millions de francs.

L'évolution des crédits constatée pour 1995 s'explique principalement par l'augmentation des dépenses d'intervention qui progressent de 6,4 % pour atteindre 3,285 milliards de francs, soit 89,4 % du budget des Affaires sociales de la santé.

Les moyens des services enregistrent une augmentation honorable de 3,51 %. Avec une dotation de 5,4 milliards de francs, ils représentent 8,9 % du total des crédits.

Seuls les investissements exécutés par l'Etat enregistrent une diminution de leur dotation, de - 14,7 % en crédits de paiement, tandis que les subventions d'investissement accordées par l'Etat progressent de 4 % en crédits de paiement. Avec une dotation de 1 milliard de francs, les dépenses en capital ne représentent que 1,72 % du budget des Affaires sociales et de la santé.

Les nombreuses actions de natures très diverses qui caractérisent le budget des Affaires sociales et de la santé peuvent être regroupées en trois catégories principales, à savoir :

- les actions dans le domaine social, soit 53,084 milliards de francs ;
- les actions dans le domaine sanitaire, soit 2,859 milliards de francs ;
- les moyens des services, soit 4,971 milliards de francs.

II - LES ACTIONS DANS LE DOMAINE SOCIAL

Les crédits affectés à l'action sociale, à la population et aux migrations augmentent de 3,338 milliards de francs en 1995, pour atteindre 53,084 milliards de francs, soit une hausse de 6,7 %.

Action	Budget voté de 1994	Crédits demandés pour 1995	Evolution en %
Subventions aux établissements nationaux	80,85	84,07	3,98
Objecteurs de conscience	230,00	265,00	15,22
Formation des professions sociales	556,78	568,80	2,16
Revenu minimum d'insertion	16567,00	19000,00	14,69
Dépenses IVG	150,00	150,00	0,00
Action sociale obligatoire	9520,00	10042,61	5,49
Allocation aux adultes handicapés	18121,00	18739,00	3,41
Programmes d'action sociale	802,82	819,02	2,02
Subventions aux régimes de protection sociale	2970,93	2574,53	-13,34
Actions en faveur des femmes	86,00	85,00	-1,16
Actions en faveur des migrants étrangers	193,43	194,00	0,29
Equipement des établissements nationaux à caractère social			
AP	1,20	5,00	316,67
CP	5,20	1,50	-71,15
Subventions d'équipement aux établissements sociaux			
AP	601,19	566,00	-5,85
CP	462,44	560,50	21,20
Total (CP)	49746,45	53084,03	6,71

A. LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE

1. Les crédits consacrés à l'allocation du revenu minimum d'insertion augmentent de 14,7 % en 1995, pour atteindre 19 milliards de francs. Ils représentent à eux seuls 31,2 % du budget des Affaires sociales et de la Santé.

L'article 49 du projet de loi de finances prévoit le transfert aux départements de la charge du financement de 25 % de l'allocation du RMI. Cette mesure, bien que non encore adoptée, a déjà trouvé sa

traduction dans la nomenclature budgétaire : un chapitre 46-24 est créé afin d'accueillir la dotation de compensation aux départements. Il est doté de 4,750 milliards de francs, le solde de 14,250 milliards de francs restant imputé sur le chapitre 46-21 traditionnel.

2. Les Centres d'Hébergement et de Réadaptation sociale (CHRS) bénéficient d'une remise à niveau de leur subvention (+ 172 millions de francs) et de la création de 500 places nouvelles (+ 38,5 millions de francs), ce qui porte le montant des crédits qui leur sont consacrés (chapitre 46-23, article 22) à 2,130 milliards de francs, soit une hausse de 10,5 %.

Toutefois, les dépenses d'investissement des CHRS (chapitre 66-20, article 20) diminuent en crédits de paiement de 28,6 %, en passant de 4,2 millions de francs en 1994 à 3 millions de francs en 1995. Par ailleurs, aucune autorisation de programme n'est demandée à ce titre pour 1995.

3. Enfin, une mesure nouvelle de 18 millions de francs porte le volume des programmes d'action sociale (chapitre 47-21) à 804,5 millions de francs après révision des services votés, soit une augmentation de 2 %.

B. L'AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET AUX PERSONNES ÂGÉES

1. Les crédits relatifs à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont portés à 18,739 milliards de francs. Cette hausse de 3,4 % résulte des deux mouvements de sens opposés suivants :

- une mesure de révision des services votés de - 400 millions de francs, qui traduit l'incidence de la réforme des conditions d'attribution de l'allocation opérée par la loi de finances pour 1994 ;

- une mesure d'ajustement aux besoins de 1,018 milliard de francs, qui traduit la poursuite de l'augmentation rapide du nombre des allocataires.

L'AAH représente à elle seule 30,8 % du budget des Affaires sociales et de la santé.

2. Les dotations allouées aux Centres d'aide par le travail (chapitre 46-23, article 70) progressent de 404 millions de francs pour atteindre 5,294 milliards de francs. Cette augmentation de 8,3 % correspond aux deux mesures nouvelles suivantes :

- 110 millions de francs destinés à la création de 2.000 places ;

- 294 millions de francs d'ajustement aux besoins.

3. Les subventions d'investissement aux établissements pour enfants et adultes handicapés (chapitre 66-20, article 10) diminuent de 25,5 % en crédits de paiement (35,2 millions de francs et 2,6 % en autorisations de programme).

En revanche, le programme de modernisation des hospices (chapitre 66-26, article 90) progresse de 24,3 % en crédits de paiement (503,5 millions de francs), s'il diminue par ailleurs de 4,8 % en autorisations de programme (470 millions de francs).

C. LA FORMATION DES PROFESSIONS SOCIALES

Les crédits consacrés à la formation des professions sociales s'élèvent en 1995 à 568,8 millions de francs, (488 millions de francs de moyens de formation, au chapitre 43-33, et 80 millions de francs de bourses d'enseignement, au chapitre 43-34, article 20), soit une hausse globale de 2,2 %.

III - LES ACTIONS DANS LE DOMAINE SANITAIRE

Les crédits consacrés aux actions de caractère sanitaire s'élèvent à 2,859 milliards de francs en 1995, soit une progression de 2,2 % par rapport au budget voté de 1994 (2,797 milliards de francs).

Action	Budget voté de 1994	Crédits demandés pour 1995	Evolution en %
Protection et prévention sanitaires	548,12	470,00	-14,25
Formation des professions médicales et paramédicales	589,12	606,45	2,94
Lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme	167,24	183,00	9,42
Lutte contre le SIDA	267,69	291,50	8,89
Lutte contre les toxicomanies	711,79	818,44	14,98
Pharmacie, médicaments, matériels biomédicaux et évaluation des soins	22,90	64,62	182,18
Equipement sanitaire			
AP	18,00	14,45	-19,72
CP	18,00	12,88	-28,44
Subventions d'équipement sanitaire			
AP	487,60	412,00	-15,50
CP	472,30	412,00	-12,77
Total (CP)	2797,16	2858,89	2,21

A. LES CREDITS D'INTERVENTION

1. La priorité donnée à la lutte contre les toxicomanies se traduit dans le projet de budget pour trois mesures nouvelles imputées sur les chapitres 47-15 et 47-16 :

- 111 millions de francs au titre de la mise en oeuvre du plan triennal ;

- 10,2 millions de francs au titre de l'ajustement des besoins du dispositif de soins aux toxicomanes ;

- 8 millions de francs au titre du développement des actions interministérielles.

Après la prise en compte d'une mesure de révision des services votés (- 30 millions de francs) et d'une mesure de transfert (+ 7,4 millions de francs), les crédits consacrés à la lutte contre la toxicomanie s'élèvent en 1995 à 818,4 millions de francs, en progression de 15 % par rapport à 1994.

2. Autre priorité, la lutte contre le SIDA (chapitre 47-18) se poursuit en 1995 avec un renforcement des dispositifs déconcentrés (+ 39,3 millions de francs) qui fait plus que compenser la mesure de révision des services votés qui touche les actions nationales (- 15,5 millions de francs). Au total, les dotations allouées aux programmes et dispositifs de lutte contre le SIDA progressent de 8,9 % pour atteindre 291,5 millions de francs.

La dissolution de l'Agence française de lutte contre le SIDA, dont les missions sont reprises par les services du ministère conformément aux recommandations du rapport Montagnier, a pour conséquence un redéploiement des crédits antérieurement consacrés à la subvention de l'AFLS vers les lignes des dépenses de personnel (création de 30 emplois) et des moyens de fonctionnement.

3. Les dotations allouées aux établissements nationaux à caractère sanitaire sont désormais regroupées sur un seul chapitre 36-81.

L'installation de l'Agence du médicament instituée par la loi du 4 janvier 1993 s'accompagne d'un triplement de ses crédits, qui passent de 22,9 millions de francs en 1994 à 64,6 millions de francs pour 1995.

Les dotations aux trois autres organismes d'établissements nationaux à caractère sanitaire (Agence française du sang, Office de protection contre les rayonnements ionisants, INSERM) progressent de 3,3 %.

Au total, le chapitre 36-81 progresse en 1995 de 43,3 %, pour atteindre 146,9 millions de francs.

4. Les crédits consacrés à la formation des professions médicales et paramédicales s'élèvent en 1995 à 606,4 millions de francs soit une augmentation de 2,9 %.

Cette évolution s'explique principalement par la revalorisation des bourses existantes et la création de bourses pour les élèves aide-soignants (+ 19,5 millions de francs), qui amène la dotation correspondante (chapitre 43-34, article 10) à 198,7 millions de francs.

En revanche, les crédits consacrés aux (chapitre 43-32) actions de formation *stricto sensu* diminuent très légèrement en 1995, de 0,5 %, pour atteindre 407,7 millions de francs.

B. LES DÉPENSES D'INVESTISSEMENT

Pour 1995, les subventions d'équipement du chapitre 63-11 - sanitaire, diminuent de - 12,8 % en crédits de paiement (412 millions de francs), et de - 15,5 % en autorisations de programme (412 millions de francs également). Ces dépenses d'investissement portent sur :

- la modernisation et l'humanisation des établissements de soins et de cure (269 MF), des CHR et des établissements d'intérêt national (102,5 MF) 371,5 MF
- les investissements en matière de psychiatrie extra hospitalière et de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme 28,5 MF
- la réalisation des programmes de l'office de protection contre les rayonnements ionisants . 12,0 MF

Par ailleurs, une dotation de 12,2 millions de francs est prévue pour l'étude et le contrôle des opérations d'équipement (chapitre 56-10, article 80), en retrait de 25,6 % par rapport à 1994 (16,4 millions de francs).

IV - LES MOYENS DES SERVICES

Les moyens des services s'élèvent à 4,971 milliards de francs en 1995, en progression de 1,9 % par rapport au budget voté de 1994 (4,879 milliards de francs).

Action	Budget voté de 1994	Crédits demandés pour 1995	Evolution en %
Dépenses de personnel des services déconcentrés	1950,11	2055,86	5,42
Dépenses de personnel des services centraux	1625,63	1596,99	-1,76
Moyens de fonctionnement des services déconcentrés	757,51	789,92	4,28
Moyens de fonctionnement des services centraux	204,87	195,33	-4,66
Dépenses d'informatique et de télématique	146,2	145,13	-0,73
Statistiques et études générales	33,03	32,10	-2,82
Subventions à l'innovation sociale	15,00	12,75	-15,00
Formation et ENSP	77,97	80,49	3,23
Equipements administratifs et recherche			
AP	68,8	72,25	5,01
CP	68,74	62,85	-8,57
Total (CP)	4879,062	4971,42	1,89

A. LES MOYENS DE FONCTIONNEMENT

En 1995, les **moyens de fonctionnement des services centraux** (chapitres 34-98, 34-93 et 37-91) diminuent de - 4,7 % (195,3 millions de francs), tandis que les **moyens de fonctionnement des services déconcentrés** (chapitre 37-13) progressent de 4,3 % (789,9 millions de francs). Ce double mouvement, tout comme les évolutions différenciées des dépenses de personnel, traduisent les réels efforts de redéploiement du ministère des Affaires sociales et de la santé.

Les crédits d'études (chapitre 34-94) baissent de 1 million de francs pour s'établir à 32 millions de francs, soit une diminution de - 2,8 %.

Sont également orientées à la baisse les dépenses d'informatique (chapitre 34-95), qui diminuent de - 0,7 % pour atteindre 145,1 millions de francs, et les subventions à l'innovation sociale (chapitre 44-01), qui diminuent de - 15 % pour atteindre 12,7 millions de francs.

En revanche, les dépenses de formation permanente des personnels (chapitre 37-05) progressent de 1 million de francs pour atteindre 11 millions de francs, soit une hausse de 10 %, tandis que la subvention à l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP, chapitre 36-41) augmente de 1,4 million de francs pour atteindre 69,5 millions de francs, soit une hausse de 2 %.

Enfin, les moyens d'équipement du chapitre 57-93 enregistrent en 1995 une progression de 5 % en autorisations de programme (72,2 millions de francs) et une diminution de - 8,6 % en crédits de paiement (62,8 millions de francs).

Ces dotations sont réparties comme suit, en crédits de paiement :

- équipement de l'administration centrale	18,6 MF
- équipement des services déconcentrés	41,1 MF
- recherche	3,1 MF

B. LES PERSONNELS

Les effectifs inscrits en 1995 au budget des Affaires sociales et de la Santé s'élèvent à 14.292 emplois, soit une création nette de 32 emplois par rapport à 1994.

Ce solde net recouvre notamment une création de 80 emplois destinée au renforcement du dispositif de lutte contre le SIDA : 30 postes nouveaux en administration centrale, qui correspondent à l'intégration du personnel de l'ancienne Agence française de lutte contre le SIDA, et 50 emplois supplémentaires dans les services déconcentrés.

Par ailleurs, le "dégel" de 100 emplois qui n'avaient d'existence que budgétaire a été décidé, et devrait donner lieu aux recrutements correspondants en 1995.

Le total des dépenses de personnel se monte en 1995 à 3,654 milliards de francs, soit 6 % du budget des Affaires sociales et de la Santé. Ce poste est en progression de 2,2 % par rapport à 1994 (+ 5,4 % pour les dépenses de personnel des services déconcentrés et - 1,76 % pour les dépenses de personnel des services centraux).

Au-delà de ce timide mouvement de création d'emplois, votre rapporteur relève la faiblesse persistante en moyens humains de l'administration sanitaire et sociale, surtout en cadres. L'importance des mises à dispositions est révélatrice de ce dénuement. **Marginales dans les services déconcentrés, ces mises à dispositions concernent 335 agents des services centraux du ministère sur un total de 2.675 agents, soit 12,5 %. Ce taux, qui n'est que de 11 % pour la direction générale de la santé, atteint 20 % à la direction de la sécurité sociale et 36 % à la direction des hôpitaux.**

Personnel mis à disposition dans les trois directions les plus concernées

Direction des hôpitaux		Direction générale de la Santé		Direction de la sécurité sociale	
Catégorie A					
Directeur d'hôpital	29	Directeur d'hôpital	2	Personnel de caisse	19
Praticien hospitalier	20	Praticien hospitalier	4		
Pharmacien	1	Pharmacien	1		
Ingénieur	6	Infirmière générale	1		
Infirmière générale	2	Monitrice	1		
Economiste	1	Sage-femme	1		
Chef service hygiène	1	Ingénieur sanitaire	7		
Personnel administratif	11				
Total	71	Total	17	Total	19
Catégorie B					
Personnel hospitalier	11	Personnel hospitalier		Personnel de caisse	
Catégorie C					
Personnel hospitalier	20	Personnel hospitalier	8	Personnel de caisse	14
TOTAL DES MISES A DISPOSITIONS A + B + C	102		27		45
TOTAL DES EFFECTIFS TOUS STATUTS CONFONDUS	279		258		251

En ce qui concerne la catégorie A, les fonctions exercées par le personnel mis à disposition sont essentiellement celles de conseillers techniques. Une dizaine de postes de chef de bureau seulement sont occupés par des personnels mis à disposition.

Ces mises à dispositions ont donc pour objet d'apporter au ministère des Affaires sociales l'expertise technique qui lui fait défaut. On peut toutefois s'interroger sur leur comptabilité avec la fonction de contrôle et de tutelle que le ministère doit exercer par ailleurs sur les organismes qui lui "prêtent" du personnel.

Afin de mieux apprécier l'étendue de la question, votre rapporteur a demandé à la Direction de l'administration générale, du personnel et du budget d'évaluer elle-même ses besoins insatisfaits.

Quels seraient les crédits nécessaires pour financer une politique de développement qualitatif et quantitatif des moyens humains du ministère des affaires sociales et de la santé ?

L'administration sanitaire et sociale, confrontée aux enjeux essentiels de la maîtrise des dépenses de santé et de la définition d'objectifs sociaux garantissant la cohérence des actions publiques dans un système décentralisé, doit d'abord faire l'objet d'un plan pluriannuel de renforcement de ses moyens humains.

Les déficits nets de ressources (après solde de toutes les transformations d'emplois encore possibles) et la régularisation de la situation des agents mis à disposition du ministère par des organismes extérieurs, peuvent être estimés à :

a) administration centrale à :

- 20 administrateurs civils ;
- 10 attachés d'administration centrale ;
- 30 secrétaires administratifs d'administration centrale.

b) dans les directions déconcentrées des affaires sanitaires et sociales à :

- 125 médecins et pharmaciens inspecteurs ;
- 200 inspecteurs des affaires sanitaires et sociales ;
- 50 ingénieurs du génie sanitaire ou ingénieurs d'étude ;
- 75 secrétaires administratifs des affaires sanitaires et sociales ;
- 25 techniciens sanitaires ;
- 25 assistants de service social :

c) dans les directions régionales des affaires sanitaires et sociales à :

- 24 directeurs d'hôpitaux ;
- 24 praticiens hospitaliers ;
- 10 statisticiens.

Par ailleurs, dans l'ensemble administration centrale et services déconcentrés, le renforcement des compétences spécialisées en matière d'équipement et d'informatique nécessiterait la création de 30 postes d'ingénieurs ou de contractuels de haut niveau.

En second lieu, la constitution et la stabilisation d'un encadrement de qualité, aussi bien au niveau de l'administration centrale que dans les services déconcentrés, sont la priorité du ministère. Celui-ci souffre, de ce point de vue, d'un manque d'attractivité de ses emplois et de l'absence de débouchés comparables à ceux d'autres ministères.

Les moyens pour remédier à court terme à ce manque d'attractivité sont les suivants :

- revalorisation des régimes indemnitaires pour les administrateurs civils et les attachés d'administration centrale (besoin de 4 à 5 millions de francs), ainsi que pour les directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales (besoin minimum de 3,5 millions de francs), les ingénieurs du génie sanitaire et les ingénieurs d'études (besoin de 3 millions de francs) ;

- instauration d'une politique d'aide à la mobilité des directeurs des services déconcentrés, qui incite les meilleurs à venir occuper les postes difficiles dans les gros départements de la région parisienne, du Nord, de Rhône-Alpes (développement d'une politique d'attribution de logements de fonction par utilité de service, les crédits nécessaires étant de l'ordre de 12 millions de francs).

Au total, les crédits nécessaires pour financer le plan de renforcement des effectifs et les demandes de moyens supplémentaires ci-dessus évoqués s'élèveraient à environ 159,5 millions de francs (dont 138 millions de francs de coûts d'emploi et 11,5 millions de francs de crédits indemnitaires), soit une progression de 3,06 % des crédits de fonctionnement de l'administration centrale et des services déconcentrés.

La régularisation de la situation des agents mis à disposition du ministère nécessiterait une inscription de 67 millions de francs de crédits supplémentaires au budget du ministère, qui diminuerait d'autant les dépenses de fonctionnement des organismes "prêteurs".

Ces crédits peuvent sembler bien modiques. Il convient toutefois de souligner qu'une approche strictement budgétaire ne saurait en aucun cas suffire pour remédier au manque d'attractivité des emplois offerts par le ministère des Affaires sociales et de la Santé aux cadres de la fonction publique. Cette image ternie de l'administration des affaires sociales a des causes historiques plus profondes, que votre rapporteur a déjà évoquées (1). Ce n'est qu'en développant ses tâches d'évaluation, de contrôle et de tutelle, bref, en assumant pleinement ses missions, que cette administration saura se rendre vraiment attractive.

1. Rapport spécial sur le projet de loi de finances pour 1993 (n° 56 annexe n° 3 1992-1993).

CHAPITRE III

L'EFFORT DE MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ

PORTE SES PREMIERS FRUITS

I - LE MYTHE DU "DÉSENGAGEMENT" DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La maîtrise des dépenses de santé constitue le point de passage obligé de la remise en ordre des finances sociales et le préalable indispensable à l'engagement de nouvelles réformes.

Cette maîtrise implique une véritable révolution des comportements et des pensées chez tous les acteurs du système de santé, et plus généralement chez tous les Français. Il est à craindre que nous en soyons encore loin, lorsque l'on constate, année après année, la récurrence de certains faux débats fondés sur une interprétation erronée des chiffres de l'assurance maladie.

A. LES LIMITES D'UNE ANALYSE TRONQUÉE

1. L'évolution du financement de la dépense de santé

Régulièrement, la publication des Comptes nationaux de la santé par le ministère des Affaires sociales et de la Santé donne lieu à la dénonciation rituelle du "désengagement" de la sécurité sociale du financement de la dépense de santé. Cette année n'a pas fait exception.

**Evolution de la structure de financement de la dépense courante
de soins et de biens médicaux**

(millions de francs)

	1980	1987	1990	1991	1992	1993
Sécurité sociale	76,5	74,6	74,3	74,0	74,1	74,0
État et collectivités locales	2,9	1,3	1,1	1,0	0,9	0,8
Mutuelles	5,0	6,0	6,1	6,1	6,1	6,3
Sociétés d'assurance	1,5	2,5	3,1	3,2	3,4	3,6
Institutions de prévoyance	14,1	15,6	15,4	15,7	15,5	15,3
Ménages						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Comptes nationaux de la santé 1994.

Ce tableau fait apparaître une diminution de la part de la sécurité sociale dans le financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux, qui est passée de 76,5 % en 1980 à 74 % en 1993.

Cet indicateur est le plus largement commenté, puisqu'il représente 97,9 % de la dépense médicale totale et qu'il correspond le mieux aux dépenses de santé remboursées telles qu'elles sont perçues intuitivement par chacun. Il convient toutefois de rappeler qu'il ne s'agit pas de l'agrégat le plus global, puisqu'il n'inclut ni la consommation de services de médecine préventive (médecine du travail, médecine scolaire, protection maternelle et infantile, services sanitaires spécialisés), ni les indemnités journalières, ni le fonctionnement de la recherche, de l'enseignement et de l'administration sanitaire.

2. Une interprétation trop rapide

Les critiques qui déplorent, au vu de ces évolutions, le "désengagement" de l'assurance maladie procèdent, pour le moins, à une analyse un peu rapide.

Tout d'abord, il convient de souligner que depuis 1991, le taux de couverture de la dépense de soins et de biens médicaux par la sécurité sociale s'est stabilisée autour de 74 %. En première estimation, les effets du plan de redressement de l'assurance maladie mis en place au mois d'août 1993 sur ce taux de couverture ne se traduisent, certes en année partielle, que par une diminution de 0,1 point entre 1992 et 1993.

Il faut également rappeler que la diminution tendancielle de la part de la sécurité sociale dans le financement de la dépense courante de santé n'est pas intégralement répercutée vers les ménages. Elle est partiellement compensée par un accroissement du taux de prise en charge par les mutuelles, qui est passé de 5 % en 1980 à 6,3 % en 1993, et plus encore par un accroissement de celui des assurances, qui est passé de 1,5 % en 1980 à 3,6 % en 1993. Il n'est pas techniquement possible de ventiler le solde laissé à la charge des institutions de prévoyance et des ménages, mais celui-ci tend à décroître entre 1991, où il était de 15,7 %, et 1993 où il était de 15,3 %.

Mais là n'est pas la question. L'interprétation qui est trop communément faite de ces chiffres oublie qu'il s'agit de données relatives. En toute rigueur, il ne serait exact de parler de "désengagement" de l'assurance maladie que si celle-ci voyait décroître le volume de ses remboursements. Or, il n'en est rien.

B. LA RÉALITÉ : UN DIFFÉRENTIEL ENTRE DEUX FORTS TAUX D'ACCROISSEMENT

1. Une dynamique de la dépense de santé plus forte en France que dans le reste de l'Europe

Une analyse correcte de la répartition du financement des dépenses de santé ne doit jamais perdre de vue le fait que celles-ci restent en croissance rapide. Même si leur rythme de progression tend à se ralentir dans la période récente, il reste élevé.

Taux de croissance de la consommation de soins et de biens médicaux

	1980-1985	1985-1990	1989	1990	1991	1992	1993
Evolution en % de la consommation de soins et de biens médicaux	13,7	7,7	9,1	7,9	6,6	6,6	5,7

Source : Comptes de la santé 1994.

Cette dynamique de la dépense de santé, sans être propre à la France, est plus marquée chez elle que chez ses partenaires européens.

**Part de la dépenses nationale de santé dans le PIB
des pays de l'Union européenne**

(en %)

Pays	1980	1985	1990	1991	1992
Allemagne ⁽¹⁾	8,4	8,7	8,3	8,4	8,7
Belgique	6,6	7,4	7,6	7,9	7,9
Danemark	6,8	6,3	6,3	6,5	6,6
Espagne	5,6	5,7	6,6	6,5	7,5
France	7,6	8,5	8,9	9,1	9,4
Grèce	4,3	4,9	5,3	5,3	5,4
Irlande	9,2	8,2	7,0	7,4	7,1
Italie	6,9	7,0	8,1	8,4	8,5
Luxembourg	6,8	6,8	7,2	7,3	7,4
Pays-Bas	8,0	8,0	8,2	8,4	8,6
Portugal	5,9	7,0	7,1	7,8	7,9
Royaume-Uni	5,8	6,0	6,2	6,6	7,1

(1) Länder de la République fédérale avant réunification

Source Secrétariat de l'OCDE.

Le tableau ci-dessus montre que pour tous les pays de l'Union européenne, à l'exception du Danemark et de l'Irlande, la part de la dépense de santé dans leur PIB s'est accrue entre 1980 et 1992. Mais il montre surtout que la France a pris le premier rang des pays dépensiers, devant l'Allemagne, en consacrant 9,4 % de sa richesse nationale à son effort sanitaire.

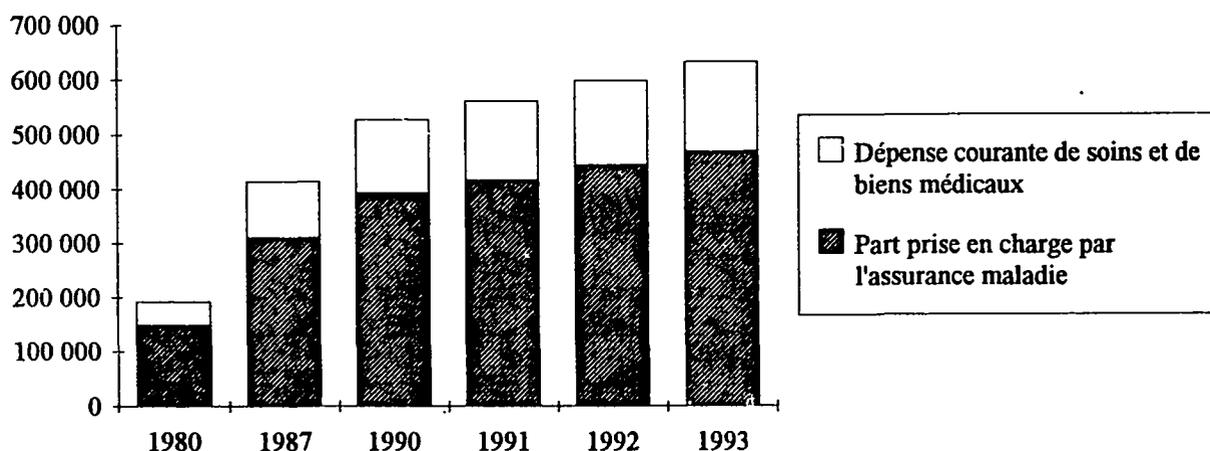
**2. Une progression moins rapide des dépenses
prises en charge par l'assurance maladie**

Parallèlement à cette augmentation rapide des dépenses de santé, les remboursements de l'assurance maladie ont continué de croître fortement, mais à un rythme moindre. Le "désengagement" de la sécurité sociale, mesuré en termes relatifs, est donc un simple effet d'optique, qui résulte d'un différentiel entre deux taux d'accroissement élevés.

Entre 1980 et 1992, le taux annuel moyen d'augmentation des dépenses d'assurance maladie a été de 3,88 % tandis que celui de la dépense courante de soins et de biens médicaux a été de 4,12 %. Mais ces taux sont restés tous deux supérieurs au rythme annuel moyen d'augmentation du PIB sur la même période, qui a été de 2,14 % seulement.

Le graphique ci-dessous permet de bien visualiser ce différentiel entre deux mouvements d'accroissement continus.

Evolution de la dépenses courante de soins et de biens médicaux
(en millions de francs courants)



II - L'ASSURANCE MALADIE EST AU COEUR DE LA STRATÉGIE DE MAÎTRISE DES DÉPENSES

A. LES PROJECTIONS DU GOUVERNEMENT

Avec un déficit de 32,2 milliards de francs en 1994, la branche maladie représente à elle seule près de 60 % du déficit total du régime général, qui devrait s'établir cette année à 54,4 milliards de francs.

Par ailleurs, l'évolution des dépenses des branches vieillesse, famille et accidents du travail est largement déterminée par la démographie et les réformes déjà engagées.

Les modifications apportées par la loi du 22 juillet 1993 devraient permettre de modérer la croissance des dépenses d'assurance vieillesse, même si cette réforme des retraites ne peut être considérée comme définitive, compte tenu de la détérioration prévisible à partir de 2005 du rapport démographique entre actifs et retraités.

Quant aux dépenses de la branche famille, la dégradation de la natalité en France devrait contribuer à en ralentir la croissance dans les prochaines années, en dépit de l'amélioration programmée des allocations familiales.

Ces considérations ont amené le Gouvernement à centrer ses projections relatives au régime général autour de la branche maladie. En retenant des hypothèses d'évolution invariables pour chacune des trois autres branches, il présente trois scénarios différents à l'horizon 1997, selon le rythme de progression des dépenses de l'assurance maladie :

• le scénario n° 1 montre qu'une progression des dépenses de la branche maladie parallèle à celle du PIB, soit 3,3 % en 1995 et 5,5 % en 1996 et 1997, ne permettrait pas de résorber le déficit annuel du régime général, qui s'établirait en 1997 à -37,5 milliards de francs ;

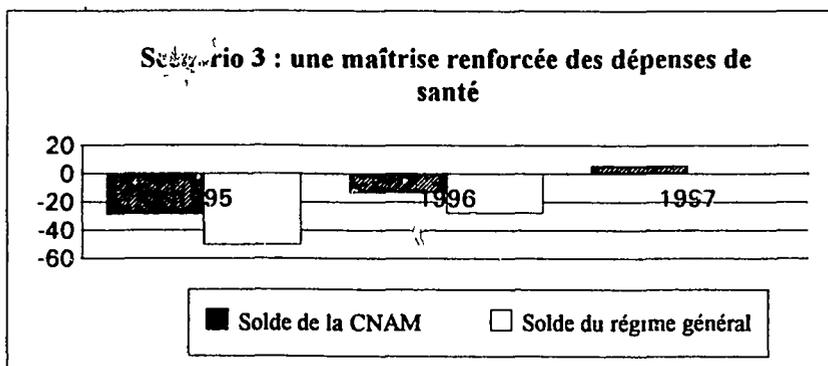
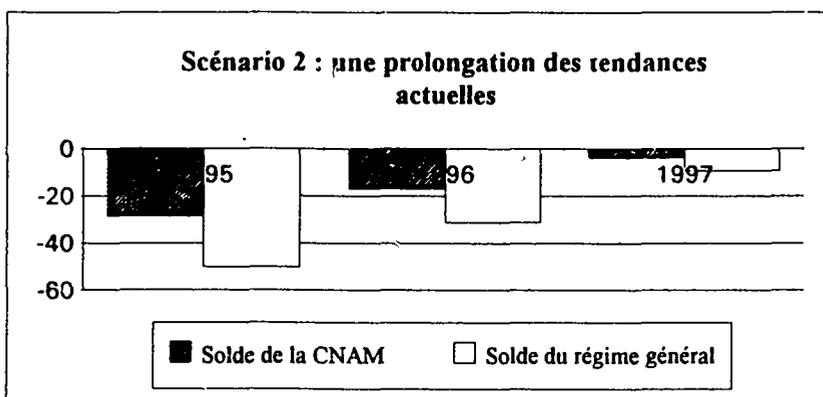
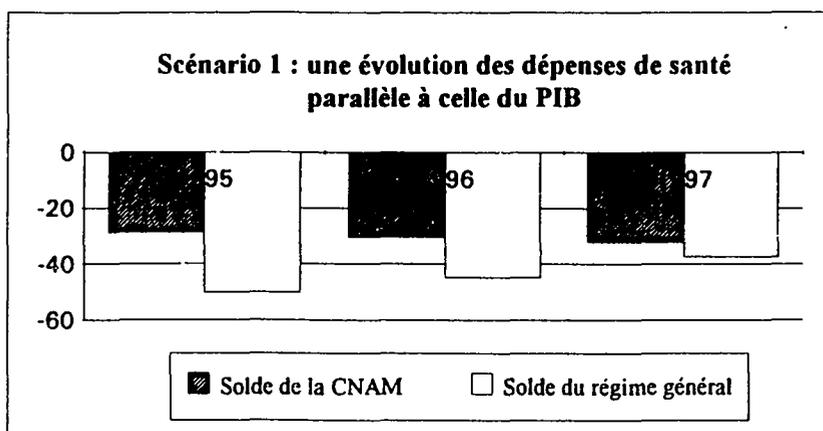
	1995	1996	1997
Taux de progression des dépenses de la CNAM, en %	3,3	5,5	5,5
Solde de la CNAM	- 28,9	- 30,6	- 32,2
Solde du régime général	- 50,4	- 44,9	- 37,5

• le scénario n° 2 montre qu'une progression des dépenses de l'assurance maladie dans le prolongement des tendances observées en 1994, soit 3,3 % en 1995 et 3 % en 1996 et 1997, permettrait une réduction sensible du déficit annuel du régime général, qui s'établirait en 1997 à -9,5 milliards de francs ;

	1995	1996	1997
Taux de progression des dépenses de la CNAM, en %	3,3	3,0	3,0
Solde de la CNAM	- 28,9	- 17,2	- 4,2
Solde du régime général	- 50,4	- 31,5	- 9,5

• le scénario n° 3 montre qu'une maîtrise renforcée de la progression des dépenses de l'assurance maladie, soit 3,3 % en 1995, 2,4 % en 1996 et 1,9 % en 1997, permettrait un retour à l'équilibre du régime général, dont le solde s'établirait en 1997 à 51 millions de francs;

	1995	1996	1997
Taux de progression des dépenses de la CNAM, en %	3,3	2,4	1,9
Solde de la CNAM	- 28,9	- 13,7	- 5,4
Solde du régime général	- 50,4	- 28,1	0,051



Ces projections ne doivent pas être confondues avec des prévisions. Le Gouvernement est parfaitement clair quant à la portée qu'il convient de donner à ses scénarios d'évolution des recettes et des dépenses ⁽¹⁾ :

"Ceux-ci ne constituent en rien des prévisions, mais traduisent les conséquences financières des différentes options offertes au cours des prochaines années.

Tous ces scénarios reposent sur une croissance des recettes des différentes branches du régime général de 5,5 %, par an et en valeur, en 1996 et 1997, soit environ 3,5 % par an en volume. Ce rythme de croissance suivrait ainsi celui de la richesse nationale en francs constants, compte tenu d'une hypothèse de hausse des prix de 2 % par an. Toutefois, ces chiffres doivent être considérés avec prudence : en 1997, une variation d'un point des recettes représenterait 11,6 milliards de francs."

Ces projections reposent donc sur une hypothèse de croissance des recettes certes optimiste, mais plausible si le retour à l'expansion de l'économie se confirme dans les prochaines années. Il convient ici de rappeler que la rémunération des salariés a connu un rythme de croissance annuel de 6,1 % entre 1987 et 1990 et que les recettes de la branche maladie du régime général ont crû à un rythme annuel de 6,7 % sur la même période.

Sur le principe, il est parfaitement légitime pour le Gouvernement de faire preuve de volontarisme et de se fixer des objectifs ambitieux, pourvu qu'il se donne effectivement les moyens de les atteindre en engageant les réformes nécessaires.

En tout état de cause, cet exercice prospectif a le mérite de confirmer que la maîtrise des dépenses de santé est un enjeu crucial pour la sécurité sociale. Votre rapporteur a depuis longtemps l'intime conviction qu'une marge de manoeuvre considérable existe dans ce domaine.

1. Cf. page 58 du rapport présenté par le Gouvernement au Parlement en application de l'article L 111-3 du code de la sécurité sociale.

B. DES PREMIERS RÉSULTATS ENCOURAGEANTS MAIS FRAGILES POUR LA MÉDECINE AMBULATOIRE

1. Une évolution inférieure aux prévisions

L'évolution des dépenses d'assurance maladie depuis le début de l'année 1994 sont encourageants. Les réalisations du premier trimestre ont été inférieures de 2,2 milliards de francs, soit 4,5 %, aux prévisions présentées à la commission des comptes de la sécurité sociale en décembre 1993, pour l'ensemble des soins de santé hors hospitalisation et indemnités journalières. Puis, de nouveau, les réalisations du second trimestre ont été inférieures de 2,8 milliards de francs, soit 4,5 % également aux prévisions tendanciennes de juillet 1994.

Ces inflexions à la baisse sont la conséquence des mesures mises en oeuvre depuis l'automne 1993 : mise en place de l'ordonnance bi-zone, application de l'objectif quantifié national (OQN) des médecins à partir du début de 1994, notamment en ce qui concerne les prescriptions d'actes d'auxiliaires médicaux de biologie et de radiologie, publication à partir de mars 1994 des références médicales opposables aux médecins (RMO) par les caisses d'assurance maladie. Au total, la progression jusqu'à la fin du mois de juillet a été limitée à 0,7 % seulement.

2. Des résultats encore précaires

Tout d'abord, une incertitude pèse sur le caractère durable de ces évolutions. Il convient de remarquer que cette déccélération des dépenses de l'assurance maladie a été enregistrée avant même que tous les outils de la convention médicale soient opérationnels. Elle peut s'expliquer aussi par d'autres facteurs, comme cela ressort du dernier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale :

"Faute de recul, il n'apparaît pas possible d'analyser avec certitude les causes de la sensible inflexion de tendance constatée au premier semestre 1994 dans le comportement des acteurs du système de santé, et par suite d'en mesurer la portée. Le ralentissement des dépenses d'assurance maladie observé au premier semestre 1994 peut ainsi être expliqué, au moins pour une part, par des facteurs généraux tels que le ralentissement de la démographie médicale ou la crise économique."

Le caractère fragile de ce ralentissement a été confirmé par les derniers résultats publiés par la CNAM qui montre une reprise sensible des dépenses d'assurance maladie en octobre pour le deuxième mois consécutif. Celles-ci augmentent de 1,3 % par rapport à septembre, où elles avaient déjà augmenté de 0,7 % par rapport à août. Cette évolution résulte à la fois d'une augmentation des versements aux hôpitaux publics (+ 0,6 %) et d'un redémarrage très net de la croissance des dépenses de médecine ambulatoire (+ 0,8 %). Elles ne remettent pas en cause l'objectif d'une hausse limitée à 3,4 % sur l'ensemble de l'année 1994, mais font peser une incertitude sur l'année 1995.

3. Une incertitude pour l'année à venir

Tenant compte de ces interrogations, le dernier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale présente deux comptes tendanciels de l'assurance maladie pour 1995 ⁽¹⁾ :

- le compte tendanciel A suppose que les mesures susceptibles d'expliquer l'inflexion significative du comportement des acteurs du système de santé n'auront plus qu'un effet limité dès la fin de 1994. En l'absence de toute mesure nouvelle, les dépenses évolueraient conformément aux tendances moyennes constatées de mars 1992 à juillet 1994, soit une augmentation de 4,4 % en 1995 ;

- le compte tendanciel B suppose que, pour chacun des postes de l'assurance maladie, la croissance en volume de 1995 par rapport à 1994 serait au maximum égale à celle de 1994 par rapport à 1993, soit une augmentation de 3,1 % en 1995.

Le compte tendanciel B fait apparaître au regard du compte tendanciel A une moindre dépense de quelque 4,4 milliards de francs pour l'ensemble des dépenses de soins de santé hors hospitalisation.

Cet écart permet de prendre la mesure de l'enjeu des négociations en cours entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats des médecins pour la définition des objectifs de dépenses en 1995.

Au-delà de ces incertitudes, il est temps que la maîtrise des dépenses de santé cesse d'être perçue comme un idéal hors d'atteinte. L'exemple de l'Allemagne, qui a réussi à faire passer son assurance maladie d'un déficit de 32 milliards de francs en 1992 à un excédent de 34,7 milliards de francs en 1993 peut donner à réfléchir.

1. Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 1994 pages 103-104.

La réforme de l'assurance maladie en Allemagne

Un compromis entre la coalition au pouvoir et l'opposition sociale-démocrate a permis l'adoption avec une large majorité, le 9 décembre 1992, d'une réforme d'envergure de l'assurance maladie.

Les principaux dispositifs d'encadrement de la dépense de santé en Allemagne sont désormais les suivants :

- un système d'enveloppe globale opposable aux honoraires médicaux, gérée par les Länder et indexée sur la progression de la masse salariale sous plafond, c'est-à-dire sur les recettes des caisses d'assurance maladie ;

- la mise en place d'une enveloppe dans le domaine des médicaments, également indexée, et qui devrait être remplacée en 1996 par une liste de médicaments les moins chers opposable aux demandes de remboursement ;

- un agrément des médecins pour les caisses plus restrictif et géré par spécialité médicale, ce qui conduit à une quasi-impossibilité d'installation dans certaines spécialités sur une moitié du territoire de l'Allemagne ;

- une planification commune des équipements lourds entre hôpital et médecine ambulatoire ;

- la mise en place en 1995-1996 d'une tarification hospitalière par groupes homogènes de diagnostics se substituant aux actuels tarifs par prix de journée.

Lors de son entrée en vigueur au 1er janvier 1993, l'économie attendue de cette réforme était estimée à quelques 10 milliards de marks par an. Sa première année d'application a permis à l'assurance maladie allemande de passer d'un déficit de 9,4 milliards de marks en 1992 à un excédent de 10,2 milliards de marks en 1993.

4. L'extension du mécanisme des objectifs quantifiés nationaux

Depuis 1992, les conventions liant les professions de santé aux caisses d'assurance maladie ont été complétées de façon systématique, à mesure qu'elles arrivaient à échéance, par des dispositifs d'objectifs quantifiés nationaux (OQN).

Ces OQN sont des taux annuels d'évolution des dépenses de santé fixés à l'avance pour une profession donnée. Si, en cours d'exécution de la convention, l'activité effective des intéressés dépasse l'OQN, les tarifs de remboursement des caisses sont révisés à la baisse. A l'inverse, si l'activité reste en deçà de l'OQN, des revalorisations tarifaires interviennent pour l'année suivante.

En 1994, le dispositif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie concerne les médecins libéraux, les établissements privés d'hospitalisation, les laboratoires de biologie médicale, les infirmières libérales, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ainsi que, dans une certaine mesure, les dépenses de médicaments. Il a été complété en octobre dernier par la signature d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens dentistes.

Pour l'ensemble de ces OQN, les négociations en cours devront fixer les taux d'évolution prévisionnels des différentes dépenses pour 1995. Ces objectifs seront tous risques tous régimes.

D'après les estimations de la commission des comptes de la sécurité sociale, compte tenu des évolutions constatées en 1994 et de l'objectif gouvernemental relatif à l'assurance maladie, les OQN, fixés en dépense remboursable pour les médecins et les masseurs et en dépense remboursée pour les autres professions, qu'ils relèvent des soins ambulatoires ou de l'hospitalisation privée, devront s'inscrire dans le cadre d'une évolution globale de 2,5 % de la dépense remboursée par le régime général. En raison du différentiel observé à ce jour entre l'évolution des dépenses du régime général et de l'ensemble des régimes, ce taux correspond à une évolution de 2,3 % de la dépense remboursée tous régimes.

profession	texte de référence et première année d'application	nature de l'accord	formulé en	objectif 1994 (*)	mécanisme de régulation	montant des dépenses remboursables (tous régimes) 1993 (en millions de F)
hospitalisation privée.	convention nationale de l'hospitalisation privée. J.O du 7-7-1992 première année : 1992	accord tripartite entre l'Etat, les caisses d'assurance-maladie et l'hospitalisation privée.	dépense remboursée	3,47%	Un objectif est fixé chaque année et semestrialisé. Tout dépassement (ou sous activité) lors d'un semestre de l'année (n) donne lieu à un ajustement des tarifs à la baisse (ou à la hausse) lors du même semestre de l'année (n+1).	40 950
infirmières	convention nationale des infirmières. J.O du 29-7-1992 première année : 1992	accord entre les caisses d'assurance-maladie et la profession.	dépense remboursée	3,60%	Le dépassement ou la non réalisation de l'objectif annuel est pris en compte lors de la fixation des revalorisations de l'année suivante. Le dépassement d'un seuil d'activité fixé à 22 000 AMI ou AIS déclenche pour l'infirmière l'obligation d'un reversement à la caisse dont elle relève.	13 771
laboratoires d'analyses biologiques	convention nationale des directeurs de laboratoires J.O du 25-8-1992 première année : 1992	accord tripartite entre l'Etat, les caisses d'assurance maladie et la profession.	dépense remboursée	1,40%	Un taux d'évolution maximale des dépenses remboursées de biologie est fixé chaque année. Un dépassement donne lieu à reversement de la part des laboratoires. Dans le cas inverse, la profession bénéficie d'un reversement.	16 727
médecins libéraux	Convention nationale des médecins J.O du 26. 11. 1993 première année : 1994	accord entre les caisses d'assurance-maladie et la profession.	dépense remboursable	3,4%	Un objectif est fixé chaque année. La revalorisation des tarifs est subordonnée au respect de l'objectif fixé. Le non respect des références médicales opposables peut donner lieu à des sanctions financières.	229 467
masseurs kinésithérapeutes libéraux	convention nationale des masseurs kinésithérapeutes J.O du 18-05-1994 première année : 1994	accord entre les caisses d'assurance-maladie et la profession.	dépense remboursable	5%	Un objectif annuel d'évolution des dépenses est fixé chaque année. les revalorisations tarifaires sont subordonnées au respect de l'objectif. Un seuil d'activité maximale est fixé à 47 000 AMC/AMK. Son dépassement entraîne la suppression du conventionnement ou l'arrêt du financement des cotisations sociales par les caisses.	11 351
médicaments	accord cadre Etat-pharmacie signé en janvier 1994 première année : 1994	accord entre l'Etat et les représentants de l'industrie pharmaceutique.	dépense remboursée	0,7%	L'Etat fixe chaque année un objectif national d'évolution des dépenses de médicaments. les représentants de l'industrie pharmaceutique prennent l'engagement de favoriser son respect en promouvant le bon usage du médicament.	92 628

(*) Les taux sont exprimés en dépense remboursable pour les médecins et les masseurs, en dépense remboursée pour les autres professions.

source direction de la sécurité sociale

CHAPITRE IV

LA NECESSAIRE RATIONALISATION DE LA DEPENSE HOSPITALIERE

I - UNE DEPENSE ET DES EFFECTIFS EN FORTE CROISSANCE

A. L'HÔPITAL CONSTITUE LE PRINCIPAL POSTE DE LA DEPENSE DE SANTE

La croissance des dépenses hospitalières depuis dix ans n'a cessé d'être supérieure à celle du PIB. Selon les comptes nationaux de la santé, l'augmentation en francs constants de la consommation de soins hospitaliers pour l'ensemble des secteurs public et privé a été de 3 % par an de 1980 à 1985, de 3,1 % par an de 1985 à 1990. Elle a été de 4,7 % en 1990, de 2,2 % en 1991 et de 3,9 % en 1992, toujours en francs constants.

Il convient d'observer néanmoins que la part des dépenses d'hospitalisation dans la consommation totale de soins a sensiblement décliné entre 1980 et 1991. La consommation globale de soins a fortement augmenté durant cette période, puisqu'elle atteint aujourd'hui près de 10 % du PIB, alors qu'elle n'en représentait que 8 % en 1980. Mais les soins hospitaliers n'ont pas été le facteur le plus important de hausse de cette consommation : ils représentaient en 1980 un total de 102 milliards de francs, soit 53 % de la dépense totale de soins ; les 270 milliards de francs, consacrés en 1991 aux soins hospitaliers ne représentaient plus que 48,3 % de la consommation de soins totale.

De 1982 à 1991, cette croissance a été plus forte dans le secteur privé que dans le secteur public, relativement contraint par le taux directeur. Ces deux dernières années, la tendance s'est inversée, du fait de la conclusion d'un accord important entre la CNAM et les cliniques privées, qui a permis de ralentir significativement les dépenses du secteur privé (hors les honoraires médicaux), alors que le secteur public devait faire face aux importantes revalorisations catégorielles consenties dans la fonction publique hospitalière.

L'influence du secteur public, qui représente 76 % de la consommation de soins hospitaliers, explique que la part de ceux-ci dans la consommation de soins et de biens médicaux ait recommencé à croître depuis 1991, pour atteindre 48,8 % en 1993, ce qui correspond à une dépense de 302 milliards de francs.

Structure de la consommation de soins et de biens médicaux

	(en %)						
	1980	1985	1989	1990	1991	1992	1993
SOINS HOSPITALIERS ET EN SECTIONS MÉDICALISÉES	53.2	51.8	48.5	48.5	48.3	48.6	48.8
- Soins hospitaliers	53.0	51.0	47.6	47.6	47.3	47.5	47.6
. publics	41.3	39.4	36.6	36.4	36.0	36.2	36.3
. privés	11.7	11.6	11.0	11.2	11.3	11.3	11.3
- Soins en sections médicalisées	0.2	0.8	0.9	0.9	1.0	1.1	1.2
SOINS AMBULATOIRES	26.4	27.3	29.6	29.4	29.3	29.1	28.6
- Médecins	12.4	12.9	13.7	13.8	13.7	13.7	13.6
- Auxiliaires médicaux	3.1	3.7	4.3	4.4	4.5	4.5	4.4
- Dentistes	7.2	6.6	6.9	6.8	6.7	6.7	6.5
- Analyses	2.7	3.0	3.6	3.3	3.3	3.2	3.1
- Cures thermales	1.0	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0
TRANSPORTS DE MALADES	1.0	1.3	1.3	1.4	1.5	1.5	1.5
MÉDICAMENTS	17.5	17.6	18.3	18.2	18.2	18.1	18.4
PROTHÈSES	1.9	2.0	2.3	2.5	2.7	2.7	2.7
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Source : Comptes nationaux de la santé 1994

Les évolutions de la dépense hospitalière publique ont été très variables, selon les catégories d'hôpitaux. Si depuis 1988 le poids des dépenses des CHU (hors l'Assistance publique de Paris) dans la dépense hospitalière totale est resté assez constant, tout comme celui des CHS, il n'en est pas de même pour les Centres Hospitaliers et le Long Séjour.

Sur cinq ans, le taux d'évolution moyen de la dotation globale, hors DOM et hors AP, a été de + 6,3 %. Mais il a été de + 6 % pour les PSPH et de + 5 % pour les CHS. En revanche, la dotation des Centres Hospitaliers Régionaux a progressé de + 6,2 % par an, et la dotation des Centres Hospitaliers a augmenté de 6,9 % par an, de façon nettement supérieure à la moyenne.

La répartition de la dépense de soins hospitaliers par catégorie d'établissement a évolué de la manière suivante entre 1980 et 1992 :

Catégorie d'établissement	<i>en %</i>	
	1980	1992
C.H.R.	27,9	26,2
C.H.S.	10,1	8,2
Autres publics	29,6	30,2
Privés PSPH	10,4	11,3
Autres privés	22	24,1
Total	100	100

Source : SESI

B. LA CROISSANCE DES EFFECTIFS

Les effectifs du secteur public ont continué de croître au rythme de 0,6 % par an entre 1987 et 1992 pour les personnels non médicaux et de 3,6 % pour les personnels médicaux, le nombre de temps plein augmentant de 4,8 % par an, tandis que le nombre d'internes diminuait de 2,8 % par an. Dans le secteur privé, les effectifs non médicaux restaient globalement maîtrisés mais le taux d'évolution des personnels médicaux était également assez soutenu, en atteignant 2,9 % en moyenne (dont 2,1 % pour les temps plein), quoique moins élevé que dans le secteur public.

Les effectifs du personnel hospitalier en 1992

	1992
Hôpitaux publics	757.176
personnel médical	92.136
personnel non médical	665.040
Hôpitaux privés	303.487
personnel médical	65.353
personnel non médical	238.134
Ensemble des hôpitaux	1.060.663
personnel médical	157.489
personnel non médical	903.174

Source : SESI CNAM

Ces évolutions sont surprenantes, si l'on considère qu'entre 1987 et 1991, dans le secteur public, le nombre de journées d'hospitalisation complète baissait de 45 millions, soit près d'un tiers. En particulier, dans le court séjour, la durée moyenne d'hospitalisation est passée de 8,2 jours en 1987 à 7 jours en 1991 tandis que le nombre de lits diminuait de 13.000 unités.

L'augmentation du nombre d'entrées (+ 7,18 % au cours de la même période) n'explique pas à elle seule l'accroissement des effectifs du secteur public. On constate en effet que le secteur privé a connu un accroissement du nombre d'entrées beaucoup plus considérable (+ 14,3 %), sans pour autant enregistrer le même phénomène, bien que le nombre de journées ait baissé dans des proportions beaucoup plus modestes (- 2 millions, soit - 4,38 %).

Il semble donc que la productivité apparente du secteur public hospitalier ne se soit pas beaucoup améliorée.

L'importance des dépenses de personnel dans les budgets des hôpitaux (70 %) explique leur inertie. Ainsi, le taux directeur de l'évolution de la dotation globale, qui a été fixé au début du mois d'octobre à 3,8 % pour 1995, prévoit 2,32 % pour les dépenses de personnel hors ajustement catégoriel et 0,52 % au titre de l'incidence des protocoles Evin, Durafour, et Durieux.

II - UN DISPOSITIF DE MAÎTRISE DES COÛTS ET D'ALLOCATION DES RESSOURCES INADEQUAT

Le 25 février 1994, les six ministres concernés directement par la gestion hospitalière ont confié à l'Inspection générale des affaires sociales, à l'Inspection générale de l'administration et à l'Inspection générale des finances le soin d'examiner la gestion des hôpitaux, les modalités d'allocation de leurs moyens budgétaires et les conditions de leur restructuration.

Cette mission d'enquête conjointe, dans son rapport rendu au mois de juillet 1994, a dressé un bilan critique de l'état du système hospitalier avant de formuler des propositions susceptibles de le rendre plus efficace et économe.

A. DES OUTILS DE PLANIFICATION PEU EFFICACES

1. Les insuffisances de la carte sanitaire

La mission interministérielle sur les hôpitaux estime que la carte sanitaire, bien que rénovée par les lois du 31 juillet 1991 et du 18 janvier 1994, présente un bilan décevant sur trois points principalement :

- le cadre du secteur sanitaire mériterait d'être élargi afin de limiter le risque de création artificielle de déficits, tandis que la procédure de révision de la carte, au sein des conférences sanitaires de secteurs, est trop lourde ;

- le dispositif de la carte est lacunaire, certaines activités et installations en restent exclues (long séjour, réanimation, néonatalogie, centres de transplantation...);

- ses indicateurs sont inadaptés, le critère de lit étant trop rustique pour rendre compte de la complexité de l'activité hospitalière, tandis que les indicateurs des besoins de santé font largement défaut, en l'absence de bases de données épidémiologiques.

Enfin, la mission estime que la carte sanitaire ne présente qu'un bilan modeste, puisqu'en vingt ans d'existence elle n'a pas pu réduire les fortes disparités régionales, alors que ses taux de dépassement restent très élevés.

**Etat de la révision des cartes sanitaires
et de l'élaboration des SROS au 10 septembre 1994**

REGIONS ET DOM	CARTE SANITAIRE		SROS
	découpage des secteurs	Révision des indices	
ALSACE	17/05/1994	17/05/1994	non signé
AQUITAINE	13/08/1993	15/07/1994	non signé
AUVERGNE	01/08/1994	01/08/1994	01/08/1994
BOURGOGNE	02/03/1994	25/07/1994	29/07/1994
BRETAGNE	04/02/1994	en cours	non signé
CENTRE	14/06/1993	14/06/1993	01/08/1994
CHAMPAGNE ARDENNE	24/05/1994	19/07/1994	19/07/1994
CORSE	en cours		
FRANCHE COMTE	26/05/1994	26/05/1994	26/05/1994
ILE DE FRANCE	27/07/1994	22/07/1994	22/07/1994
LANGUEDOC ROUSSILLON	Oct./93	Oct./93	22/07/1994
LIMOUSIN	CS valable jusqu'en octobre 1994		28/07/1994
LORRAINE	16/03/1993	16/03/1993	non signé
MIDI PYRENEES	08/06/1993	18/07/1994	18/07/1994
NORD PAS DE CALAIS	Révision prévue en octobre		non signé
BASSE NORMANDIE	01/12/1993	21/07/1994	21/07/1994
HAUTE NORMANDIE	15/07/1994	en cours	non signé
PAYS DE LOIRE	20/12/1993	en cours	non signé
PICARDIE	22/06/1994	22/06/1994	28/07/1994
POITOU CHARENTES	en cours		non signé
PROVENCE ALPES CA	oct./1993	18/07/1994	18/07/1994
RHONE ALPES	20/10/1993	25/03/1994	21/07/1994
GUADELOUPE	Carte Sanitaire du 8/11/91 non révisée		non signé
MARTINIQUE	01/04/1994	01/04/1994	02/08/1994
GUYANE	en cours		
REUNION	27/10/1993	27/10/1993	29-Jul-94

Source : Direction des hôpitaux

2. Les résultats limités des SROS

Elément novateur de la loi hospitalière du 31 juillet 1991, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) s'articule sur la carte sanitaire et a pour mission de déterminer la répartition géographique des équipements sanitaires.

La mission salue l'ambition d'une initiative visant à prolonger la carte sanitaire en intégrant à la fois les préoccupations de santé et les contraintes économiques, et qui en se fondant sur la concertation a permis l'émergence d'un langage commun aux acteurs du système hospitalier et l'amélioration de la qualité de leurs informations. Elle déplore cependant trois insuffisances :

- l'absence d'un appui méthodologique fourni aux DRASS par le ministère de la santé ;

- une appréciation étroite de l'offre de soins, les SROS restant strictement régionaux et exclusivement sanitaires ;

- l'absence de volet financier, due à la fois au souci de préserver le caractère consensuel des SROS et à la modestie des moyens d'analyse financière des DRASS, qui aboutit à une faible prise en compte de l'impératif de maîtrise des dépenses.

Au total, la mission estime que le principal mérite des SROS aura été d'inciter au dialogue et au travail en commun les différents intervenants, mais que, faute d'analyse critique, il n'y a pas eu de remises en cause des situations acquises, ni de propositions concrètes de coopérations inter-hospitalière ou d'insertion dans des réseaux faisant place à la médecine de ville et au secteur médico-social.

3. Les obstacles aux restructurations

L'inefficacité des outils de planification ne tient pas seulement à leurs insuffisances propres, mais aussi aux difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre des restructurations qu'ils ont pour vocation de susciter.

La mission reconnaît la réalité des efforts de restructuration menés ces dernières années, mais observe que la réalisation des opérations décidées est longue et plus souvent coûteuse que source d'économie. Elle identifie trois facteurs de blocage des opérations de restructuration :

- l'autonomie excessive du secteur hospitalo-universitaire, qui se perpétue par cooptation en multipliant à l'excès les spécialités et refuse de s'insérer dans les réseaux de soins locaux ;

- la difficulté du redéploiement de la prise en charge des personnes âgées vers le secteur médico-social, en raison du transfert financier vers les départements que cela implique ;

- les contraintes de la gestion du personnel, dont la responsabilité est fragmentée entre les divers niveaux de tutelle, alors que l'autonomie des établissements fait obstacle aux reclassements que nécessiteraient les reconversions.

B. UNE MAÎTRISE BUDGÉTAIRE INSUFFISANTE

1. Le mécanisme de l'objectif quantifié national reste lacunaire

Alors que les hôpitaux publics sont soumis au mécanisme du budget global depuis 1985, les cliniques privées relèvent toujours d'une tarification à la journée, à laquelle viennent s'ajouter les honoraires médicaux perçus par les praticiens sur la base des tarifs conventionnels de la médecine libérale. Ce dispositif inflationniste a favorisé la progression du secteur privé, qui a gagné deux points de part de marché dans la consommation des soins hospitaliers entre 1980 (22 %) et 1992 (24,1 %).

En 1992, une politique de maîtrise des dépenses a été mise en place qui ne remet pas en cause la logique de tarification mais la place à l'intérieur d'une enveloppe nationale négociée annuellement, l'Objectif quantifié national (OQN), qui rend compte d'un taux d'évolution autorisé des frais de séjour par discipline. En cas d'écart avec l'objectif fixé, l'effet-volume est compensé globalement par l'effet-prix. Ces réajustements qui s'opèrent tous les 6 mois ont déjà joué dans les deux sens, à la hausse et à la baisse des tarifs. Le système prévoit d'autre part, provisionné sur l'enveloppe, un fonds de restructuration des établissements pour faciliter la fermeture ou la conversion des cliniques.

La mission estime toutefois que ce mécanisme de l'OQN demeure imparfait dans la mesure où il ne concerne que les frais de séjour, à l'exclusion des honoraires (qui ont progressé à un rythme annuel de 10 % entre 1988 et 1992), et où son caractère global favorise l'absence de solidarité entre les cliniques.

2. La politique d'autorisation des équipements médicaux lourds (EML) reste à préciser

La procédure d'autorisation contingentée des équipements médicaux lourds (EML) permet de lier directement la maîtrise de la dépense et la planification, tout en encourageant les coopérations entre établissements et les restructurations.

Toutefois, la mission estime qu'en dépit d'enjeux sanitaires, financiers et symboliques considérables, la politique des EML reste encore peu cohérente :

- la liste des EML ne suit qu'avec retard les évolutions technologiques tandis que le parc installé n'est pas connu de façon exhaustive ;

- l'absence d'indices pour plusieurs EML prive la tutelle de critère objectif pour examiner les demandes d'autorisation ;

- en l'absence de contrainte réglementaire, les considérations politiques influent sur une politique d'autorisation qui semble favoriser plutôt le secteur privé, auquel sont accordés 37 % des autorisations.

3. Le mécanisme du budget global manque de sélectivité.

La mission constate d'abord l'impuissance du budget global à maîtriser la croissance des dépenses d'hospitalisation publique. Dans la période récente, les taux directeurs, bien que fixés à des niveaux élevés par rapport à la croissance du PIB, ont fréquemment dû être réajustés en cours d'année en raison de la sous-estimation des enveloppes destinées à couvrir les différentes mesures statutaires et indemnitaires des protocoles Durafour et Durieux.³

Cela n'a pas empêché que ces taux directeurs réajustés ne soient pas respectés, les remboursements annuels de l'assurance maladie aux hôpitaux publics croissant à un rythme plus rapide.

Par ailleurs, la dotation globale n'a modifié qu'à la marge les modes de gestion des hôpitaux publics. Alors que l'augmentation continue des charges de personnel reflète une absence d'analyse à tous les niveaux, les ajustements s'opèrent sur les dépenses administratives et logistiques. D'une façon plus générale, en se fondant sur des bases historiques, le budget global ignore les différences de situation et de productivité et perpétue les situations acquises.

S'agissant de la procédure budgétaire, la mission formule trois critiques :

- la complexité du mécanisme du taux directeur, qui additionne quatre éléments (taux directeur moyen + taux affecté aux mesures des protocoles Durafour-Durieux + marges de manoeuvre régionales et départementales + enveloppes affectées aux actions spécifiques), entraîne des délais excessifs dans l'allocation définitive des crédits ;

- les marges de manoeuvre départementales et régionales au lieu d'être utilisées pour corriger les disparités entre établissements, sont trop souvent allouées uniformément, tandis que les crédits destinés à des actions spécifiques sont parfois détournés de leur objectif ;

- la faiblesse des outils d'analyse et de gestion fait obstacle à une politique budgétaire plus ambitieuse de la part des tutelles.

La répartition de la dotation globale par département

La façon dont la dotation globale se répartit entre les départements traduit à la fois les incohérences de la carte sanitaire et les imperfections des critères d'allocation des ressources aux hôpitaux publics.

Le tableau suivant appelle quelques commentaires et des précautions d'usage :

- le nombre de lits installés pour 1.000 habitants traduit le taux d'équipement en hospitalisation publique ;

- le nombre de journées, qui reflète l'activité des hôpitaux publics, est un indicateur partiel qui mériterait d'être corrigé par le nombre d'entrées ;

- le ratio "dotation globale par journée" est un indicateur approximatif des coûts de fonctionnement internes des hôpitaux publics, donc de leur efficacité ;

- le ratio "dotation globale par habitant" est un indicateur schématique de l'effort consenti par la collectivité, qui reflète à la fois les inégalités d'équipement entre départements et les différences apparentes d'efficacité entre les établissements hospitaliers.

Il convient de souligner que les grands hôpitaux publics ont généralement une zone d'attraction qui dépasse largement le cadre du département où ils sont implantés. Cela est très net pour Paris, où le statut particulier de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) se traduit à la fois par le plus fort taux d'équipement et par le montant de dotation globale par habitant le plus élevé (mais à l'inverse, les départements de l'Île-de-France ont les taux d'équipement les plus bas et des dotations globales ramenées au nombre d'habitants modiques). Le même phénomène affecte tous les départements dans le ressort desquels se trouve un Centre Hospitalier Universitaire-Centre Hospitalier Régional (CHU-CHR).

Répartition par département de la dotation globale des établissements hospitaliers publics en 1992

Département	Nombre d'habitants	Nombre de lits installés	Nombre de lits pour 1000 habitants	Nombre de journées	Nombre de journées par lit	Dotation globale	Dotation globale par journée	Dotation globale par habitant
Paris	2 152 423	29 548	13,73	8 301 009	281	23 619 090 376	2 845	10 973
Seine-et -Marne	1 078 166	4 055	3,76	1 169 945	289	2 536 024 123	2 168	2 352
Yvelines	1 307 150	5 111	3,91	1 431 920	280	3 194 703 365	2 231	2 444
Essonne	1 084 824	4 152	3,83	1 166 606	281	3 066 766 197	2 629	2 827
Hauts-de-Seine	1 391 658	2 128	1,53	593 459	279	2 590 997 255	4 366	1 862
Seine-Saint-Denis	1 381 197	4 024	2,91	1 081 816	269	2 888 739 048	2 670	2 091
Val de Marne	1 251 538	3 024	2,42	885 279	293	3 245 581 659	3 666	2 593
Val d'Oise	1 049 598	4 761	4,54	1 278 296	268	2 947 345 915	2 306	2 808
Ardennes	296 357	2 078	7,01	580 699	279	869 517 326	1 497	2 934
Aube	289 207	1 760	6,09	507 838	289	603 956 606	1 189	2 088
Marne	558 217	3 928	7,04	1 046 709	266	2 219 556 464	2 121	3 976
Haute-Marne	204 067	1 641	8,04	451 282	275	643 386 265	1 426	3 153
Aisne	537 259	3 857	7,18	1 043 368	271	1 723 003 689	1 651	3 207
Oise	725 603	5 097	7,02	1 353 297	266	2 157 645 418	1 594	2 974
Somme	547 825	4 051	7,39	1 204 086	297	1 863 699 091	1 548	3 402
Eure	513 818	2 256	4,39	625 698	277	1 096 046 157	1 752	2 133
Seine-Maritime	1 223 429	7 213	5,90	2 111 615	293	3 993 674 910	1 891	3 264
Cher	321 559	2 629	8,18	804 264	306	885 546 110	1 101	2 754
Eure-et-Loir	396 073	2 629	6,64	781 054	297	1 083 528 359	1 387	2 736
Indre	237 510	1 473	6,20	460 396	313	468 531 301	1 018	1 973
Indre-et-Loire	529 345	3 018	5,70	855 041	283	1 895 742 792	2 217	3 581
Loir-et-Cher	305 937	2 277	7,44	712 595	313	688 469 613	966	2 250
Loiret	580 612	2 813	4,84	837 865	298	1 526 541 874	1 822	2 629
Calvados	618 478	4 199	6,79	1 097 515	261	2 812 349 946	2 562	4 547
Manche	479 636	3 022	6,30	826 852	274	1 385 278 112	1 675	2 888
Orne	293 204	2 619	8,93	650 716	248	900 420 703	1 384	3 071

Répartition par département de la dotation globale des établissements hospitaliers publics en 1992

Département	Nombre d'habitants	Nombre de lits installés	Nombre de lits pour 1000 habitants	Nombre de journées	Nombre de journées par lit	Dotation globale	Dotation globale par journée	Dotation globale par habitant
Côte-d'Or	493 866	3 757	7,61	1 030 968	274	1 856 294 484	1 801	3 759
Nièvre	233 278	2 158	9,25	665 848	309	748 909 301	1 125	3 210
Saône-et-Loire	559 413	3 617	6,47	1 106 872	305	1 384 647 799	1 251	2 475
Yonne	323 096	2 356	7,29	673 660	286	872 987 148	1 296	2 702
Nord	2 531 855	16 294	6,44	4 299 670	264	8 329 985 753	1 937	3 290
Pas-de-Calais	1 433 203	6 252	4,36	1 850 091	296	3 311 024 283	1 790	2 310
Meurthe-et-Moselle	711 822	4 940	6,94	1 340 541	271	3 553 440 494	2 651	4 992
Meuse	196 344	1 801	9,17	492 659	274	613 253 949	1 245	3 123
Moselle	1 011 302	5 110	5,05	1 436 142	281	3 459 615 891	2 409	3 421
Vosges	386 258	2 780	7,20	808 735	291	1 078 601 059	1 334	2 792
Bas-Rhin	953 053	6 461	6,78	1 852 300	287	4 152 249 637	2 242	4 357
Haut-Rhin	671 319	5 060	7,45	1 415 642	283	2 642 847 142	1 867	3 937
Doubs	484 770	6 524	13,46	1 031 075	158	1 743 352 225	1 691	3 596
Jura	248 759	2 176	8,75	579 027	266	824 808 809	1 424	3 316
Haute-Saône	229 650	1 067	4,65	295 525	277	411 871 135	1 394	1 793
Territoire de Belfort	134 097	958	7,14	286 229	299	390 242 032	1 363	2 910
Loire-Atlantique	1 052 183	6 057	5,76	1 816 887	300	3 217 288 934	1 771	3 058
Maine-et-Loire	705 882	4 228	5,99	1 175 024	278	2 145 585 840	1 826	3 040
Mayenne	278 037	2 268	8,16	672 594	297	738 646 965	1 098	2 657
Sarthe	513 654	4 072	7,93	1 167 328	287	1 649 535 532	1 413	3 211
Vendée	509 356	2 862	5,62	865 587	302	1 258 372 313	1 454	2 471
Côtes-d'Armor	538 395	3 503	6,51	1 063 788	304	1 586 773 797	1 492	2 947
Finistère	838 687	6 332	7,55	1 895 815	299	3 132 276 940	1 652	3 735
Ille-et-Vilaine	798 718	5 822	7,29	1 732 262	298	3 155 117 011	1 821	3 950
Morbihan	619 838	4 827	7,79	1 442 010	299	2 151 517 332	1 492	3 471

Répartition par département de la dotation globale des établissements hospitaliers publics en 1992

Département	Nombre d'habitants	Nombre de lits installés	Nombre de lits pour 1000 habitants	Nombre de journées	Nombre de journées par lit	Dotations globale	Dotations globale par journée	Dotations globale par habitant
Charente	341 993	2 155	6,30	641 700	298	801 922 898	1 250	2 345
Charente-maritime	527 146	3 440	6,53	920 428	268	1 557 963 685	1 693	2 955
Deux-Sèvres	345 965	2 102	6,08	621 437	296	954 515 297	1 536	2 759
Vienne	379 977	3 116	8,20	921 113	296	1 402 414 650	1 523	3 691
Dordogne	386 365	2 647	6,85	743 100	281	1 082 183 286	1 456	2 801
Gironde	1 213 499	6 826	5,63	1 904 505	279	5 126 944 913	2 692	4 225
Landes	311 461	1 925	6,18	542 705	282	756 300 118	1 394	2 428
Lot-et-Garonne	305 989	2 023	6,61	530 102	262	753 127 688	1 421	2 461
Pyrénées-Atlantiques	578 516	3 067	5,30	826 401	269	1 272 327 246	1 540	2 199
Ariège	136 455	879	6,44	246 849	281	428 190 729	1 735	3 138
Aveyron	270 141	2 048	7,58	577 015	282	861 794 620	1 494	3 190
Haute-Garonne	925 962	4 176	4,51	1 127 246	270	3 472 047 569	3 080	3 750
Gers	174 587	1 331	7,62	374 379	281	463 581 475	1 238	2 655
Lot	155 816	956	6,14	238 953	250	569 001 599	2 381	3 652
Hautes-Pyrénées	224 759	2 041	9,08	596 915	292	984 538 277	1 649	4 380
Tarn	342 723	1 803	5,26	483 410	268	1 015 733 555	2 101	2 964
Tarn-et-Garonne	200 220	968	4,83	257 464	266	455 987 423	1 771	2 277
Corrèze	237 908	1 875	7,88	551 179	294	749 196 571	1 359	3 149
Creuse	131 349	1 350	10,28	412 719	306	468 644 770	1 136	3 568
Haute-Vienne	353 593	3 835	10,85	1 193 285	311	1 635 950 638	1 371	4 627
Allier	357 710	2 996	8,38	868 023	290	1 180 906 459	1 360	3 301
Cantal	158 723	1 379	8,69	409 652	297	510 051 165	1 245	3 213
Haute-Loire	206 568	897	4,34	268 511	299	612 620 849	2 282	2 964
Puy-de-Dôme	598 213	4 115	6,88	1 161 553	282	2 290 693 029	1 972	3 829

Répartition par département de la dotation globale des établissements hospitaliers publics en 1992

Département	Nombre d'habitants	Nombre de lits installés	Nombre de lits pour 1000 habitants	Nombre de journées	Nombre de journées par lit	Dotation globale	Dotation globale par journée	Dotation globale par habitant
Ain	471 019	2 833	6,01	840 913	297	1 253 610 801	1 491	2 661
Ardèche	277 581	2 628	9,47	826 838	315	895 416 395	1 083	3 226
Drôme	414 072	2 669	6,45	781 650	293	1 234 248 320	1 579	2 981
Isère	1 016 228	5 781	5,69	1 676 046	290	3 287 521 431	1 961	3 235
Loire	746 288	5 022	6,73	1 535 530	306	2 548 183 831	1 659	3 414
Rhône	1 508 966	10 012	6,64	2 707 456	270	7 741 109 658	2 859	5 130
Savoie	348 261	2 774	7,97	813 769	293	1 080 301 348	1 328	3 102
Haute-Savoie	568 286	3 196	5,62	922 042	288	1 293 126 522	1 402	2 275
Aude	298 712	1 661	5,56	455 076	274	787 140 641	1 730	2 635
Gard	585 049	2 882	4,93	853 381	296	1 465 206 520	1 717	2 504
Hérault	794 603	4 874	6,13	1 310 347	269	3 400 894 953	2 595	4 280
Lozère	72 825	776	10,66	218 333	281	246 857 918	1 131	3 390
Pyrénées-Orientales	363 796	1 348	3,71	387 021	287	822 506 342	2 125	2 261
Alpes -de-haute-Provence	130 883	1 071	8,18	305 070	285	445 996 226	1 462	3 408
Hautes-Alpes	113 300	1 078	9,51	315 754	293	591 077 819	1 872	5 217
Alpes-maritime	971 829	4 180	4,30	1 150 736	275	3 315 753 060	2 881	3 412
Bouches-du-Rhône	1 759 371	8 107	4,61	2 098 739	259	6 234 974 018	2 971	3 544
Var	815 449	3 250	3,99	908 336	279	1 890 594 356	2 081	2 318
Vaucluse	467 075	2 925	6,26	813 716	278	1 387 962 261	1 706	2 972
Corse-du-sud	118 174	952	8,06	277 259	291	468 980 096	1 691	3 969
Haute-Corse	131 563	777	5,91	219 250	282	282 944 796	1 291	2 151
TOTAL	56 650 493	351 331	6,20	98 691 405	281	195 396 434 300	1 980	3 449

III - LES PISTES DE REFORMES

A. FACILITER LES RESTRUCTURATIONS

1. La régionalisation

La régionalisation des modalités d'organisation du système hospitalier reste d'actualité. Le regroupement des hôpitaux publics en établissements publics régionaux se heurte à l'opposition de tous les acteurs du système et risquerait d'en rendre la gestion encore plus opaque en alignant les moyens des hôpitaux les moins performants sur ceux des meilleurs.

Il n'en reste pas moins nécessaire de procéder à des regroupements locaux, par bassins de vie. L'Etat doit ici affirmer sa détermination, et si nécessaire se donner le droit de fusionner d'autorité les établissements.

Par ailleurs, la régionalisation de la planification et de l'allocation des ressources est en cours, avec la mise en place des SROS et le renforcement des compétences des DRASS en matière de dotation globale.

2. Les incitations financières

Dans le cadre actuel, la tutelle pourrait utiliser plus activement ses pouvoirs d'autorisation des activités, des équipements et des emplois pour inciter les établissements hospitaliers à se regrouper. Elle peut le faire de manière coercitive en gelant les déclarations de vacance des postes de direction ou en refusant les autorisations demandées. Mais cette logique conflictuelle a des limites évidentes.

Il pourrait donc être utile de développer des moyens financiers d'incitation aux restructurations en utilisant à cette fin les marges de manoeuvre budgétaire. La Mission propose ainsi d'étendre au secteur public le mécanisme du fonds de restructuration mis en place en 1991 pour le secteur privé. Ce fonds de restructuration hospitalière serait alimenté par les moyens excédentaires récupérés sur les hôpitaux les mieux dotés dans le cadre de la réaffectation des ressources.

La mission propose également d'inciter au redéploiement du secteur sanitaire vers le secteur médico-social en prolongeant le programme de médicalisation des maisons de retraite actuellement en cours, et fondé principalement sur l'autofinancement, par un fonds de restructuration qui ferait l'avance des coûts liés à la reconversion et serait réalimenté par les économies réalisées sur les coûts de fonctionnement.

3. La mobilité des personnels

S'agissant du personnel médical, la mission recommande d'en accroître la mobilité par des mesures statutaires et par des dispositifs d'intéressement financier. Elle propose également d'en décentraliser la gestion vers les DRASS et de partager la responsabilité de leur affectation entre le ministère, pour les personnels hospitalo-universitaires, et les services déconcentrés, pour les praticiens hospitaliers.

S'agissant du personnel non médical, la mission propose le déplafonnement des quotas d'avancement et le décloisonnement des filières d'emploi, afin de faciliter sa mobilité. Elle suggère également la mise en place au niveau national d'une méthode d'évaluation de la charge de travail du personnel infirmier.

Afin de prendre en compte l'importance réelle des fonctions de directeur d'hôpital, il serait indiqué de pourvoir par voie de détachement les postes de direction des établissements les plus importants, comme cela est déjà le cas pour les directeurs généraux de CHU. Cette modification statutaire devrait être accompagnée d'une évaluation périodique de l'activité et des résultats des intéressés.

B. RENFORCER LA PLANIFICATION

1. La réorganisation préalable de la tutelle hospitalière

La mission préconise de limiter les fonctions de gestion de l'administration centrale et de développer sa capacité d'expertise et de contrôle, en l'appuyant sur un système d'informations et des bases de données pertinentes et opérationnelles.

Elle recommande de clarifier la répartition des compétences entre les deux niveaux des services déconcentrés, l'échelon départemental conservant la tutelle des établissements, le rôle de coordination revenant à l'échelon régional. Elle estime que, si la préparation concrète des contrats d'objectifs passés avec chaque établissement en application du SROS revient à la DDASS, le pouvoir de décision en la matière doit rester à la DRASS. Des projets de décret du ministère des Affaires sociales et de la santé vont dans ce sens.

La mission propose enfin d'associer plus étroitement les caisses d'assurance maladie au dispositif de planification et d'allocation des moyens, alors qu'elles se sont peu associées aux processus d'élaboration des SROS.

Les DRASS doivent enfin améliorer leur culture hospitalière afin d'exercer avec discernement leur fonction de tutelle. Un moyen simple de renforcer cette culture serait de généraliser la mise à disposition, limitée dans le temps, de praticiens et de cadres hospitaliers. Ces mises à disposition, quantitativement restreintes, donneraient lieu au remboursement des rémunérations par l'Etat aux établissements d'origine. Sur la base d'un praticien et d'un cadre hospitalier par DRASS, la dépense supplémentaire pour le budget de l'Etat peut être estimée à 25 millions de francs.

2. L'amélioration des outils de planification

Conformément à la loi, les SROS devraient être rendus compatibles avec la carte sanitaire, ce qui suppose la suppression de tous les lits autorisés mais non créés, le recensement des lits ouverts sans autorisation, la révision quinquennale effective des cartes sanitaires, et la mise en conformité des SROS avec les cartes sanitaires révisées par la programmation des réductions de capacité nécessaires.

Par ailleurs, la mission estime que le champ de la carte sanitaire devrait être étendu aux séjours de longue durée, et le contenu du SROS enrichi d'une évaluation financière précise des mesures proposées assortie d'un échancier, d'informations relatives à l'activité médicale, et d'éléments sur la gestion prévisionnel des effectifs.

Enfin, elle propose une révision complète de la procédure d'autorisation des EML, avec un recensement exhaustif du parc des EML, un élargissement du nombre des indices, un développement de l'évaluation du fonctionnement des équipements dans le cadre du renouvellement des autorisations, une régionalisation de la procédure d'instruction des autorisations, et la fixation de règles claires pour l'équilibre des implantations entre les secteurs publics et privés.

3. La contractualisation

Pour devenir effectives, les orientations de la planification hospitalière doivent être mises en oeuvre contractuellement.

La mission propose de rendre obligatoire les contrats d'objectifs négociés par chaque établissement avec l'Etat et l'assurance maladie, en prévoyant le cas échéant un système des pénalités. Cette généralisation est un objectif de long terme. Dans l'immédiat, il serait suffisant de rendre obligatoire la contractualisation pour les établissements qui connaissent des difficultés budgétaires, pour ceux qui reçoivent des subventions d'équipement de l'Etat, et pour tous les CHU et les hôpitaux les plus importants.

C. REVISER LES MODES D'ALLOCATION DES RESSOURCES

1. La légitimation de l'intervention de l'Etat

La mission s'est étonné, avec raison, qu'aucune loi ne vienne encadrer l'action du pouvoir réglementaire en matière de fixation du taux directeur déterminant la dotation globale.

Elle préconise donc le dépôt chaque année, devant le Parlement d'un projet de loi fixant un plafond d'évolution de la dépense hospitalière publique. Votre rapporteur ne peut qu'approuver cette suggestion, qui rejoint ses propositions antérieures.

Cet élargissement de la compétence parlementaire devrait contribuer à déconnecter, dans le secteur public, l'évolution du taux directeur de celle des différentes composantes de la dépense hospitalière. Cette enveloppe préétablie remplirait donc la même fonction que l'OQN dans le secteur hospitalier privé.

2. La réforme du mode d'allocation des ressources aux cliniques privées

La mission estime nécessaire au moins de corriger les défauts du système de tarification actuel : obsolescence de la nomenclature générale des actes professionnels, disparités régionales dans les forfaits appliqués par les CRAM, non intégration des honoraires dans l'OQN.

Une réforme plus radicale pourrait prendre la forme d'une tarification par GHM (Groupe homogène de malades) dérivée du PMSI, qui permettrait une réduction rapide des différences inter et intra-régionales. Mais elle pourrait avoir des effets pervers (surclassement ou fragmentation des séjours) et surtout se prêterait mal à l'intégration des honoraires des praticiens.

En revanche, une refonte des tarifs associée à un codage et à un chaînage des actes serait un instrument de régulation des dépenses, particulièrement adapté à la mise en oeuvre de références médicales obligatoires. Mais cette technique n'est à ce jour ni opérationnelle, ni objet de consensus.

3. La médicalisation du mode d'allocation des ressources aux hôpitaux publics

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) arrive aujourd'hui à maturité. Dans le secteur hospitalier public au sens large, la totalité des hôpitaux de court séjour de plus de 100 lits participent au recueil des données médicales. Mais compte tenu de la plus ou moins grande implication des différents services, le taux d'exhaustivité de ces données atteint seulement 70 % de l'activité mesurée en journées.

Dans le secteur privé, la démarche de généralisation n'est pas encore effective, dans l'attente des résultats de l'expérimentation menée depuis juillet 1992 sur un échantillon de 74 cliniques. Cette expérimentation a pour but de préciser la méthodologie d'une tarification à la pathologie.

Enfin, en 1994, la totalité des établissements de santé du Languedoc-Roussillon publics et privés, soit 102 établissements, participent à une expérimentation visant à associer des données médicales exhaustives à des données budgétaires et financières.

Si les résultats de cette expérimentation sont concluants, il sera donc possible d'améliorer le mécanisme du budget global en utilisant les données du PMSI. La comparaison entre les budgets effectifs et des budgets théoriques reconstruits à partir de coûts standards devrait déboucher sur la réduction progressive des disparités les plus importantes.

Le ministre d'Etat, ministre des Affaires sociales, de la santé et de la ville, a exprimé son souhait de voir l'activité médicale devenir un élément déterminant pour l'allocation des budgets aux hôpitaux dès 1996. D'ores et déjà, l'expérience du PMSI a montré le caractère erratique du système actuel d'allocation des moyens et l'existence probable d'une taille optimale du point de vue financier (entre 250 et 500 lits).

Toutefois, il convient de mettre en garde contre le risque inflationniste que pourrait comporter l'application effective du PMSI si, faute d'une réelle volonté de réduire les moyens des établissements surdotés, elle ne fournissait qu'un argument pour les établissements sous-dotés. Cela implique que la médicalisation de l'allocation des ressources se fasse en liaison étroite avec la planification renforcée.

Il faut ici rappeler qu'avant d'être source d'économies, le PMSI a d'abord un coût.

Dans le service public hospitalier, le coût de ces opérations s'élève depuis trois exercices à 400 millions de francs imputés sur le budget des établissements. Ces crédits financent essentiellement des postes médicaux de praticiens responsables de l'information médicale et de secrétaires médicales, à hauteur respectivement de 500 et 700 postes équivalent temps plein.

Dans le secteur privé, chaque clinique expérimentatrice reçoit en moyenne 400.000 francs par an, versées par majoration de ses prix de journées, soit environ 50 millions par an pour les deux expérimentations en cours dans le secteur privé conventionné.

La faiblesse du dispositif actuel d'encadrement des dépenses des hôpitaux et l'ambition des réformes déjà esquissées ou seulement envisagées, rendent à court terme indispensable l'adoption d'une nouvelle loi hospitalière.

CHAPITRE V

L'ACCROISSEMENT RAPIDE DES DEPENSES D'ACTION SOCIALE

I - LES DEPENSES D'ACTION SOCIALE PESENT LOURDEMENT SUR LES FINANCES DES DEPARTEMENTS

A. L'EVOLUTION DES DEPENSES D'ACTION SOCIALE AU COURS DES DIX DERNIERES ANNEES

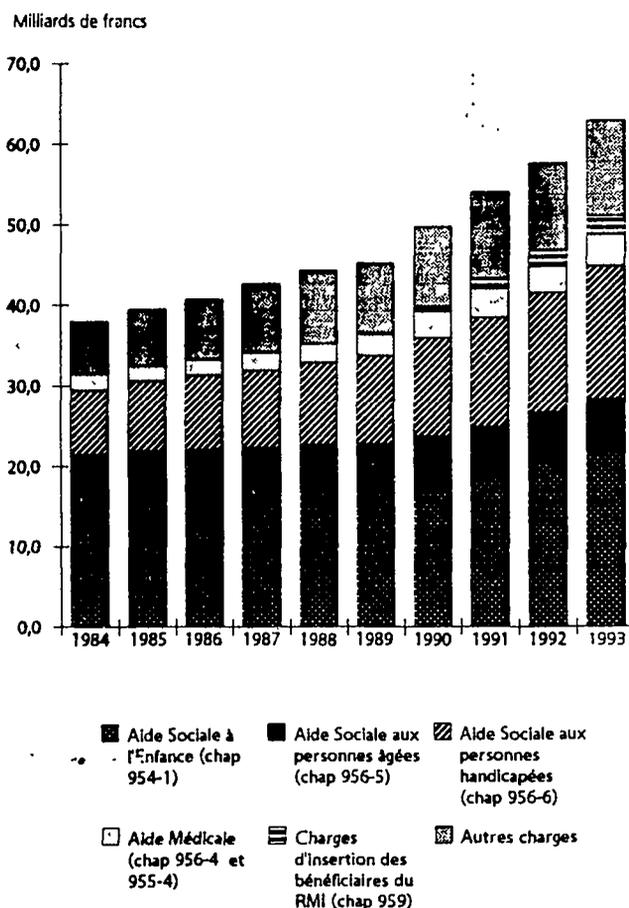
Les lois de décentralisation ont transféré aux départements la compétence de droit commun en matière d'aide sociale. L'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) dans une de ses publications récentes, a dressé le bilan financier de ce volet de la décentralisation (1).

La dépense annuelle nette d'action sociale des départements en 1993, avant déduction des contingents communaux (15 %), s'est établie à 63 milliards de francs. Depuis 1984, elle a augmenté de 25 milliards de francs, soit une hausse de + 66 %.

A l'exception de l'aide sociale aux personnes âgées, qui a diminué de - 3 % entre 1994 et 1993, tous les autres postes ont connu une croissance exponentielle : + 48 % pour l'aide sociale à l'enfance, + 95 % pour l'aide médicale, + 108 % pour les handicapés.

1. ODAS - "L'action sociale, dix ans de décentralisation 1984- 1994".

Evolution des divers chapitres de l'action sociale départementale France métropolitaine



Sources : Sesi, Odas

La décomposition de la dépense d'action sociale en 1993 est la suivante : 22 milliards de francs pour l'aide sociale à l'enfance (34,9 %), 16,6 milliards de francs pour l'aide sociale aux personnes handicapées (26,3 %), 6,3 milliards de francs pour l'aide sociale aux personnes âgées (10 %), 3,9 milliards de francs pour l'aide médicale (6,2 %), 2,3 milliards de francs pour le volet insertion du RMI (3,7 %) et 11,9 milliards pour les autres dépenses d'action sociale (protection maternelle et infantile, services sociaux départementaux et dépenses facultatives, soit 18,9 %).

La progression de la dépense d'action sociale n'a pas été linéaire au cours de ces dix ans, mais a connu deux périodes contrastées :

- les cinq premières années, jusqu'en 1988, ont été caractérisées pour une progression annuelle moyenne de 3,5 %, inférieure à celle du coût de la vie ;

- les cinq années suivantes, à partir de 1989, ont été caractérisées par une progression annuelle moyenne de 8 %, nettement supérieure à l'inflation.

B. UN EFFET D'EVICITION SUR LES DEPENSES D'EQUIPEMENT DES DEPARTEMENTS

Alors que la croissance des dépenses d'action sociale s'est accélérée depuis 1989, les recettes des départements n'ont évolué que modérément sur la même période, l'intensification de leur effort fiscal ne compensant que partiellement la faible progression des dotations de l'Etat.

Cet effet de ciseaux a entraîné un accroissement de la part des dépenses brutes d'action sociale dans les budgets départementaux : en 1993, celles-ci absorbaient 50,5 % des recettes de fonctionnement des départements, alors qu'elles n'en représentaient que 43 % en 1989.

Cet accroissement du poids des dépenses d'action sociale s'est répercuté sur les dépenses d'équipement, en dépit d'un recours accru à l'emprunt. La part des dépenses brutes d'équipement dans les budgets départementaux, qui n'avait cessé de croître de 1984 à 1990, diminue depuis : elle est passée de 18,2 % à 16,8 % de l'ensemble des dépenses entre 1991 et 1994.

L'effet d'éviction de la dépense d'action sociale sur la dépense d'équipement peut être mesuré par l'évolution du ratio entre ces deux postes de dépenses depuis 1991 :

**Evolution du ratio
Dépense nette d'aide sociale obligatoire/Dépense d'équipement brute
en France métropolitaine hors Paris**

1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
2,62	2,28	2,11	1,90	1,70	1,56	1,55	1,54	1,57	1,68	1,83

Source : DGCL, Odas

II - LES DEPENSES LIEES AU REVENU MINIMUM D'INSERTION

A. UNE EXPANSION NON MAÎTRISÉE

1. Un gonflement du stock des allocataires

Depuis son entrée en vigueur, le dispositif du RMI a vu doubler le nombre de ses bénéficiaires.

Evolution des effectifs d'allocataires du RMI
au 31 décembre 1993

Année	Métropole	DOM	Total	Taux de progression annuel
1989	335.675	91.100	426.775	
1990	422.102	88.044	510.146	19,5 %
1991	488.422	93.939	582.361	15,3 %
1992	575.035	96.208	671.243	15,3 %
1993	696.592	96.355	792.947	18,1 %

En métropole, l'accélération du rythme d'accroissement du nombre d'allocataires est plus marquée : + 15,7 % en 1991, + 17,7 % en 1992, + 21,1 % en 1993. Le nombre des allocataires s'est ainsi accru de 208.000 en deux ans (+ 42,6 %). La stabilisation des effectifs dans les DOM s'explique essentiellement par l'alignement récent des allocations familiales sur le niveau métropolitain, qui devrait cesser de produire ses effets dès 1994.

Les crédits budgétaires affectés au financement de l'allocation ont évolué comme suit :

(en milliards de francs)

1989	1990	1991	1992	1993
5,810	8,668	14,318	13,163	16,631

La dotation de 16,567 milliards de francs inscrite en loi de finances initiale pour 1994 devra être majorée de 2,650 milliards de francs en loi de finances rectificative. La dotation prévue en loi de finances initiale pour 1995 s'élève à 19 milliards de francs.

La répartition géographique des effectifs fait apparaître de fortes différences de densité entre les départements, corrélées avec les disparités de taux de chômage. En termes macro-économiques, la carte du RMI apparaît comme l'ombre portée de celle du chômage de longue durée.

2. Des flux d'entrée et de sortie importants

L'évolution du nombre de RMistes recouvre un phénomène dynamique : au cours de 1993, 167.000 personnes sont sorties du dispositif RMI et 288.000 y sont entrées.

La comparaison avec 1992 montre la poursuite de la dynamique d'insertion : malgré un nombre d'entrées supérieur de 50.000 en 1993, il y a eu 18.000 sorties de plus, soit presque 30 % des effectifs en début d'année.

En ce qui concerne les taux de sortie, on observe que parmi les premiers allocataires entrés dans le dispositif RMI au 1er semestre 1989, deux sur trois (65 %) en sont maintenant sortis au bout de quatre ans. La proportion s'améliore nettement pour ceux qui sont entrés ensuite : deux bénéficiaires sur trois entrés au deuxième semestre 1989 sont sortis dès la troisième année et 71 % sont sortis la quatrième année.

Entrées du	Effectifs	Sorties au bout de 2 ans	Taux de sortie	Sorties au bout de 3 ans	Taux de sortie	Sorties au bout de 4 ans	Taux de sortie
1er semestre 1989	336.700	159.700	47 %	191.500	57 %	217.400	65 %
2ème semestre 1989	107.400	56.000	52 %	68.600	64 %	76.700	71 %
Année 1990	192.100	103.800	54 %	124.700	63 %		
1er semestre 1991	100.000	53.200	53 %				

On constate donc que, si les taux de sortie sont très honorables, c'est l'accroissement constant des entrées qui entraîne une hausse du nombre de bénéficiaires du RMI. Il n'en reste pas moins qu'un peu plus de 100.000 bénéficiaires sont au RMI depuis le 1er semestre 1989, parmi les plus marginalisés ou atteints dans leur état de santé.

B. LA DELICATE COGESTION DU DISPOSITIF D'INSERTION

1. Une implication croissante des départements dans le financement de l'insertion

Les départements sont coresponsables du volet insertion du RMI, avec l'Etat. Ils ont une obligation de financer les dépenses d'insertion à hauteur de 20 % des sommes versées par l'Etat pour l'allocation du RMI, les crédits d'insertion non consommés au cours d'un exercice étant reportés sur l'exercice suivant.

La montée en charge très rapide du dispositif d'insertion a mis les départements dans l'obligation de budgéter des sommes de plus en plus importantes : 1 milliard en 1989, 2,4 milliards en 1993, 2,9 milliards en 1994.

Or, les structures d'insertion se mettant en place progressivement au cours des trois premières années, ces sommes n'ont été dans un premier temps que partiellement dépensées.

Dépenses liées au RMI - France métropolitaine

(en milliards de francs)

	1989	1990	1991	1992	1993
Dépenses obligatoires	1,0	1,0	1,7	2,0	2,4
Reports cumulés	-	0,8	1,1	1,5	1,5
Dépense totale budgétée	1,0	1,8	2,8	3,5	3,9
Dépense nette effective des départements	0,2	0,7	1,3	2,0	2,3

Source : *Odas*

A partir de 1992, la situation tend à s'inverser et une majorité de départements consomment la plus grande partie du montant de la dépense obligatoire. Dans certains cas, on note même une consommation des reports cumulés depuis 1989. Dans la mesure où ces crédits proviennent pour partie d'exercices antérieurs, leur consommation massive à un moment donné ne manquera pas de poser le problème de la reconduction des actions financées grâce à ces reports les années suivantes.

Malgré ces efforts, les départements disposaient encore de 1,5 milliard de francs de reports cumulés en 1993. Ils ont donc budgété au total 3,9 milliards de francs en matière d'insertion alors que les dépenses réalisées effectivement dans l'année n'étaient que de 2,3 milliards de francs.

Au total, on constate une progression constante du taux de mandatement, hors reports : 24 % en 1989, 82 % en 1990, 88 % en 1991, 94 % en 1992 et 98 % en 1993.

2. Le difficile fonctionnement des Commissions départementales d'insertion (CDI)

Coprésidée par le préfet et le président du conseil général, la Commission départementale d'insertion (CDI) est conçue comme un lieu de rencontre, de dialogue et de proposition où siègent des représentants de l'Etat, des élus et des représentants d'associations, d'entreprises et d'organismes socio-économiques. Elle est chargée d'adopter le programme départemental d'insertion, qui est relayé par les Comités locaux d'insertion (CLI).

L'efficacité de l'action des CDI a été amoindrie par l'implication tardive de l'ANPE, l'absence du monde économique, la rigidité du fonctionnement des caisses d'allocations familiales et une concertation insuffisante avec les organismes HLM. Par ailleurs, le copilotage du dispositif institutionnel par le président du conseil général et le préfet, ce dernier décidant de l'admission au RMI, a été souvent source de tensions et de dilution des responsabilités.

Cette confusion a contribué à aggraver les obstacles objectifs au développement de l'offre d'insertion, qui s'est heurté à la détérioration de l'emploi et à un certain rationnement, jusqu'à cette année, des CES et des diverses formules de stage.

3. La nécessité d'améliorer le dispositif institutionnel

Afin de redonner plus d'efficacité au dispositif d'insertion, l'article 49 du projet de loi de finances pour 1995, dans sa version initiale, proposait de transférer aux départements 25 % du financement de l'allocation du RMI, cette charge nouvelle étant intégralement compensée la première année puis indexée sur l'indice des prix hors tabac et l'évolution du PIB pour les années suivantes.

Dans son esprit, ce mécanisme désignait les départements comme les principaux responsables des résultats décevants de l'insertion, et ignorait la disparité des efforts consentis par ceux-ci (le taux de signature des contrats d'insertion varie de 100 % pour les dix meilleurs départements, à 14 % pour les dix moins bons, la moyenne nationale se situant à 48,3 %). En l'état actuel de la discussion budgétaire, après le premier examen devant l'Assemblée nationale, il semblerait que l'on s'oriente vers une expérimentation de nouvelles modalités de gestion du dispositif d'insertion dans certains départements préalablement à toute modification éventuelle des règles de financement du RMI.

Plutôt que de complexifier le système du RMI en fractionnant l'allocation, il semble préférable de débloquer le dispositif de cogestion qui est paralysé par des rivalités administratives. Sur ce point, il conviendrait d'abord d'améliorer la circulation de l'information, aucune règle n'imposant la mise en commun des informations détenues par les conseils généraux, les préfetures et les caisses d'allocations familiales.

Mais si la contribution des départements au financement du RMI devait être finalement accrue, cela ne pourrait se faire qu'à la condition de leur donner une véritable maîtrise du dispositif.

III - LES DÉPENSES D'ALLOCATIONS AUX ADULTES HANDICAPÉS

A. LA RÉFORME DE L'AAH

Le rapport de la Cour des comptes de novembre 1993 relatif aux politiques sociales en faveur des adultes handicapés a relevé l'utilisation largement inadaptée des aides financières actuelles dispensées aux personnes handicapées, sources de dérives importantes et de moindre efficacité sociale pour les personnes réellement handicapées aux profits desquelles ont été conçues ces prestations.

La Cour a notamment dénoncé les dérives auxquelles donne lieu l'attribution de l'AAH sur la base de l'article L 821-2 du code de la sécurité sociale, qui en ouvre le bénéfice aux personnes ne présentant pas un taux d'incapacité de 80 %, mais reconnues par la COTOREP dans l'incapacité de se procurer un emploi du fait de leur handicap.

Pour remédier à ces dérives, l'article 95 de la loi de finances pour 1994 a institué un taux d'incapacité minimal pour pouvoir prétendre au bénéfice de l'article L 821-2. Ce taux a été fixé à 50 % par le décret n° 94-379 du 16 mai 1994.

Cette mesure, renforcée par les améliorations apportées par voie de circulaire le 1er août 1994 au fonctionnement des COTOREP, devrait contribuer à résorber la part non justifiée de l'accroissement des dépenses liées à l'AAH. Il convient toutefois de souligner que l'augmentation continue du nombre des allocataires reflète d'abord le succès de la politique en faveur des personnes handicapées, qui leur a permis de jouir d'une longévité accrue.

Evolution du nombre des bénéficiaires de l'AAH

Effectifs			Evolution annuelle en %	
1978	1992	1993	1993/1992	1993/1978
243.000	549.000	563.000	2,6	5,8

Les crédits budgétaires consacrés au financement de l'AAH se sont élevés à 16.575 milliards de francs en 1992 et à 17,895 milliards de francs en 1993. La dotation de 18,121 milliards de francs inscrite en loi de finances initiale pour 1994 devra être complétée de 540 millions de francs en loi de finances rectificative.

B. LE CHANGEMENT DE FINALITÉ DE L'ALLOCATION COMPENSATRICE

Financée par le département au titre de l'aide sociale, l'allocation compensatrice aux personnes handicapées est attribuée par la COTOREP aux personnes lourdement handicapées (ayant un taux d'invalidité d'au moins 80 %), qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne. Il peut s'agir d'une personne rémunérée ou d'un membre de l'entourage familial.

Le montant théorique de l'allocation compensatrice varie, selon l'état de la personne et ses besoins, de 40 % à 80 % du montant de la majoration pour tierce personne attribuée au titre de l'invalidité par les caisses d'assurance maladie, qui s'élève à 5.331 francs par mois au 1er juillet 1994. Le département détermine ensuite le montant définitif de l'allocation en fonction des ressources de la personne.

Entre 1984 et 1989, les dépenses d'allocation compensatrice ont augmenté en moyenne de 6 % par an. Entre 1989 et 1993, ce taux d'augmentation annuelle est passé à 9 %. Ces dépenses, qui représentaient 4,4 milliards de francs en 1984, ont pratiquement doublé en 1993, avec 8,5 milliards de francs.

Dans son étude précitée, l'ODAS a cherché à évaluer la part des dépenses d'allocation compensatrice qui est consacrée aux personnes âgées. Il apparaît ainsi que les personnes de plus de 60 ans représentent en 1993, 69 % des bénéficiaires de l'allocation, contre environ 57 % en 1984. En fait, la grande majorité des intéressés sont des personnes âgées de plus de 80 ans, qui sollicitent l'allocation quand les incapacités liées à leur âge deviennent trop importantes et les placent en situation de dépendance.

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution comparée depuis 1984 des dépenses et des effectifs de l'allocation compensatrice versées aux personnes âgées (ACPA) et de l'allocation compensatrice versée aux personnes handicapées de moins de 60 ans (ACPH).

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Dépenses d'ACPA (en milliards de francs)	2,2	2,3	2,5	2,6	2,7	3,0	3,4	3,8	4,3	4,8
Bénéficiaires de l'ACPA (en milliers)	86	90	95	100	107	122	132	150	166	180
Dépenses d'ACPH (en milliards de francs)	2,2	2,2	2,3	2,6	2,8	2,9	3,1	3,3	3,6	3,7
Bénéficiaires de l'ACPH (en milliers)	64	66	68	70	72	72	74	73	77	81
Dépense d'allocation compensatrice	4,4	4,5	4,8	5,2	5,5	5,9	6,5	7,1	7,9	8,5

Source : SESI/ODAS

Dans son rapport de novembre 1993, la Cour des comptes a relevé que l'effectivité du recours à une tierce personne était difficile à apprécier. Par ailleurs, l'allocation compensatrice n'est ni suspendue ni réduite lorsque la personne bénéficiaire est hébergée dans un établissement médico-social et ne relève pas de l'aide sociale.

C'est pourquoi l'article 59 de la loi du 19 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, a prévu que les conditions d'effectivité de l'aide dispensée à une personne bénéficiaire d'une allocation compensatrice seraient fixées par voie de décret en Conseil d'Etat. Ce décret, qui devra concilier la préservation des droits des usagers avec la nécessaire maîtrise de cette prestation par les conseils généraux, n'est pas encore paru à ce jour.

Toutefois, ce renforcement du contrôle de l'effectivité de l'aide financée par l'allocation compensatrice ne remettra pas en cause le changement de finalité de l'allocation compensatrice : conçue en 1975 pour favoriser le maintien à domicile des adultes handicapés, cette prestation est aujourd'hui davantage orientée vers la prise en charge de la dépendance liée à la vieillesse.

C. LE DÉBAT SUR L'ALLOCATION DÉPENDANCE

Conséquence du vieillissement démographique de la France, le poids croissant du quatrième âge a entraîné l'émergence d'un nouveau risque social : la dépendance. Selon les estimations disponibles, le nombre des personnes âgées très dépendantes s'élèverait à 700.000 en l'an 2000, à 800.000 en 2010 et atteindrait le million en 2020.

Le débat sur la mise en place d'une allocation dépendance amorcé par des travaux parlementaires a franchi une nouvelle étape cette année, sans toutefois aboutir. Un avant-projet de loi a été soumis par le Gouvernement aux partenaires sociaux, au Comité national des retraités et des personnes âgées, et à l'Assemblée des présidents de conseils généraux.

Le coût de l'allocation dépendance proposée dans ce projet a été estimé à 13 milliards de francs par an. Compte tenu de l'état préoccupant des comptes de la sécurité sociale, la création de l'allocation exigerait que les ressources correspondantes soient dégagées, d'une part, par la réaffectation d'une partie des sommes aujourd'hui consacrées aux personnes âgées dépendantes par les départements, d'autre part, pour le solde, par un prélèvement supplémentaire à la charge des retraités.

A l'issue de la consultation évoquée ci-dessus, il est apparu que les conditions n'étaient pas réunies pour que cette allocation soit créée dès le 1er janvier 1995. En effet, la réaffectation des sommes inscrites au budget des départements posait des problèmes techniques très difficiles alors même qu'une opération de clarification des relations financières entre l'Etat et les collectivités locales était en cours et n'avait pas encore été menée à son terme. En outre, le Gouvernement a estimé inopportun d'instituer le prélèvement supplémentaire qui aurait été indispensable au financement de la nouvelle allocation.

Toutefois, sur proposition de sa commission des Affaires sociales, le Sénat a introduit par voie d'amendement dans le texte du projet de loi relatif à la sécurité sociale discuté en juin 1994, un article prévoyant la mise en place d'un dispositif expérimental d'allocation dépendance dans un certain nombre de départements. Cette expérimentation, dont les conditions ont été définies dans un cahier des charges établi par le ministère des Affaires sociales, concernera dix départements et débutera le 1er janvier 1995.

Une telle précaution préalable à l'engagement de toute réforme semble sage, car votre rapporteur estime que la création d'une nouvelle allocation pour prendre en charge le risque dépendance n'est pas a priori nécessaire, mais qu'il est d'ores et déjà possible de répondre à ce besoin nouveau dans le cadre des dispositifs existants.

Il convient ici de souligner que l'équipement en maisons de retraite arrive à saturation. Si l'on regarde au-delà des longues listes d'attente affichées, qui comportent beaucoup de demandes de précaution et d'inscriptions multiples, il apparaît que les taux d'occupation fléchissent et que le *turn over* s'accroît : on entre de plus en plus tard dans les maisons de retraite, pour y rester de moins en moins longtemps. Certains départements pourtant vieillissants envisagent déjà d'en fermer. La vraie question reste l'insuffisante médicalisation de ces établissements, qui nécessiterait d'accélérer les transferts du long séjour hospitalier vers le secteur médico-social.

Plus généralement, le problème de l'isolement et de la dépendance des personnes âgées ne trouvera pas sa solution uniquement dans la création d'une nouvelle prestation sociale. Il s'agit aussi de développer les services de proximité et d'adapter l'urbanisme, ce qui implique un engagement accru des communes dans le cadre des schémas gérontologiques établis par les départements.

Réunie le jeudi 17 novembre 1994 , sous la présidence de M. Christian Poncelet, président, la Commission a décidé de proposer au Sénat l'adoption du budget des Affaires sociales et de la santé (Affaires sociales, santé et ville I - Affaires sociales et santé) pour 1995.