



N° 1790

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 février 2014.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES LOIS CONSTITUTIONNELLES,  
DE LA LÉGISLATION ET DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE  
DE LA RÉPUBLIQUE, SUR LA PROPOSITION DE LOI ORGANIQUE (n° 13) de  
MM. PATRICE MARTIN-LALANDE, GILLES CARREZ, JEAN-PIERRE DOOR, DENIS  
JACQUAT, MAURICE LEROY, BERNARD PERRUT ET MME BÉRENGÈRE POLETTI  
*créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie,*

PAR M. JEAN-PIERRE DOOR,  
Député

---



## SOMMAIRE

	Pages
<b>EXPOSÉ GÉNÉRAL</b> .....	5
A. LA CRÉATION DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ A PERMIS D'ORGANISER L'OFFRE TERRITORIALE DE SERVICES DE SANTÉ....	6
B. ... MAIS DE NOMBREUSES DIFFICULTÉS DOIVENT ENCORE ÊTRE SURMONTÉES .....	7
C. ... GRÂCE À LA CRÉATION D'UNE PART RÉGIONALE AU SEIN DE L'ONDAM QUI OFFRE UNE VÉRITABLE MARGE DE MANŒUVRE FINANCIÈRE AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ .....	9
<b>DISCUSSION GÉNÉRALE</b> .....	13
<b>EXAMEN DES ARTICLES</b> .....	17
<i>Article 1<sup>er</sup></i> (art. L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale) : Fixation d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie au sein des lois de financement de la sécurité sociale .....	17
<i>Article 2</i> (art. L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale) : Modification du contenu des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année .....	33
<i>Article 3</i> (art. L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale) : Modification des conditions de vote de l'ONDAM au sein de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année .....	35
<i>Titre de la proposition de loi organique</i> .....	37
<b>TABLEAU COMPARATIF</b> .....	39
<b>PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR</b> .....	53



MESDAMES, MESSIEURS,

La création des agences régionales de santé (ARS) a permis d'organiser de manière rationnelle l'offre territoriale des services de santé mais de nombreuses difficultés persistent pour leur permettre d'exercer leurs missions de façon pleinement responsable et transversale.

L'objectif de la présente proposition de loi organique est de surmonter certaines de ces difficultés en donnant aux agences régionales de santé des marges de manœuvre pour « dépenser mieux » à travers la création, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), d'une part régionale qui permette d'orienter une partie de la dépense d'assurance maladie en fonction des spécificités et des besoins de santé constatés vers le financement de projets innovants et efficaces.

Depuis la mise en place des agences régionale de santé, des progrès notables ont été effectués : ainsi, depuis le dépôt de la présente proposition de loi organique le 27 juin 2012, un fonds d'intervention régional (FIR) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et a progressivement monté en puissance dans le cadre des lois de financement pour 2013 et 2014.

Cependant, la présente proposition de loi organique peut permettre d'achever cette démarche en dotant les agences régionales de santé d'une enveloppe pouvant être librement et réellement consacrée au financement de projets transversaux, déterminée annuellement par le Parlement dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

## **A. LA CRÉATION DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ A PERMIS D'ORGANISER L'OFFRE TERRITORIALE DE SERVICES DE SANTÉ...**

Créées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST), les agences régionales de santé devaient permettre de décloisonner les différents secteurs de la santé (hôpital, prévention, ambulatoire, médico-social) pour une approche transversale des sujets. Installées le 1<sup>er</sup> avril 2010, les agences régionales de santé se sont vues confier plusieurs missions majeures dont l'organisation, les autorisations, la régulation et le contrôle des acteurs de l'ensemble du champ de la santé.

Le cap fixé par la précédente majorité était donc ambitieux : il s'agissait d'en finir avec la segmentation du système de santé connue jusqu'alors pour sa complexité et ses insuffisances, pour regrouper dans une même structure – l'agence régionale de santé – plusieurs institutions : agences régionales de l'hospitalisation, directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale, groupements régionaux de santé publique, unions régionales des caisses d'assurance-maladie et caisses régionales d'assurance-maladie, et enfin les missions régionales de santé.

Dans chaque région, depuis lors, une entité unique a désormais la responsabilité éminente sur l'organisation territoriale de l'offre de soins, en cohérence avec les objectifs de réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins, d'une part, et d'efficience, d'autre part.

Les agences régionales de santé veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. À cette fin, la loi du 21 juillet 2009 leur a confié d'importants pouvoirs pour faciliter les coopérations hospitalières. Les agences régionales de santé contribuent également à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé. Elles *« veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent aux contrôles nécessaires »*. Elles contribuent, avec les autres services compétents, à *« la lutte contre la maltraitance et au développement de la "bienveillance" dans les établissements et services de santé et médico-sociaux »*. Elles veillent *« à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion »*. Enfin, elles *« définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires »*.

Pour remplir leurs missions au regard du respect de l'ONDAM, les agences régionales de santé ont des responsabilités et des pouvoirs clairs en

matière de retour à l'équilibre des établissements de santé, d'amélioration de leur performance globale et, en lien avec l'assurance maladie, sur la définition et la conduite des actions de gestion du risque. C'est, pour elles, un enjeu de premier ordre.

Toutefois, depuis la création des agences régionales de santé, de nombreuses difficultés sont apparues tenant tant au système de gouvernance de la santé en France qu'au manque de fongibilité des crédits des agences, qui méritent d'être surmontées pour atteindre les objectifs fixés par la loi HPST.

## **B. ... MAIS DE NOMBREUSES DIFFICULTÉS DOIVENT ENCORE ÊTRE SURMONTÉES**

Près de quatre ans après la création des agences régionales de santé, votre rapporteur ne peut que constater qu'il reste du chemin à faire pour atteindre les objectifs de responsabilisation et de transversalité des agences fixés par la loi HPST.

Si la logique de contractualisation, la régionalisation de la démocratie sanitaire ou encore la régulation de l'offre de soins de proximité apparaissent comme de véritables avancées, les agences régionales de santé ne disposent pas encore des leviers d'actions indispensables à la bonne conduite de ces objectifs, ni même d'une autonomie réelle vis-à-vis du niveau national.

- *L'organisation administrative nationale cloisonnée empêche le déploiement d'une vision transversale du système de soins*

Comme le souligne le rapport de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales intitulé *Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017*<sup>(1)</sup>, le pilotage national du système de soins reste structuré selon une logique « métier », par segment de l'offre de soins :

– le pilotage de la médecine de ville est exercé par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en lien avec la direction de la sécurité sociale (DSS) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;

– le pilotage du secteur hospitalier est assuré par la DGOS ;

– le pilotage du secteur médico-social est placé sous la responsabilité de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en lien avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;

– enfin, le pilotage de la politique de santé publique est assuré par la direction générale de la santé.

---

(1) *Rapport de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales, Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017, juin 2012, p. 62-63* : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_ONDAM-IGAS-IGF\\_juin2012.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDAM-IGAS-IGF_juin2012.pdf).

- *Cette répartition des responsabilités se retrouve dans la construction de l'ONDAM, décomposée en sous-enveloppes non fongibles*

Cette répartition des responsabilités se retrouve dans la construction de l'ONDAM, décomposé en sous-enveloppes correspondant à l'activité des directions précitées et obéissant chacune à des logiques distinctes :

#### ONDAM 2013 PAR SOUS-OBJECTIFS

(en milliards d'euros)

Sous-objectifs ONDAM	Objectifs 2013	Prévision 2013
Soins de ville	80,5	80,0
Établissements de santé	76,5	76,4
Établissements et services médicaux-sociaux	17,1	17,1
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	8,4	8,4
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,7	8,7
Autres prises en charge	1,3	1,3
<b>ONDAM TOTAL</b>	<b>175,4</b>	<b>174,9</b>

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale 2014.

La construction annuelle du tendancier de dépenses est ainsi réalisée par sous-enveloppe, sans harmonisation méthodologique entre les différentes administrations qui pilotent chaque sous-enveloppe <sup>(1)</sup>. En conséquence, le rapport précité souligne que « *les mesures d'économie ou de restructuration sont conduites secteur par secteur, sans qu'une consolidation d'ensemble soit vraiment réalisée* ».

Au-delà même de l'ONDAM, le financement du secteur médico-social, partagé avec les conseils généraux accroît encore la dispersion des financements et des responsabilités afférentes.

- *Ce mode de gouvernance et le cloisonnement des enveloppes budgétaires au sein de l'ONDAM sont sources de difficultés*

Selon les informations transmises à votre rapporteur par les opérateurs sur le terrain, cette situation n'est pas optimale et se traduit par :

– une absence de vision transversale du système de soins : les évolutions sont conduites au sein de chaque secteur sans articulation. Cela explique la difficulté à construire une approche des « parcours de soins » articulant passage en établissement et prise en charge en ville, par exemple via des outils de tarification

---

(1) Voir le commentaire de l'article 1<sup>er</sup> dans le présent rapport.

transversaux ou des enveloppes financières fongibles. Plus largement, cette logique limite fortement la capacité du système à favoriser une réflexion autour de la prise en charge « pertinente » des patients, laissant perdurer de fait des soins inadaptes aux besoins des patients et des coûts inutiles ;

– une incapacité à construire une stratégie à moyen terme : l’existence de bases de données séparées entre les différents champs, d’indicateurs de suivi différenciés et de méthodologies de calcul des projections à moyen-terme distinctes limite fortement toute démarche de construction d’une stratégie pluriannuelle, qui seule peut permettre une réforme cohérente du système de soins ;

– de multiples sources d’inefficacités voire de contradictions, comme le déploiement sur un même territoire d’une offre excédentaire en établissements par le cumul de plans d’investissement hospitaliers et médico-sociaux, en lieu et place du financement de projets innovants, sources d’économies structurelles comme le montrent les exemples mentionnés dans l’exposé des motifs de la présente proposition de loi organique.

Si l’outil est en place, il est donc désormais indispensable d’aller jusqu’au bout de la logique, à travers une véritable déconcentration du système de santé français, en dotant les agences régionales de santé d’outils adaptés aux objectifs qu’elles poursuivent, à commencer par un mode de financement beaucoup plus souple pour mieux orienter la dépense d’assurance maladie au niveau régional.

### **C. ... GRÂCE À LA CRÉATION D’UNE PART RÉGIONALE AU SEIN DE L’ONDAM QUI OFFRE UNE VÉRITABLE MARGE DE MANŒUVRE FINANCIÈRE AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ**

L’objectif de la présente proposition de loi organique est de donner aux agences régionales de santé des marges de manœuvre pour « dépenser mieux » en créant, au sein de l’ONDAM, une part régionale qui permette d’orienter une partie de la dépense d’assurance maladie en fonction des spécificités et des besoins de santé constatés vers le financement de projets innovants et efficaces.

L’**article 1<sup>er</sup>** de la présente proposition de loi entend donc créer, au sein de l’ONDAM, une part régionale dont le montant serait fixé en loi de financement de la sécurité sociale de l’année, et rectifié le cas échéant pour l’année en cours, par le Parlement. Au sein de cette nouvelle enveloppe régionale, le Parlement serait également amené à fixer le montant de 26 objectifs régionaux de dépenses d’assurance maladie (ORDAM), construits sur le modèle de l’ONDAM. En outre, le montant de chaque sous-objectif de l’ONDAM – ou des ORDAM – ne serait plus fixé qu’à titre indicatif afin de favoriser la fongibilité des crédits entre chaque sous-enveloppe de l’ONDAM et des ORDAM.

L’**article 2** de la présente proposition de loi organique modifie en conséquence le contenu du rapport annexé au projet de loi de financement de

l'année afin qu'il décrive notamment la part de l'ONDAM consacrée aux ORDAM pour les quatre années à venir. Il en tire les conséquences sur le contenu de l'annexe spécifique du projet de loi de financement de l'année consacrée à l'ONDAM afin qu'elle présente désormais l'évolution, au regard des besoins de santé publique dans chaque région, des soins financés au titre des ORDAM ainsi que les modifications de périmètre éventuelles des ORDAM.

Enfin, l'**article 3** modifie les conditions de vote de la loi de financement de la sécurité sociale afin de permettre au Parlement de se prononcer, par un vote distinct de l'ONDAM, sur le montant de la part régionale de l'ONDAM consacrée aux ORDAM ainsi que sur le montant de chaque ORDAM.

Votre rapporteur souscrit aux objectifs de la présente proposition de loi organique et constate que, depuis son dépôt à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 juin 2012, le législateur financier n'a cessé de promouvoir la démarche de régionalisation sous-tendant ses objectifs.

Ainsi, l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a créé un nouveau fonds d'intervention régional (FIR) fusionnant des crédits et dotations existants au sein de l'ONDAM, afin de donner aux agences régionales de santé des instruments financiers souples et faciles d'emploi pour les mettre en situation de responsabilité. La création du FIR visait ainsi à promouvoir une plus grande transversalité des moyens de financement des agences, en favorisant le décloisonnement entre l'offre ambulatoire et hospitalière, l'offre sanitaire et médico-sociale, ainsi qu'entre les soins et la prévention.

D'un montant de 1,5 milliard d'euros en 2012, le FIR est passé à 3,3 milliards d'euros en loi de financement pour 2013 en raison d'un élargissement de son périmètre initial à certaines missions d'intérêt général ainsi qu'à des enveloppes destinées à améliorer les parcours de soins.

Enfin, l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a érigé le FIR en nouveau sous-objectif de l'ONDAM.

Par conséquent, le droit en vigueur consacre déjà l'existence d'une part régionale au sein de l'ONDAM, libre d'emploi par les agences régionales de santé.

Les auditions menées par votre rapporteur ont démontré que la création du FIR répondait parfaitement aux objectifs de transversalité et de mise en responsabilité des agences régionales de santé comme l'ambitionnait la création des ORDAM dans la présente proposition de loi organique, mais qu'elle s'avère en pratique insuffisante.

En effet, le FIR n'est jusqu'à maintenant constitué que d'une compilation de sous-enveloppes de dépenses préexistantes de sorte que les directeurs des agences régionales de santé ont toujours l'impression que l'essentiel des crédits du FIR sont en réalité « fléchés ». Selon M. Claude Évin, directeur de l'Agence

régionale de santé d'Île-de-France, plus de 90 % de l'enveloppe consacrée au FIR en 2013 pour son agence correspondrait ainsi à des dépenses contraintes, si bien que les marges de manœuvre pour financer des projets innovants dans cette région au titre du FIR seraient limitées à 5 à 10 % des crédits, soit 58 millions d'euros sur une enveloppe consacrée au FIR de 580 millions d'euros.

C'est la raison pour laquelle votre rapporteur estime qu'il serait pertinent de mettre à jour la présente proposition de loi organique pour tirer les conséquences des évolutions législatives antérieures et consacrer, sur le plan organique et sur le plan politique, la création du FIR en lieu et place des ORDAM.

Votre rapporteur vous proposera donc plusieurs amendements en ce sens qui ont le mérite de confier aux parlementaires le soin de fixer le montant global de la part de l'ONDAM consacrée au FIR avant de déterminer la répartition des dépenses consacrées aux autres sous-objectifs de l'ONDAM.

Ces amendements constituent l'aboutissement de la démarche de déconcentration de la politique de santé publique au niveau régional, sous le contrôle du Parlement, sans toutefois remettre en cause la capacité de l'État à arbitrer la répartition du FIR en fonction des besoins de santé et des spécificités de chaque région.

\*

\* \*



## DISCUSSION GÉNÉRALE

*Lors de sa séance du mercredi 12 février 2014, la Commission procède à l'examen de la proposition de loi organique, sur le rapport de M. Jean-Pierre Door.*

*Après l'exposé du rapporteur, une discussion générale s'engage.*

**M. Gérard Bapt.** Je dois l'honneur de siéger dans votre Commission à l'initiative de M. Jean-Pierre Door et de ses collègues du groupe UMP, qui ont jugé opportun d'inscrire à l'ordre du jour une proposition de loi organique dont l'objet – la création des ORDAM – avait pourtant été combattu au moment de la discussion de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) par la majorité de l'époque. Plusieurs membres de cette ancienne majorité avaient cependant déposé – sans succès – une proposition de loi allant en ce sens. En juillet 2012, nos collègues ont repris ce texte ; plusieurs décalages en rendent pourtant la discussion difficile.

L'exposé des motifs met en exergue de réels problèmes de gestion que rencontrent aujourd'hui les directeurs d'ARS, notamment en matière d'expérimentations ; deux exemples relatifs à la région Centre y sont notamment cités. Le premier concerne la pérennité du financement d'un regroupement fonctionnel de médecins généralistes qui bénéficiait, à titre d'expérimentation, d'une subvention de l'ARS. L'expérimentation venant à son terme au bout de trois ans, cette expérience est aujourd'hui en danger. En effet, l'assurance maladie ne peut pas, à l'heure actuelle, assurer automatiquement la poursuite du financement, même si l'expérimentation est jugée valide. La direction de l'ARS se trouve donc en difficulté, devant mobiliser ses crédits FIR sous une forme contrainte, ce qui la dépossède de ses capacités d'innovation, d'expérimentation et d'adaptation au terrain.

Le deuxième exemple concerne un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) où l'embauche d'un médecin salarié a permis de réaliser des économies, notamment en évitant des hospitalisations toujours coûteuses. Les problèmes évoqués sont réels, mais la proposition de loi n'aiderait en rien à les résoudre. Ce type de difficultés devrait être levé par l'engagement d'une négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les représentants des professions de santé, dans le cadre d'un accord interprofessionnel sur les problèmes de délégation et de rémunération. La ministre de la Santé a d'ailleurs récemment réclamé que ces négociations s'engagent au plus vite, faute de quoi la démarche législative pourrait être engagée pour prendre le relais.

S'agissant de la proposition elle-même, introduire dans une loi organique la possibilité de séparer une part nationale et une part régionale dans l'enveloppe globale du FIR et attribuer par vote parlementaire des enveloppes à chacune des régions a été jugé inapproprié par l'ensemble de nos interlocuteurs. D'une part, on manque d'outils d'évaluation ; d'autre part, cette organisation ne réglerait ni le problème de la prise en charge des personnes qui se font traiter en dehors de leur région ni celui des dépassements de l'enveloppe qui viendraient créer un déficit régional. Les auteurs du texte ont tiré les conséquences de ces avertissements, leurs amendements remettant totalement en question le mécanisme initialement envisagé. Le groupe SRC – tout comme le Gouvernement – ne peut que suivre le constat opéré par nos collègues.

**M. Patrice Martin-Lalande.** La proposition de loi organique, que nous avons déposée en juin 2012, doit bien entendu être actualisée. Permettez-moi de rappeler son objectif. Pour poursuivre des innovations qui permettent aujourd'hui à la sécurité sociale de réaliser des économies, il faudrait qu'une partie de celles-ci puissent être affectées à la pérennité desdites innovations. Le paradoxe est que, alors même que nous cherchons à faire des économies pour continuer à assurer le meilleur service possible en matière de santé, cela n'est possible que de manière temporaire, et difficilement. Dans le système de financement actuel de la sécurité sociale, on ne peut en effet mobiliser les crédits nécessaires au-delà des deux ou trois ans que dure l'expérimentation. On se tourne donc vers les collectivités territoriales pour prendre le relais, ce qui est difficilement admissible, puisque ces actions permettent d'alléger les coûts qui pèsent sur le budget de la sécurité sociale. Les innovations validées permettant de réaliser des économies confirmées et mesurées doivent pouvoir faire l'objet d'un financement pérenne. Il s'agit de décloisonner les circuits de financement de la sécurité sociale, d'où l'idée initiale d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie. Les évolutions positives intervenues depuis trois ans nous conduisent bien sûr à actualiser notre proposition de loi organique – c'est l'objet des amendements du rapporteur. Mais l'idée maîtresse reste la même : nous avons besoin de « repositionner les tuyaux de financement » de la sécurité sociale pour que les innovations puissent être financées dans la durée, et les économies réalisées pérennisées.

L'EHPAD auquel Gérard Bapt a fait allusion compte soixante-quinze pensionnaires. Depuis trois ans, grâce à la présence d'un médecin validée par l'ARS, 1 000 journées d'hospitalisation à 700 euros la journée ont pu être économisées chaque année, auxquelles s'ajoutent les économies de transports et de médicaments. Nous arrivons à 850 000 euros d'économies par an – sans parler du bénéfice sur le plan humain et sur celui de la santé. S'interdire de pérenniser une telle expérience en affectant – comme nous le proposons – une partie des économies ainsi réalisées à son financement serait allée contre la recherche du meilleur service rendu au meilleur coût en matière de santé. C'est pourquoi je vous invite à voter cette proposition de loi organique actualisée.

**Mme Marietta Karamanli.** Nous saluons votre volonté d'améliorer la fongibilité des crédits de la sécurité sociale. Néanmoins, nous sollicitons des

éléments de réponse sur certains points. Tout d'abord, l'exposé des motifs fait référence à des « critères objectifs » pour la définition des objectifs régionaux, sans préciser quels seraient ces critères. Au-delà de la démographie, pensez-vous par exemple à des indicateurs comme l'accès aux soins ou la lutte contre les inégalités sanitaires ?

Si vous évoquez la fongibilité, vous ne faites par ailleurs aucune référence à la question de la coordination – encore limitée aujourd'hui – entre le sanitaire et le médico-social, qui est au cœur même de la mission de l'ARS et de la mise en œuvre du dispositif de la loi HPST. Dans ma région, les réseaux gérontologiques restent très modestes ; les calendriers sont déconnectés. Ce constat se retrouve dans le rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2012. Ne serait-il pas nécessaire de disposer d'une évaluation pour conforter la stratégie avant de toucher aux outils ?

**M. le rapporteur.** Je remercie nos collègues pour leurs interventions. Nous avons en effet déjà évoqué la régionalisation lors de la discussion de la loi « HPST », monsieur Bapt. Notre proposition avait alors été rejetée, y compris, vous l'avez rappelé, par l'ancienne majorité. Je rappelle néanmoins que la recommandation n° 23 du rapport au Parlement du comité d'évaluation de la loi « HPST », conduit par M. Jean-Pierre Fourcade, rédigé il y a bientôt trois ans, estimait que, à court terme, les ARS devraient bénéficier d'une importante fongibilité de leurs moyens d'intervention, et que, à moyen terme, le financement de la santé devrait évoluer vers la définition d'objectifs régionaux de dépenses de l'assurance maladie.

Le rapport annexe d'évaluation préalable des articles du PLFSS de 2014 expliquait pour sa part que, afin de fluidifier les parcours de soins et d'éviter les ruptures de prise en charge, il était « nécessaire d'introduire davantage de souplesse dans l'utilisation des crédits provenant des différents sous-objectifs de l'ONDAM. » La mesure proposée à l'article 35 visait donc à donner une plus grande souplesse de gestion aux régions, en permettant des transferts de crédits entre la dotation annuelle de financement (DAF) des établissements non tarifés à l'activité et le FIR, ce qui se fait. La majorité souhaite donc aller vers un décloisonnement des financements à l'échelle des régions.

Certes, la proposition de loi organique ne répond pas à toutes les questions qui se posent. Les amendements que je défendrai dans un instant devraient me permettre de répondre aux interrogations qui subsistent.

Nous retrouvons dans le FIR les mêmes sous-objectifs que dans les ORDAM, madame Karamanli. Ceux-ci pourront être renégociés. Nous souhaitons donner plus de marges de manœuvre aux ARS pour s'engager dans les différentes propositions que vous faites – décloisonnement entre le social et le médico-social, entre la ville et l'hôpital, accès aux soins... Les marges de manœuvre sont aujourd'hui trop étroites pour des ARS, qui connaissent trop de contraintes. Avec cette proposition de loi organique, nous souhaitons sanctuariser politiquement et

juridiquement le FIR, afin qu'il puisse être voté chaque année par le Parlement. En effet, il est désormais un outil fondamental pour l'action des ARS.

Il ne s'agit donc plus de créer vingt-six ORDAM, comme le prévoyait le texte initial, mais simplement de donner une plus grande latitude d'action aux ARS.

*La Commission en vient à l'examen des articles de la proposition de loi organique.*

## EXAMEN DES ARTICLES

### *Article 1<sup>er</sup>*

(art. L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale)

### **Fixation d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie au sein des lois de financement de la sécurité sociale**

Le présent article propose de modifier l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale qui précise le contenu des lois de financement de la sécurité sociale afin d'introduire la fixation d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM) aux côtés de l'objectif national d'assurance maladie (ONDAM) parmi les dispositions obligatoires des lois de financement de la sécurité sociale.

#### **A. LE DROIT EN VIGUEUR**

##### **1. Le contenu des lois de financement de la sécurité sociale**

L'article 34 de la Constitution, tel que modifié par la loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996, dispose que les lois de financement de la sécurité sociale « *déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique* ».

La loi de financement de la sécurité sociale est une catégorie particulière de loi : elle fixe les soldes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement. De plus, elle peut autoriser certains de ces organismes à recourir à l'emprunt et comporter un certain nombre d'autres mesures à caractère financier ou améliorant le contrôle du Parlement sur les finances sociales.

Le périmètre des lois de financement englobe tous les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ce qui exclut les régimes complémentaires et l'assurance chômage) ainsi que les organismes concourant à leur financement, en l'occurrence le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Il comprend également le Fonds de réserve pour les retraites (FRR), la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Il faut distinguer deux catégories de lois de financement : la loi de financement de l'année et les lois de financement rectificatives.

Les règles spécifiques qui leur sont applicables résultent de la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996, modifiée par les lois organiques n° 2005-881 du 2 août 2005 et n° 2010-1380 du 13 novembre 2010. Ces

dispositions organiques sont codifiées principalement sous les articles L.O. 111-3 à L.O. 111-10-2 du code de la sécurité sociale.

**L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale précise le contenu des lois de financement de la sécurité sociale de l'année.** Celle-ci comprend quatre parties.

**La première partie** est relative au dernier exercice clos et constitue l'équivalent d'une loi de règlement (année N-2).

**La deuxième partie** est consacrée aux dispositions relatives à l'année en cours (année N-1), ce qui permet au Gouvernement de proposer au Parlement d'adopter des rectifications pour cette année. Cette partie est articulée en deux sous-parties, la première relative aux recettes et à l'équilibre général, la seconde relative aux dépenses, et notamment celles relevant de l'ONDAM.

**La troisième partie** établit les prévisions de recettes et l'équilibre général des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement de ces régimes pour l'année N ; outre les tableaux d'équilibre relatifs à l'année N (recettes, dépenses et soldes), elle fixe ainsi les plafonds d'avances de trésorerie auxquelles peuvent recourir les régimes.

**La quatrième partie** fixe les objectifs de dépenses pour l'année à venir, à savoir : les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ; les objectifs de dépense, par branche de la sécurité sociale (maladie, accidents du travail-maladies professionnelles, vieillesse et famille), éventuellement décomposés en sous-objectifs ; l'ONDAM de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs.

L'ONDAM ne doit donc pas être confondu avec l'objectif de la branche maladie de la sécurité sociale : il y a coexistence, chaque année, du vote d'un objectif inter-régimes de la branche maladie de la sécurité sociale et d'un autre objectif général « d'assurance maladie », l'ONDAM, décliné en sous-objectifs.

## **2. L'ONDAM et ses sous-objectifs dans la loi de financement de la sécurité sociale de l'année**

### ***a. Le champ de l'ONDAM***

Comme le souligne le rapport annuel 2011 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM)<sup>(1)</sup>, **l'ONDAM ne concerne pas l'intégralité des dépenses de la branche maladie.** Celles-ci rassemblent en effet quatre risques : maladie, maternité, invalidité et décès. Or, l'ONDAM ne couvre pas les prestations « invalidité et décès » ni les prestations en numéraire de maternité

---

(1) *Rapport annuel 2011 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, L'assurance maladie face à la crise : Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins, 15 décembre 2011 : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport\\_annuel\\_hcaam\\_version\\_definitive\\_2011-2.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_hcaam_version_definitive_2011-2.pdf).

(indemnités journalières). Enfin, sont également exclues de l'ONDAM les frais de gestion et les frais financiers de la branche maladie ainsi que les prestations du fonds national d'action sanitaire et sociale et du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire <sup>(1)</sup>.

À l'inverse, **l'ONDAM englobe certaines dépenses non couvertes par la branche maladie**, telles que certaines dépenses de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » ou encore la prise en charge du financement d'une partie des cotisations sociales des professionnels de santé conventionnés notamment.

Enfin, par construction, **l'ONDAM ne retrace pas l'effort public de couverture des dépenses de soins réalisé par l'État** en loi de finances de l'année (aide médicale de l'État, couverture maladie universelle complémentaire) **ni par les collectivités territoriales**, notamment en matière de prévention (protection maternelle et infantile, dépistage...).

Bien qu'il ne reflète pas la totalité de l'effort public de couverture des dépenses de soins, l'ONDAM retrace néanmoins l'essentiel de ces dépenses. Selon le rapport de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales intitulé *Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017* <sup>(2)</sup>, **l'ensemble des dépenses de santé en France s'élèverait à 220 milliards d'euros en 2011, soit 11,8 % du PIB**. La France serait ainsi le troisième pays au sein de l'OCDE qui consacre le plus de dépenses au secteur de la santé, après les États-Unis et les Pays-Bas. Au sein cette dépense totale, **la part de l'ONDAM s'élevait à 167,1 milliards d'euros en 2011** (soit 76 % des dépenses publiques de santé).

Depuis 2012, le taux de progression de l'ONDAM a été limité, en exécution, à une progression de + 2,4 % par an pour atteindre **174,9 milliards d'euros en 2013** <sup>(3)</sup>.

#### ***b. Le mode de construction de l'ONDAM***

**Dès l'origine, la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 a établi un lien entre les objectifs de dépenses et les orientations des politiques de santé et de sécurité sociale.**

Pour autant, ce lien n'a pas conduit à calculer l'ONDAM sur la base d'un « budget en base zéro » (justification au premier euro) à partir d'une consolidation

---

(1) La fiche 7.4 du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2013 décrit en détail le passage des dépenses du champ de l'ONDAM aux prestations maladie-maternité des comptes de la CNAMTS.

(2) Rapport de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales, Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017, juin 2012 : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_ONDAM-IGAS-IGF\\_juin2012.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDAM-IGAS-IGF_juin2012.pdf).

(3) Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2014 a été fixé à 179,2 milliards d'euros, soit un taux de progression de 2,4 % par rapport à 2013.

des besoins de l'ensemble de la population estimés *a priori* et valorisés financièrement. Une telle méthode de calcul se heurte en effet à l'absence de données précises sur le suivi de dépenses de santé pour chaque pathologie et il est actuellement techniquement impossible de modéliser une « dépense nécessaire » à partir d'un état pathologique donné.

Dès lors, la fixation du premier ONDAM en 1996 (pour l'année 1997) s'est faite sur la base des dépenses des régimes d'assurance-maladie constatées en 1996 et recalculées sur le champ de l'ONDAM, assorti d'un taux de croissance de l'ONDAM pour l'année 1997 voté par le Parlement dans le cadre de la première loi de financement de la sécurité sociale de l'année.

Jusqu'en 2000, le taux de croissance de l'ONDAM était présenté « ONDAM sur ONDAM », c'est-à-dire par rapport à l'ONDAM voté l'année précédente, que cet objectif ait ou non été réalisé.

Depuis 2000, l'habitude a été prise de proposer au Parlement de voter un taux de croissance de l'ONDAM « rebasé », c'est-à-dire à partir de la base la plus proche possible de l'exécution attendue pour l'année en cours.

### **La détermination du taux de croissance de l'ONDAM pour l'année à venir (N+1) s'opère en trois étapes successives :**

– la première étape consiste à partir du montant prévisionnel des dépenses de l'année N telles qu'elles sont estimées par la commission des comptes de la sécurité sociale, lors de sa réunion de septembre de l'année N, pour chaque sous-objectif. Puis, l'on retranche les dépenses exceptionnelles de l'année N (qui n'ont pas vocation à se reproduire, comme par exemple celles qui seraient liées à une pandémie grippale exceptionnelle) et l'on tient compte des autres mesures de périmètre ;

– sur cette « base » de l'année en cours (N), l'on détermine les facteurs de progression des dépenses d'assurance maladie (en N+1) pour chaque sous objectif de l'ONDAM. Depuis 1997, on a recours au calcul du taux de progression « tendanciel » des dépenses du champ de l'ONDAM. La notion de « tendanciel », souvent utilisée en prospective et associée à un « scénario », désigne l'évolution prévisible des dépenses au regard de la tendance passée, en l'absence de toute mesure ou événement nouveau. Néanmoins, si le Gouvernement entend proposer des dépenses nouvelles en N+1, il doit les ajouter au calcul du taux d'évolution tendanciel de l'année N+1 ;

– pour ramener ce taux d'évolution tendanciel de l'année N+1 vers celui qui paraît justifié ou financièrement soutenable, le Gouvernement propose enfin des mesures d'économies pouvant minorer cette prévision de dépenses <sup>(1)</sup>.

---

(1) Pour plus de détail sur le mode de calcul de l'ONDAM, se référer au rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie précité, p. 32 à 44 : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport\\_annuel\\_hcaam\\_version\\_definitive\\_2011-2.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_hcaam_version_definitive_2011-2.pdf).

Une fois le taux d'évolution de l'ONDAM fixé par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale pour l'année à venir, il appartient à la caisse nationale d'assurance maladie de veiller au respect de cet objectif, qui, s'il n'est pas juridiquement une enveloppe limitative de crédit, constitue un engagement politique fort des pouvoirs publics et un instrument de démocratie sanitaire et sociale fondamentale.

On doit néanmoins de constater qu'entre 1996 et 2010, l'ONDAM voté en loi de financement de la sécurité sociale a systématiquement été dépassé. C'est la raison pour laquelle, l'article 40 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance-maladie. En vertu des dispositions de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, ce comité « *placé auprès de la Commission des comptes de la Sécurité sociale* » s'est vu confier la mission « *d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement* ».

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le contrôle exercé par le comité d'alerte de l'ONDAM a été renforcé : aux termes de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 48 de cette loi de financement, le comité d'alerte rend, en sus de l'avis prévu avant le 1<sup>er</sup> juin de chaque année, un avis, au plus tard le 15 avril, sur la réalisation de l'ONDAM de l'exercice écoulé et sur les conséquences qu'il en déduit sur le respect de l'objectif de l'année en cours et un avis, au plus tard le 15 octobre, sur les éléments ayant permis l'élaboration de l'ONDAM de l'année à venir et, s'il estime que cet objectif ne peut manifestement pas être respecté, de présenter ses réserves. Il peut, à cette occasion, faire des propositions pour mieux réguler les dépenses d'assurance maladie.

Ce renforcement du rôle du comité d'alerte a porté ses fruits puisque depuis 2011, l'ONDAM a toujours été respecté car des mesures de régulation de ces dépenses ont été prises à temps (régulation des prix, des volumes et de la prise en charge des dépenses par l'assurance-maladie) par les différents gouvernements.

### ***c. L'ONDAM et ses sous-objectifs***

Le principe du vote chaque année d'un objectif national des dépenses d'assurance maladie « unique et global » prévu par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale a été adapté par la **loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 pour prévoir sa décomposition en sous-objectifs**.

Ainsi, depuis 2006, les lois de financement de la sécurité sociale doivent fixer « *l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs*. »

L'article L.O. 111-3 prévoit que « [l]a définition des composantes des sous-objectifs est d'initiative gouvernementale. Les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont consultées sur la liste des sous-objectifs et la définition des composantes de ces sous-objectifs. Le nombre de sous-objectifs ne peut être inférieur à cinq. »

**Dès 2006, le Gouvernement a proposé de retenir six sous-objectifs de l'ONDAM correspondant aux grands secteurs de l'offre de soins :** dépenses de soins de ville ; établissements de santé tarifés à l'activité ; autres dépenses relatives aux établissements de santé ; contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ; contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées ; autres prises en charge.

La contribution de chacun de ces sous-objectifs à l'ONDAM en 2013 est décrite dans le tableau ci-après :

**PRÉVISIONS DE RÉALISATION DE L'ONDAM 2013 PAR SOUS-OBJECTIFS**

(en milliards d'euros)

Sous-objectifs ONDAM	2012	Base 2013 réactualisée [1]	Objectifs 2013	Prévision 2013 [2]	Taux d'évolution ( [2] / [1] )	Écart à l'objectif
Soins de ville	77,9	77,9	80,5	80,0	2,7 %	- 0,5
Établissements de santé	74,5	74,5	76,5	76,4	2,6 %	- 0,05
Établissements et services médicaux-sociaux	16,5	16,5	17,1	17,1	3,9 %	0
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	8,0	8,0	8,4	8,4	4,6 %	0
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,4	8,5	8,7	8,7	3,3 %	0
Autres prises en charge	1,2	1,2	1,3	1,3	6,8 %	0,03
<b>ONDAM TOTAL</b>	<b>170,1</b>	<b>170,1</b>	<b>175,4</b>	<b>174,9</b>	<b>2,8</b>	<b>- 0,5</b>

*Les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant 2013 et après fongibilité.*

*Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale 2014.*

Le découpage retenu correspond globalement à des objectifs de dépenses ou des dotations pour lesquelles les champs de responsabilité sont relativement bien séparés (assurance maladie pour les dépenses de soins de ville, État pour les dépenses hospitalières, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA – pour la dépense médico-sociale) et les instruments de régulation des dépenses bien distincts (conventions nationales, arrêtés tarifaires ministériels annuels, dotations régionales limitatives ...).

En revanche, ce découpage a conduit à une forme d'imperméabilité entre les différents objectifs de l'ONDAM conduisant à certaines difficultés dans le pilotage de l'ONDAM même si c'est toujours le respect de l'objectif global de l'ONDAM voté qui est visé, et non le respect de chacun de ses sous-objectifs.

### **3. Les difficultés liées au pilotage des dépenses de santé, faute de fongibilité des crédits gérés par les agences régionales de santé**

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) a créé les **agences régionales de santé** (ARS) avec la vaste ambition de renforcer l'efficacité du système de santé en associant les services de l'État et les organismes d'assurance maladie <sup>(1)</sup>, mais surtout en rassemblant au niveau régional, jugé le plus pertinent, toutes les compétences relevant des différents aspects de la politique de la santé : la santé publique (prévention, éducation à la santé, veille et sécurité sanitaires et santé environnementale) et l'organisation des soins (médecine de ville, soins hospitaliers, prise en charge médico-sociale).

Pour l'ensemble de ces secteurs, les agences régionales de santé ont été investies d'une **double mission** : d'une part, le pilotage et l'organisation de la « politique régionale de santé » qui suppose une déclinaison régionale des orientations nationales de la politique de santé et des actions de santé publique ; d'autre part, la régulation du système de santé à travers une organisation régionale de l'offre de soins, de la prévention et de la gestion du risque.

Ce **décloisonnement des compétences au niveau régional** s'est avéré indispensable pour planifier l'offre territoriale de services de santé, mieux garantir l'accès aux soins et organiser les parcours de soins, dont l'absence de cohérence était une des causes majeures de l'hospitalo-centrisme du système de santé français. En cela, ce decloisonnement est devenu un **moyen important de prévention du risque assurantiel de santé**. Il a également permis de donner à tous les intervenants un **interlocuteur unique**.

**Le niveau régional apparaît donc comme le niveau pertinent de relais et d'application déconcentrée des priorités de la politique nationale de santé**, et un échelon opérationnel pour, le cas échéant, les adapter aux spécificités et à la diversité des situations, des ressources et des besoins de chaque territoire.

**La création des agences régionales de santé peut permettre de trouver des solutions nouvelles à certains des graves problèmes** auxquels est confronté le système national de santé : l'insuffisance de la prévention, l'inégalité d'accès

---

(1) Les agences régionales de santé regroupent les compétences précédemment exercées par sept structures différentes : les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), créées en 1996 et associant les services de l'État et l'assurance-maladie ; les directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale (Ddass et Drass) ; les groupements régionaux de santé publique (GRSP), institués par la loi du 9 août 2004 pour piloter les actions de santé publique ; les unions régionales des caisses d'assurance-maladie (Urcam), créées en 1996 ; les caisses régionales d'assurance-maladie (Cram) ; les missions régionales de santé (MRS) créées en 2004 pour exercer les compétences communes aux ARH et aux Urcam.

aux soins, le défaut d'organisation des parcours de soins et leurs conséquences sur les dépenses de santé.

**Encore faudrait-il que les agences régionales de santé disposent de moyens de parvenir à ces objectifs. Or, parmi les difficultés fréquemment mises en avant figurent :**

– **une répartition parfois confuse des responsabilités au niveau de la gouvernance régionale :** en ville, l'assurance-maladie est à la fois le financeur des dépenses, et acheteur de soins, à travers les politiques conventionnelles et les plans de gestion du risque, mais elle empiète parfois sur les fonctions de régulation ; s'agissant de l'activité des établissements hospitaliers, c'est l'État, à travers les agences régionales de santé, qui exerce la fonction de régulateur de l'offre territoriale de soins, tout en étant le financeur *de facto* des établissements publics ; enfin, dans le secteur médico-social, la régulation, partagée entre les agences régionales de santé et la CNSA, s'accompagne d'un financement multiple entre assurance-maladie et collectivités territoriales ;

– **l'absence de fongibilité des ressources qui leur sont attribuées** pour répondre à chacun des sous-objectifs de l'ONDAM en fonction des contraintes régionales et de l'évolution du besoin de santé. Ce manque de souplesse budgétaire constituerait un frein pour orienter, au niveau régional, la dépense d'assurance maladie, le recours aux soins et l'activité des professionnels et des structures compte tenu des contraintes locales.

Analysant le système de santé antérieur à la mise en place des agences régionales de santé dans un rapport d'information du 6 février 2008 en conclusion des travaux de la mission d'information sur les agences régionales de santé, notre collègue Yves Bur soulignait déjà que « *le pilotage cloisonné du système de santé, et notamment la non fongibilité des enveloppes, ne permet[tait] pas de tirer le parti des complémentarités qui existent entre la prévention, la médecine de ville, les soins hospitaliers et les services médicaux sociaux* »<sup>(1)</sup>.

À l'occasion de la loi HPST précitée, le législateur a choisi d'introduire un principe de la fongibilité asymétrique des ressources des agences régionales de santé. L'article L. 1434-6 du code de la santé publique dispose en effet que « *les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux* ». Cette mesure traduisait la volonté du législateur à l'époque de « sanctuariser » dans les agences régionales de santé les budgets consacrés à la prévention mais n'empêchait pas des

---

(1) Rapport d'information n°697 de M. Yves Bur, au nom de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, « Agences régionales de santé, des perspectives pour la réforme », du 6 février 2008.

transferts inverses de financement à son profit en provenance des fonds initialement destinés à l'organisation des soins.

Le rapport conjoint de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales de juillet 2010 sur « *les fonds d'assurance maladie (FNPEIS<sup>(1)</sup>, FNPEISA<sup>(2)</sup>, FNPM<sup>(3)</sup>, FIQCS<sup>(4)</sup> et FMESPP<sup>(5)</sup>)* »<sup>(6)</sup> a toutefois mis en évidence la persistance d'une centralisation excessive du dispositif, considérant que :

– **le fléchage national des crédits est incompatible avec l'objectif de responsabilisation des agences** : ce rapport souligne notamment que « *l'autonomie régionale plus ou moins grande sur l'emploi des fonds ne peut être exclusivement appréciée à l'aune des montants dont l'ordonnancement est déconcentré. Une deuxième condition de responsabilisation des ARS réside dans la liberté d'emploi de la part régionale. Or celle-ci peut être réduite du fait de la délégation aux ARS de crédits en « tuyaux d'orgue » fléchés sur tel ou tel dispositif* ». S'agissant des parts régionales du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) qui peuvent en principe être utilisées librement par les agences, le rapport observe que l'empilement progressif ou la multiplicité des priorités quasi obligatoires laissent finalement peu de réelles marges de manœuvres locales aux gestionnaires régionaux. De la même façon, il dénonce le fait que le fléchage de certaines lignes du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), telles que les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, n'apparaîtrait pas compatible avec la responsabilisation des agences ;

– **le cloisonnement des crédits n'est pas cohérent avec l'objectif de transversalité à l'origine des agences régionales de santé** : en effet, l'objectif de transversalité entre les secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social et de prévention poursuivi par la réforme instituant les agences régionales de santé plaide pour une plus grande fongibilité des financements alloués à tous ces secteurs. Sans aller jusqu'à prôner une fongibilité globale de tous les financements au niveau régional, qui poserait d'importantes difficultés de régulation globale et s'éloignerait sans doute trop du modèle de fonctionnement du système de santé français, le rapport recommandait de donner aux agences une latitude d'orientation plus grande sur la part des financements qu'elles gèrent directement.

---

(1) Fonds de prévention du régime général.

(2) Fonds de prévention de la mutualité sociale agricole.

(3) Fonds de prévention du régime social des indépendants.

(4) Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

(5) Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

(6) Rapport RM2011-090P de l'inspection générale des affaires sociales sur les pharmacies d'officine, juin 2011.

#### 4. Un mouvement en faveur d'une certaine fongibilité des moyens financiers accordés aux agences régionales de santé depuis 2011

Un premier pas en faveur d'une meilleure fongibilité des crédits gérés par les agences régionales de santé a été réalisé par l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui a introduit un **mécanisme de fongibilité symétrique d'une partie des crédits régionalisés du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) avec ceux du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)**<sup>(1)</sup>.

Ce début de fongibilité devait permettre une meilleure adaptation aux spécificités locales, une plus grande territorialisation des politiques de santé publique et favoriser une plus grande transversalité au sein des agences qui gèrent à la fois les problématiques des établissements de soins, des professionnels de santé libéraux et du secteur médico-social.

Un deuxième pas a été franchi dans le cadre de l'**article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012** (dispositions codifiées aux articles L. 1435-8 à L. 1435-11 du code de la sécurité sociale) qui **a créé un nouveau fonds d'intervention régional (FIR)** fusionnant des crédits et dotations existants au sein de l'ONDAM, afin de donner aux agences régionales de santé des instruments financiers souples et faciles d'emploi pour les mettre en situation de responsabilité.

Le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé (codifié aux articles R. 1435-16 à R. 1435-36 du code de la santé publique) a précisé ses règles de fonctionnement. La dotation des régimes d'assurance maladie au fonds et le montant des crédits alloués à chaque agence régionale de santé au titre du FIR sont précisés par arrêtés interministériels. Le FIR est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2012.

Entraient dans le champ du FIR, les dépenses de l'assurance maladie, certaines dépenses financées par le budget de l'État (au titre de la prévention) et par la CNSA (au titre des groupes d'entraide mutuelle et des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer). En 2012, les montants alloués par l'assurance maladie s'élevaient à 1,3 milliard d'euros et ceux alloués par l'État et la CNSA à 213 millions d'euros.

---

(1) *Les crédits fongibles du FMESPP ont fait l'objet d'une délégation unique par le biais d'une circulaire n° DGOS/R1/2011/154 du 22 avril 2011, relative à la répartition entre les régions des crédits du FMESPP, qui précise les principes de la fongibilité des crédits entre les différentes missions du fonds et entre le FMESPP et le FIQCS. Le montant des crédits fongibles du fonds en 2011 représentait 44 %, c'est à dire 152 millions d'euros, du montant total de la dotation votée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, fixée à 347,71 millions d'euros. L'instruction n° DGOS/R1/PF3/2011/310 du 25 juillet 2011 a précisé les modalités pratiques de mise en œuvre et de suivi des crédits régionalisés fongibles du FMESPP et du FIQCS, en indiquant notamment que le recours à la fongibilité n'est possible que si les crédits de l'un des deux fonds ont été intégralement engagés.*

L'annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 indiquait que « *la constitution du FIR vise à promouvoir une plus grande transversalité des moyens de financement, c'est-à-dire à favoriser le décloisonnement entre offre ambulatoire et offre hospitalière, offre sanitaire et offre médicosociale, ainsi qu'entre soins et prévention, en contribuant à l'action des ARS dans les domaines de la continuité, la permanence et la qualité des soins d'une part, et de la prévention d'autre part* ».

**La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a élargi le périmètre du FIR** par le transfert :

– de nouvelles enveloppes de certaines missions d'intérêt général (aides à la contractualisation, destinées à favoriser la performance et les restructurations hospitalières) ;

– des crédits en faveur de l'amélioration des parcours de soins des personnes âgées, comprenant notamment une enveloppe spécifique destinée au financement des expérimentations de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ainsi que de crédits de la CNSA pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer et des groupes d'entraide mutuelle).

**Elle a, en conséquence, doublé, le montant du FIR par rapport à celui voté en 2012** pour qu'il passe de 1,5 milliard d'euros à 3,3 milliards d'euros (dont 3,1 milliards d'euros de l'assurance maladie et 213 millions d'euros de l'État et la CNSA).

## RÉPARTITION DE LA DOTATION DU FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL EN 2013

(en millions d'euros)

Enveloppe initiale	Montant 2013
Permanence des soins ambulatoires (PDSA)	161
Permanence des soins en établissements de santé (PDSSES)	765
Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FICQS) - régional	191
Fonds de modernisation pour les établissements de santé publics et privés (FMESPP)	198
Crédit prévention État - programme 204	139
Crédit prévention assurance maladie	76
Mission d'intérêt général (MIG) centre de dépistage anonyme et gratuit (MIG CDAG)	21
Mission d'intérêt général (MIG) centres périnataux	18
Mission d'intérêt général éducation thérapeutique (MIG éducation thérapeutique)	71
Contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS)	6
Aide à la contractualisation (AC) non reconductible affectés aux actions de restructuration	1 124
Mission d'intérêt général (MIG) emplois de psychologues ou assistants sociaux hors plan cancer	27
Mission d'intérêt général (MIG) équipes mobiles de soins palliatifs adultes et pédiatriques	128
Mission d'intérêt général (MIG) relatifs aux structures de prises en charge des adolescents	15
Mission d'intérêt général (MIG) équipes de liaison addictologie	46
Mission d'intérêt général (MIG) consultations VIH	20
Mission d'intérêt général (MIG) télésanté	8
Mission d'intérêt général (MIG) Cancérologie	79
Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	27
Évolution des modes de pratique	4
Mission d'intérêt général (MIG) équipes mobiles de gériatrie	68
Mission d'intérêt général (MIG) consultations de la mémoire	58
Maisons d'accompagnement pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer - MAIA (hors FICQS)	46
Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)	12
Démocratie sanitaire	5
<b>Total</b>	<b>3 313</b>

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale 2014.

**La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a complété cette démarche en érigeant le FIR en nouveau sous-objectif de l'ONDAM.** Les commissions des Affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat ont rendu le 11 septembre 2013 un avis favorable à la création de ce nouveau sous-objectif de l'ONDAM, conformément aux dispositions prévues par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Par nécessité de cohérence entre les comptes de l'assurance maladie et les sous-objectifs de l'ONDAM, le sous-objectif relatif au FIR n'inclut pas néanmoins les dépenses provenant du budget de l'État, ni des

financements provenant de la CNSA, qui font l'objet d'une régulation propre (213 millions d'euros).

**ONDAM 2014 ET SA DÉCOMPOSITION EN SEPT SOUS-OBJECTIFS**

(en milliards d'euros)

Sous-objectifs ONDAM	ONDAM 2014 au périmètre 2013	Changements de périmètre	ONDAM 2014 au périmètre 2014
Soins de ville	80	- 0,7	79,3
Établissements de santé	76,4	- 2,6	73,8
Établissements et services médicaux-sociaux	17,1	0	17,1
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	8,4	0	8,4
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,7	0	8,7
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	0,0	3,1	3,1
Autres prises en charge	1,3	0,3	1,6
<b>ONDAM TOTAL</b>	<b>174,9</b>	<b>0,03</b>	<b>174,9</b>

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale 2014.

**Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a franchi un troisième pas en faveur de davantage de flexibilité financière** en permettant des transferts entre la dotation annuelle de financement (DAF) et le FIR sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé dans la limite de 1 % du montant total de ces dotations.

Votre rapporteur salue ces réformes récentes : la création du FIR et son doublement en volume entre 2012 et 2013 offrent en effet une plus grande souplesse de gestion aux agences régionales de santé et permettent également d'éviter des financements redondants que parvenaient à obtenir certaines structures auparavant, par le biais des différents fonds (FIQCS, FNPEIS par exemple pour des réseaux effectuant de l'éducation thérapeutique du patient), sans que les différents financeurs ne le sachent. Il reconnaît également tout l'intérêt de l'instauration d'un nouvel instrument de fongibilité des crédits entre la DAF et le FIR qui va pouvoir être utilisé par les agences régionales de santé en 2014.

Il observe enfin que la présente proposition de loi organique, déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale avant la mise en œuvre de ces réformes, entend parachever cette démarche en faveur d'une plus grande responsabilisation des agences régionales de santé et d'une transversalité des politiques régionales de santé publique par la création d'objectifs régionaux des dépenses d'assurance maladie aux côtés de l'ONDAM.

## B. LA RÉFORME PROPOSÉE

### 1. L'objectif : créer une part régionale de l'ONDAM pour mieux dépenser

Comme le soulignait déjà notre collègue Yves Bur dans son rapport du 6 février 2008 précité, la définition d'un objectif régional indicatif des dépenses d'assurance maladie (ORDAM) serait utile et renforcerait au moins la lisibilité de la politique de maîtrise des dépenses de santé.

Ce rapport rappelle notamment qu'à l'époque, la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins estimait que la création d'objectifs régionaux d'assurance maladie permettrait par exemple de réduire les inégalités interrégionales d'offre de soins à travers un mécanisme de péréquation horizontale.

Cette proposition avait été relayée par M. Jean-Pierre Fourcade, alors sénateur, dans un rapport du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé en juillet 2011<sup>(1)</sup> qui considérait, à court terme, qu'il était « *nécessaire de définir des enveloppes régionales globalisant l'ensemble des moyens d'intervention, de fonctionnement et d'investissement des différents champs d'intervention des Agences régionales de santé : santé publique, prévention, soins ambulatoires, soins hospitaliers, médico-social* », et à moyen terme, que « *[l]e financement de la santé devra évoluer vers la définition d'objectifs régionaux des dépenses de l'assurance-maladie (...). Outre l'effet de découplage, les ORDAM responsabiliseront les directeurs généraux d'ARS sur le maintien des équilibres financiers de l'assurance maladie* ».

La question de la création des ORDAM avait également été examinée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans un rapport de décembre 2011. Après avoir notamment relevé que la construction des ORDAM et de leur taux d'évolution pouvait s'avérer complexe, le HCAAM avait néanmoins considéré que « *la définition – sur la base d'une méthodologie nationale – d'enveloppes globalisées strictement indicatives, pouvant servir de repère comparatif dans le temps, et par rapport à d'autres régions, pourrait se révéler utile* »<sup>(2)</sup>.

Votre rapporteur constate que la présente proposition de loi organique poursuit les mêmes objectifs que ceux précédemment mentionnés en proposant de distinguer au sein de l'ONDAM une part nationale et une part régionale, et en permettant au Parlement de définir le montant global de cette part régionale et de se prononcer sur sa déclinaison par région à travers la fixation des ORDAM, chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

---

(1) Rapport de M. Jean-Pierre Fourcade au nom du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, Sénat, juillet 2011, 75 p., voir en particulier la recommandation n° 23.

(2) Rapport annuel 2011 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, L'assurance maladie face à la crise, Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins, décembre 2011, p. 184.

L'exposé des motifs montre enfin qu'outre une meilleure responsabilisation des agences régionales de santé au travers d'une plus grande fongibilité des crédits, cette réforme devrait permettre non pas de « dépenser plus » mais de « dépenser mieux » en ouvrant la possibilité aux agences régionales de santé de privilégier des outils de financement innovants de la politique de santé puisés sur l'enveloppe régionale de l'ONDAM.

## 2. Le contenu de la réforme

L'**article 1<sup>er</sup>** modifie l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale pour permettre au Parlement de fixer le montant d'une part de l'ONDAM qui serait consacré à des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie, puis de fixer le montant de chacun de ces objectifs régionaux, et, à titre indicatif, de leurs sous-objectifs dont les composantes seraient identiques à celles des sous-objectifs de l'ONDAM.

Les **alinéas 3 et 4** introduisent ce dispositif dans la partie de la loi de financement de l'année relative à l'année en cours.

L'**alinéa 3** modifie le 2° du B du I de l'article L.O. 111-3 afin de supprimer les mots : « , *l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base* », la rectification de l'ONDAM en cours d'année étant désormais prévue par un nouvel alinéa 2° *bis* proposé par l'**alinéa 4** du présent article.

Cet **alinéa 4** prévoit en effet que la loi de financement de la sécurité sociale de l'année « *rectifie l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et les objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie, ainsi que, à titre indicatif, leurs sous-objectifs* ».

De la même manière, l'**alinéa 5** du présent article qui modifie le D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale qui concerne la partie de la loi de financement relative aux dépenses de l'année à venir, précise que la fixation des sous-objectifs de l'ONDAM apparaîtrait désormais « *à titre indicatif* » seulement.

Enfin, l'**alinéa 6** du présent article complète cette disposition afin que la loi de financement de la sécurité sociale de l'année fixe la part de l'ONDAM consacrée aux objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie ainsi que le montant de chacun de ces objectifs régionaux, et, à titre indicatif, de leurs sous-objectifs dont les composantes sont identiques à celles des sous-objectifs de l'ONDAM.

Le présent article propose donc :

– de maintenir la fixation d'un ONDAM tout en précisant que le montant de chacun de ses sous-objectifs n'est plus qu'indicatif alors qu'il est aujourd'hui interprété comme étant quasiment limitatif ;

– de créer, au sein de l'ONDAM, une part régionale dont le montant serait fixé en loi de financement de la sécurité sociale de l'année, et rectifié le cas échéant pour l'année en cours ;

– de déterminer, au sein de cette enveloppe régionale de l'ONDAM, des ORDAM : le Parlement serait donc amené à fixer le montant de 26 ORDAM (correspondant aux 26 régions françaises) en loi de financement de la sécurité sociale de l'année ;

– de fixer, à titre indicatif, le montant de chaque sous-objectif de ces 26 ORDAM, lesquels seraient les mêmes que ceux de l'ONDAM, afin de laisser aux agences régionales de santé une marge de manœuvre dans le pilotage des dépenses régionales de santé et garantir la fongibilité de leurs crédits.

En conséquence, le montant global des dépenses couvertes par chaque sous-objectif de l'ONDAM pourrait également varier, sous réserve de respecter l'ONDAM *in fine*.

\*  
\* \*

*La Commission examine l'amendement CL2 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** La présente proposition de loi organique, déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale le 27 juin 2012, mérite d'être mise à jour compte tenu des dispositions législatives qui sont venues modifier la composition de l'ONDAM.

En effet, elle propose notamment de distinguer au sein de l'ONDAM une part nationale et une part régionale, qui serait constituée de plusieurs ORDAM. Or l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 s'est inscrit dans cette démarche en créant le FIR, qui fusionne des crédits et dotations qui existaient au sein de l'ONDAM pour offrir aux ARS des instruments financiers souples et faciles d'emploi. La souplesse ainsi introduite ne s'avérant pas suffisante, cet amendement vise à consacrer sur le plan juridique et politique la création du FIR, qui correspond à la part régionale de l'ONDAM que souhaitait introduire l'article 1<sup>er</sup> du texte.

**M. Gérard Bapt.** Mieux vaut aborder le débat globalement, car tous les amendements qui vont nous être présentés participent de la même logique. Si l'on prend en considération l'ensemble de ces amendements, l'approche est toute autre que celle du texte d'origine. Il s'agit de translater ce que nous venons de faire dans le cadre du PLFSS, à savoir créer un sous-objectif supplémentaire de l'ONDAM : celui du FIR. Le Parlement votera désormais chaque année sur l'enveloppe consacrée au FIR. Le rapporteur nous propose de passer du niveau de la loi à celui de la loi organique. Mais, dans la mesure où les amendements abandonnent l'idée de discuter des enveloppes régionales, cette inscription n'apportera rien de plus à la discussion parlementaire. Elle vise simplement à sanctuariser le fait que le FIR

est désormais un des grands objectifs. Nous estimons nous aussi qu'il doit prendre davantage d'importance dans l'adaptation de nos politiques de régulation de l'offre de soins et de santé publique au niveau régional, au plus près du terrain.

Néanmoins, le Gouvernement devrait nous soumettre d'ici à quelques mois un projet de loi portant à la fois sur l'organisation des soins et la santé publique, qui pourrait peut-être s'intituler projet de loi de stratégie nationale de la santé. Il semble donc un peu démesuré d'entamer un processus législatif de nature organique, et cela à un moment où le calendrier législatif est particulièrement chargé. Nous ne voterons donc pas cet amendement. Les deux derniers PLFSS concourent du reste à l'objectif que vous poursuivez.

Cette argumentation vaut pour tous les amendements, et donc pour l'ensemble du texte. Certes, celui-ci aurait pu être présenté par tous les groupes de notre Assemblée, mais, dans l'attente de la discussion de ce qui sera une révision de la loi de 2004, le groupe SRC ne votera aucun de ces amendements.

**M. Guy Geoffroy.** Les explications de notre collègue Bapt ne sont guère convaincantes. Nous savons pertinemment que les dispositions de nature organique ne pourront trouver leur place dans le projet de loi qui nous est annoncé, et cela pour des raisons qui tiennent à la procédure parlementaire telle qu'elle découle de notre Constitution. En entendant cet argumentaire, on avait le sentiment que la seule raison qui justifie l'opposition du groupe SRC à cette proposition de loi organique, c'est le fait qu'elle soit défendue par l'opposition. L'argument du calendrier législatif n'est pas très pertinent : le texte est simple, bref et clair. De surcroît, il va être adapté à la réalité nouvelle par les amendements qui seront défendus par le rapporteur, et il s'attache à ne pas remettre en cause les évolutions récentes, notamment l'article 65 de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle rejette ensuite l'amendement de conséquence CL3 du rapporteur.*

*Puis elle rejette l'article 1<sup>er</sup>.*

#### *Article 2*

(art. L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale)

### **Modification du contenu des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année**

Le présent article propose de modifier l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale qui précise le contenu des différentes annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année.

L'**alinéa 2** du présent article modifie la première phrase du I de l'article L.O. 111-4 afin de préciser que le **rapport annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année** décrit notamment l'objectif

national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour les quatre années à venir ainsi que « *la part de cet objectif consacrée aux objectifs régionaux d'assurance maladie* ».

Il s'agirait donc d'apporter des explications sur les modalités de fixation de la part régionale de l'ONDAM pour les quatre années à venir et de sa déclinaison par ORDAM.

Les **alinéas 3 à 8** du présent article tirent les conséquences de l'alinéa 2 du présent article et de l'article 1<sup>er</sup> de la présente proposition de loi organique en modifiant le contenu de l'**annexe spécifique relative à l'ONDAM**, mentionnée au 7<sup>o</sup> du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, pour prendre en compte l'introduction des ORDAM.

Dans le **droit en vigueur**, cette annexe :

– précise le périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et sa décomposition en sous-objectifs ;

– analyse l'évolution, au regard des besoins de santé publique, des soins financés au titre de l'ONDAM ;

– présente les modifications éventuelles du périmètre de l'ONDAM ou de la composition des sous-objectifs, en indiquant l'évolution à structure constante de l'objectif ou des sous-objectifs concernés par les modifications de périmètre ;

– précise les modalités de passage des objectifs de dépenses des différentes branches à l'ONDAM.

– fournit des éléments précis sur l'exécution de l'objectif national au cours de l'exercice clos et de l'exercice en cours ainsi que sur les modalités de construction de l'objectif pour l'année à venir en détaillant, le cas échéant, les mesures correctrices envisagées ;

– indique également l'évolution de la dépense nationale de santé ainsi que les modes de prise en charge de cette dépense ;

– rappelle, le cas échéant, l'alerte émise par une autorité indépendante désignée par la loi ;

– fournit également le montant des objectifs d'engagement inscrits pour l'année à venir pour les établissements et services médico-sociaux relevant de l'objectif de dépenses ;

– présente en outre le taux prévisionnel de consommation pluriannuel se rattachant aux objectifs d'engagement inscrits pour l'année à venir, ainsi que le bilan des taux de consommation des objectifs d'engagement arrivés à échéance au cours des deux derniers exercices clos et de l'exercice en cours.

Le **présent article** propose qu’au surplus, cette annexe analyse :

– l’évolution, au regard des besoins de santé publique, des soins financés au titre des ORDAM ;

– les modifications éventuelles du périmètre des ORDAM ;

– l’évolution à structure constante des sous-objectifs des ORDAM concernés par les modifications de périmètre.

\*

\* \*

*La Commission examine l’amendement CL4 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** Cet amendement – qui n’a, je crois, plus d’objet – proposait que le rapport annexé au PLFSS décrive non seulement l’ONDAM pour les quatre années à venir, mais aussi sa part consacrée au FIR.

*La Commission rejette l’amendement.*

*Puis elle rejette successivement les amendements de conséquence CL5 à CL7 du rapporteur.*

*Elle rejette ensuite l’article 2.*

### *Article 3*

(art. L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale)

## **Modification des conditions de vote de l’ONDAM au sein de la loi de financement de la sécurité sociale de l’année**

Le présent article modifie les conditions de vote de la loi de financement de la sécurité sociale de l’année régies par l’article L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale pour tirer les conséquences des articles précédents.

**Les alinéas 3 et 4 modifient les règles relatives au vote de la rectification de l’ONDAM de l’année en cours.**

L’**alinéa 3** modifie la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l’article L.O. 111-7-1 en précisant tout d’abord que l’ONDAM est désormais décomposé « à titre indicatif » en sous-objectifs mais que sa rectification pour l’année en cours fait toujours l’objet d’un vote distinct du vote unique portant sur la rectification des objectifs de dépenses par branche de l’ensemble des régimes obligatoire de base de la sécurité sociale et du régime général.

L’**alinéa 4** complète le deuxième alinéa du III de l’article L.O. 111-7-1 afin de permettre au Parlement de se prononcer, par un vote distinct de ceux

mentionnés précédemment, sur la rectification de la part régionale de l'ONDAM consacrée aux ORDAM, décomposés, à titre indicatif, en sous-objectifs.

**Les alinéas 7 et 8 modifient les règles relatives au vote de l'ONDAM de l'année à venir dans les mêmes termes.**

L'**alinéa 7** précise donc que l'ONDAM de l'ensemble des régimes obligatoires de base, décomposé désormais à titre indicatif en sous-objectifs, fait l'objet d'un vote unique.

L'**alinéa 8** ajoute enfin que la part régionale de l'ONDAM consacrée aux ORDAM ainsi que le montant de chaque ORDAM font également l'objet d'un vote unique.

\*

\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement CL8 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** La décomposition de l'ONDAM en sous-objectifs doit rester impérative. Je rappelle que ces sous-objectifs sont les soins de ville, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, la contribution de l'assurance maladie à la gérontologie, la contribution de l'assurance maladie pour les personnes handicapées et le FIR. Nous souhaitons sanctuariser ce dernier au sein de l'ONDAM.

**M. Gérard Bapt.** J'observe que le FIR est déjà sanctuarisé, au niveau de l'ONDAM, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Avec cette proposition de loi organique, vous proposez une sanctuarisation à un degré supérieur.

Nous avons pris en compte la nécessité de la fongibilité des crédits et de l'élargissement des marges de manœuvre des ARS : le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit une augmentation à plus de 4 milliards d'euros de l'enveloppe du FIR ; il octroie d'autre part aux directions des ARS un droit de tirage, à hauteur de 1 %, sur les crédits de l'assurance maladie à destination des établissements à dotation globale, afin d'accroître ces marges de manœuvre. Bref, l'intention y est. Nous ne lui enlevons rien en ne votant pas cette proposition de loi organique, sauf peut-être son caractère emblématique.

Permettez-moi de rappeler à M. Geoffroy que la loi organique créant les sous-objectifs de l'ONDAM a été votée en 2005, donc après la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004. Il n'est donc pas exclu que des dispositions de nature organique soient annexées au projet de loi qui nous sera soumis dans quelques mois. Peut-être seront-elles plus nombreuses, d'ailleurs, car on peut aller plus loin dans la réforme du pilotage global de la santé dans notre pays.

**M. Patrice Martin-Lalande.** Je me réjouis de cet échange. Nous partageons les mêmes objectifs, mais nous avons une divergence d'appréciation sur le rythme et les outils à employer pour avancer.

En ce qui concerne la sanctuarisation, je dirais que ce qu'une loi de financement de la sécurité sociale peut faire, une autre peut le défaire. Le niveau de garantie de l'existence d'un fonds permettant d'assurer les marges de manœuvre dont nous avons besoin n'est donc pas le même.

Le FIR est un bon outil. Il a été développé par l'agrégation de fonds préexistants, si bien que ses marges de manœuvre n'ont pas été accrues par l'augmentation de ses crédits. Nous souhaitons aller au-delà pour permettre cette fongibilité des crédits, et donc la pérennité des économies réalisées grâce à certaines actions innovantes.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement CL9 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** Cet amendement confie au Parlement la responsabilité de fixer d'abord – par un vote distinct – la part régionale de l'ONDAM, c'est-à-dire le FIR, dont les crédits sont librement employés par les ARS, avant le montant des autres sous-enveloppes de l'ONDAM. Permettez-moi de vous donner un exemple. L'ARS de Bretagne nous expliquait il y a peu que, pour financer la reconstruction de l'hôpital de Crozon et offrir un service de télé-médecine en radiologie à la population, elle avait dû mobiliser – avec difficulté – à la fois les fonds sanitaires et des fonds médico-sociaux à l'intérieur de son budget. Si le FIR est une avancée, il convient donc d'encourager davantage la fongibilité des enveloppes à l'intérieur de ce FIR, en le vouant à son vrai rôle – celui d'un outil de fonctionnement à la disposition des directeurs d'ARS, de telle sorte qu'ils puissent répondre immédiatement aux besoins qui se manifestent.

**M. Gérard Bapt.** C'est la seule nouveauté du texte, mais nous y reviendrons sans doute dans le cadre du projet de loi dont j'ai parlé.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle rejette ensuite l'amendement de conséquence CL11 du rapporteur.*

*Puis elle rejette l'article 3.*

#### *Titre de la proposition de loi organique*

*La Commission rejette l'amendement de conséquence CL1 du rapporteur.*

*Tous les articles ayant été rejetés, il n'y a pas lieu pour la Commission de se prononcer sur l'ensemble de la proposition de loi organique qui est ainsi rejetée.*

\*

\* \*

*En conséquence, la commission des Lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République vous demande de rejeter la proposition de loi organique de MM. Patrice Martin-Lalande, Gilles Carrez, Jean-Pierre Door, Denis Jacquat, Maurice Leroy, Bernard Perrut et Mme Bérengère Poletti, créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM) (n° 13).*

## TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi organique	Texte adopté par la Commission
<b>Code de la sécurité sociale</b>	<b>Proposition de loi organique créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM)</b>	<b>Proposition de loi organique créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM)</b>
<i>Art. L.O. 111-3. I. – La loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprend quatre parties :</i>	<i>Article 1<sup>er</sup></i>  <i>L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</i>	<i>Article 1<sup>er</sup></i>
– une partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos ;		<b>Rejeté</b>
– une partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours ;		
– une partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir ;		
– une partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir.		
A. – Dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, la loi de financement de la sécurité sociale :		
1° Approuve les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées lors de cet exercice ;		
2° Approuve, pour ce même exercice, les montants correspondant aux recettes affectées aux organismes		

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi organique	Texte adopté par la Commission
<p>chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l'amortissement de leur dette ;</p>	<p><i>1° Le 2° du B du I est remplacé par un 2° et un 2° bis ainsi rédigé :</i></p>	
<p>3° Approuve le rapport mentionné au II de l'article LO 111-4 et, le cas échéant, détermine, dans le respect de l'équilibre financier de chaque branche de la sécurité sociale, les mesures législatives relatives aux modalités d'emploi des excédents ou de couverture des déficits du dernier exercice clos, tels que ces excédents ou ces déficits éventuels sont constatés dans les tableaux d'équilibre prévus au 1°.</p>	<p><i>« 2° Rectifie les objectifs de dépenses par branche de ces régimes, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale ;</i></p>	
<p>B. – Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale :</p>	<p><i>« 2° bis Rectifie l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et les objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie, ainsi que, à titre indicatif, leurs sous-objectifs ; »</i></p>	
<p>1° Rectifie les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général par branche, ainsi que des organismes concourant au financement de ces régimes ;</p>	<p>3° Rectifie l'objectif assigné aux organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et les prévisions de recettes affectées aux fins de mise en réserve à leur profit.</p>	
<p>2° Rectifie les objectifs de dépenses par branche de ces régimes, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale ;</p>	<p>C. – Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi organique**

**Texte adopté par la Commission**

à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Approuve le rapport prévu au I de l'article LO 111-4 ;

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances. A cette fin :

a) Elle prévoit, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes. L'évaluation de ces recettes, par catégorie, figure dans un état annexé ;

b) Elle détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit ;

c) Elle approuve le montant de la compensation mentionnée à l'annexe prévue au 5° du III de l'article LO 111-4 ;

d) Elle retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, pour le régime général ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes ;

e) Elle arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi organique**

**Texte adopté par la Commission**

concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources.

D. – Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ;

2° Fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général, ainsi que, le cas échéant, leurs sous-objectifs. La liste des éventuels sous-objectifs et la détermination du périmètre de chacun d'entre eux sont fixées par le Gouvernement après consultation des commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale ;

3° Fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs. La définition des composantes des sous-objectifs est d'initiative gouvernementale. Les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont consultées sur la liste des sous-objectifs et la définition des composantes de ces sous-objectifs. Le nombre de sous-objectifs ne peut être inférieur à cinq.

*2° À la première phrase du 3° du D, après les mots : « ainsi que », sont insérés les mots : « , à titre indicatif, » ;*

*3° Le D est complété par un 4° ainsi rédigé :*

*« 4° Fixe la part de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie consacrée aux objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie, le montant de chacun de ces objectifs régionaux et, à titre indicatif, de leurs sous-objectifs dont les*

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi organique**

**Texte adopté par la Commission**

*composantes sont identiques à celles des sous-objectifs de l'objectif national. »*

Article 2

Article 2

*L'article L.O. 111-4 du même code est ainsi modifié :*

**Rejeté**

.....

*Art. L.O. 111-4. – I. –* Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances. Le rapport précise les hypothèses sur lesquelles repose la prévision de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces hypothèses prennent en compte les perspectives d'évolution des dépenses et les mesures nouvelles envisagées.

*1° À la première phrase du I, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « et la part de cet objectif consacrée aux objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie » ;*

Ce rapport comporte, en outre, les éléments mentionnés au II de l'article 9 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques.

II. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi organique**

**Texte adopté par la Commission**

couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos. Ce rapport présente également un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit.

III. – Sont jointes au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année des annexes :

1° Présentant, pour les années à venir, les programmes de qualité et d'efficience relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale ; ces programmes comportent un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours. Cette annexe comprend également un programme de qualité et d'efficience relatif aux dépenses et aux recettes des organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

2° Présentant, pour les années à venir, les objectifs pluriannuels de gestion et les moyens de fonctionnement dont les organismes des régimes obligatoires de base disposent pour les atteindre, tels qu'ils sont déterminés conjointement entre l'État et les organismes nationaux des régimes obligatoires de base et indiquant, pour le dernier exercice clos, les résultats atteints au regard des moyens de fonctionnement effectivement utilisés ;

3° Rendant compte de la mise en œuvre des dispositions de la loi de

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi organique**

**Texte adopté par la Commission**

financement de la sécurité sociale de l'année en cours et des mesures de simplification en matière de recouvrement des recettes et de gestion des prestations de la sécurité sociale mises en œuvre au cours de cette même année ;

4° Détaillant, par catégorie et par branche, la liste et l'évaluation des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, du régime général, du régime des salariés agricoles, du régime des non-salariés agricoles et des régimes des non-salariés non agricoles, ainsi que de chaque organisme concourant au financement de ces régimes, à l'amortissement de leur dette, à la mise en réserve de recettes à leur profit ou gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble de ces régimes ;

5° Énumérant l'ensemble des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement et de réduction de l'assiette ou d'abattement sur l'assiette de ces cotisations et contributions, présentant les mesures nouvelles introduites au cours de l'année précédente et de l'année en cours ainsi que celles envisagées pour l'année à venir et évaluant l'impact financier de l'ensemble de ces mesures, en précisant les modalités et le montant de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu, les moyens permettant d'assurer la neutralité de cette compensation pour la trésorerie desdits régimes et organismes ainsi que l'état des créances. Ces mesures sont ventilées par nature, par branche et par régime ou organisme ;

6° Détaillant les mesures ayant affecté les champs respectifs d'intervention de la sécurité sociale, de l'État et des autres collectivités publiques, ainsi que l'effet de ces mesures sur les recettes, les dépenses et les tableaux d'équilibre de l'année des

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi organique**

**Texte adopté par la Commission**

—

régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, et présentant les mesures destinées à assurer la neutralité des opérations pour compte de tiers effectuées par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement pour la trésorerie desdits régimes et organismes ;

7° Précisant le périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et sa décomposition en sous-objectifs, et analysant l'évolution, au regard des besoins de santé publique, des soins financés au titre de cet objectif. Cette annexe présente les modifications éventuelles du périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou de la composition des sous-objectifs, en indiquant l'évolution à structure constante de l'objectif ou des sous-objectifs concernés par les modifications de périmètre. Elle précise les modalités de passage des objectifs de dépenses des différentes branches à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Elle fournit des éléments précis sur l'exécution de l'objectif national au cours de l'exercice clos et de l'exercice en cours ainsi que sur les modalités de construction de l'objectif pour l'année à venir en détaillant, le cas échéant, les mesures correctrices envisagées. Cette annexe indique également l'évolution de la dépense nationale de santé ainsi que les modes de prise en charge de cette dépense. Elle rappelle, le cas échéant, l'alerte émise par une autorité indépendante désignée par la loi. Elle fournit également le montant des objectifs d'engagement inscrits pour l'année à venir pour les établissements et services médico-sociaux relevant de l'objectif de dépenses. Elle présente en outre le taux prévisionnel de consommation pluriannuel se rattachant aux objectifs d'engagement inscrits pour l'année à venir, ainsi que le bilan des taux de consommation des objectifs

—

2° Le 7° du III est ainsi modifié :

a) Après le mot : « maladie », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « , sa décomposition en sous-objectifs indicatifs et la part de cet objectif consacrée aux objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie. » ;

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi organique	Texte adopté par la Commission
<p>—</p> <p>d'engagement arrivés à échéance au cours des deux derniers exercices clos et de l'exercice en cours ;</p>	<p><i>b) Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :</i></p> <p><i>« Cette annexe analyse l'évolution, au regard des besoins de santé publique, des soins financés au titre de l'objectif national et des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie. » ;</i></p> <p><i>c) La deuxième phrase est ainsi rédigée :</i></p> <p><i>« Elle présente les modifications éventuelles du périmètre de l'objectif national et des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie, ainsi que de la composition de leurs sous-objets, en indiquant l'évolution à structure constante des objectifs et sous-objets concernés par les modifications de périmètre. »</i></p>	<p>—</p>
<p>8° Présentant, pour le dernier exercice clos, le compte définitif et, pour l'année en cours et les trois années suivantes, les comptes prévisionnels, justifiant l'évolution des recettes et des dépenses et détaillant l'impact, au titre de l'année à venir et, le cas échéant, des années ultérieures, des mesures contenues dans le projet de loi de financement de l'année sur les comptes :</p>		
<p>a) Des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, à l'amortissement de leur dette et à la mise en réserve de recettes à leur profit ;</p>		
<p>b) Des organismes financés par des régimes obligatoires de base ;</p>		
<p>c) Des fonds comptables retraçant le financement de dépenses spécifiques relevant d'un régime obligatoire de base ;</p>		
<p>d) Des organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses</p>		

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi organique**

**Texte adopté par la Commission**

d'assurance maladie ;

Lorsqu'un projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit le transfert d'actifs à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ou l'augmentation de ses ressources par la réalisation d'actifs publics, cette annexe fournit les éléments permettant d'apprécier l'intérêt financier de cette opération. Elle indique notamment la rentabilité passée et la rentabilité prévisionnelle des actifs concernés et le coût de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale ;

9° Justifiant, d'une part, les besoins de trésorerie des régimes et organismes habilités par le projet de loi de financement de l'année à recourir à des ressources non permanentes et détaillant, d'autre part, l'effet des mesures du projet de loi de financement ainsi que des mesures réglementaires ou conventionnelles prises en compte par ce projet sur les comptes des régimes de base et de manière spécifique sur ceux du régime général, ainsi que sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, au titre de l'année à venir et, le cas échéant, des années ultérieures ;

10° Comportant, pour les dispositions relevant du V de l'article LO 111-3, les documents visés aux dix derniers alinéas de l'article 8 de la loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1,39 et 44 de la Constitution ;

11° Présentant le rapport mentionné au III de l'article 23 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 précitée.

.....

Article 3

Article 3

*L.O. 111-7-I. – I. – La partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprenant*

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi organique**

**Texte adopté par la Commission**

les dispositions rectificatives pour l'année en cours ne peut être mise en discussion devant une assemblée avant le vote par cette assemblée de la partie du même projet comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos.

La partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année relative aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir ne peut être mise en discussion devant une assemblée avant le vote par cette assemblée de la partie du même projet comprenant les dispositions rectificatives pour l'année en cours.

La partie du projet de loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir ne peut être mise en discussion devant une assemblée avant l'adoption par la même assemblée de la partie du même projet comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour la même année.

II. – La partie du projet de loi de financement rectificative comprenant les dispositions relatives aux dépenses ne peut être mise en discussion devant une assemblée avant l'adoption par la même assemblée de la partie du même projet comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général.

III. – Dans la partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, l'approbation des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base, du régime général, des organismes concourant au financement de ces régimes, celle des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées au titre de cet exercice, celle des montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi que celle des montants correspondant à l'amortissement de leur dette font l'objet d'un vote unique.

*Le III de l'article L.O. 111-7-1 du même code est ainsi modifié :*

**Rejeté**

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi organique**

**Texte adopté par la Commission**

*1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :*

Dans la partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général ou des organismes concourant au financement de ces régimes fait l'objet d'un vote unique. La rectification de l'objectif d'amortissement des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et celle des prévisions de recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit de ces régimes font l'objet d'un vote unique. La rectification des objectifs de dépenses par branche, décomposés le cas échéant en sous-objectifs, est assurée par un vote unique portant tant sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale que sur le régime général. La rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie décomposé en sous-objectifs fait l'objet d'un vote distinct.

*a) À la dernière phrase, après le mot : « décomposé », sont insérés les mots : « , à titre indicatif, » ;*

*b) Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :*

*« La rectification de la part de cet objectif national consacrée aux objectifs régionaux d'assurance maladie et desdits objectifs régionaux, décomposés, à titre indicatif, en sous-objectifs, fait l'objet d'un vote distinct. » ;*

Dans la partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, les prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général ou des organismes concourant au financement de ces régimes font l'objet d'un vote unique. Les tableaux d'équilibre font l'objet de votes distincts selon qu'il s'agit de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général ou des organismes concourant au financement de ces régimes. La détermination de

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi organique**

**Texte adopté par la Commission**

—

l'objectif d'amortissement des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et celle des prévisions de recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit de ces régimes font l'objet d'un vote unique. La liste des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources font l'objet d'un vote unique.

—

*2° Le dernier alinéa est ainsi modifié :*

Dans la partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale font l'objet d'un vote unique. Chaque objectif de dépenses par branche, décomposé le cas échéant en sous-objectifs, fait l'objet d'un vote unique portant tant sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale que sur le régime général. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, décomposé en sous-objectifs, fait l'objet d'un vote unique.

*a) À la dernière phrase, après le mot : « décomposé », sont insérés les mots : « , à titre indicatif, » ;*

*b) Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :*

*« La part de l'objectif national consacrée aux objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie et le montant desdits objectifs régionaux font l'objet d'un vote unique. »*

IV. — Au sens de l'article 40 de la Constitution, la charge s'entend, s'agissant des amendements aux projets de loi de financement de la sécurité sociale s'appliquant aux objectifs de dépenses, de chaque objectif de dépenses par branche ou de l'objectif national de dépenses d'assurance

**Dispositions en vigueur**

—

maladie.

Tout amendement doit être motivé et accompagné des justifications qui en permettent la mise en œuvre.

Les amendements non conformes aux dispositions du présent chapitre sont irrecevables.

**Texte de la proposition de loi organique**

—

**Texte adopté par la Commission**

—

## **PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR**

- M. Claude Évin, président de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France ;
- M. Claude Le Pen, professeur à l'université Paris-Dauphine ;
- Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins au sein de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- M. Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale (DSS) ;
- M. Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins (DGOS) et M. Samuel Pratmarty, adjoint au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins ;
- M. Vincent Lidsky, inspecteur général des finances et vice-président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et Mme Marie Reynaud, secrétaire générale du HCAAM ;
- Mme Estelle Denize, conseillère auprès de la ministre de la Santé, chargée des relations avec le Parlement.