

N° 3114

---

ASSEMBLÉE NATIONALE  
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 octobre 2015.

**AVIS**

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE  
LOI *de finances pour 2016*,

**TOME II**

**SANTÉ**

PAR MME BERNADETTE LACLAIS,

Députée.

---

---

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : **3096, 3110** (annexe n° 42).



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>I. UN PROJET DE BUDGET AU SERVICE DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ</b> .....	7
<b>A. LES CRÉDITS DESTINÉS À LA PRÉVENTION, LA SÉCURITÉ SANITAIRE ET L'OFFRE DE SOINS</b> .....	7
1. Le renforcement du pilotage de la politique de santé publique .....	7
2. La création de l'Agence nationale de santé publique.....	9
3. La recherche de gains d'efficience dans les dépenses de prévention.....	11
a. L'optimisation des dépenses en faveur de l'accès et de l'éducation à la santé .....	11
b. Des moyens consacrés à la prévention des risques.....	11
4. La gestion des crises et l'optimisation des vigilances.....	13
a. La réponse aux alertes et urgences sanitaires.....	13
b. L'effort en faveur de la vigilance en matière de produits de santé.....	13
5. Le soutien aux projets régionaux de santé .....	14
6. L'engagement en faveur de la modernisation de l'offre de soins .....	14
<b>B. LES CRÉDITS EN FAVEUR DE LA PROTECTION MALADIE</b> .....	15
1. L'adaptation des moyens consacrés à l'aide médicale de l'État .....	15
2. Un financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante essentiellement assuré par la branche Accidents du travail-Maladies professionnelles.....	19
<b>II. LE FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL, UN OUTIL FINANCIER AUX MAINS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ POUR DÉCLOISONNER LE SANITAIRE ET LE MÉDICO-SOCIAL</b> .....	21
<b>A. LE FIR, UN OUTIL FINANCIER NON STABILISÉ</b> .....	22
1. Un périmètre en constante évolution et des missions très hétérogènes .....	23
2. Des critères de répartition entre régions peu transparents .....	25
3. Des modalités de gestion trop complexes entre l'assurance maladie et les ARS ..	28
a. La cogestion entre les ARS et les CPAM, source de rigidité.....	28
b. Les règles de fongibilité asymétriques ont accru la complexité du FIR .....	30

B. LE TRANSFERT DE LA GESTION COMPTABLE AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ EST UNE RÉFORME OPPORTUNE MAIS COMPLEXE À METTRE EN ŒUVRE .....	31
1. Une nécessité de simplification des méthodes de gestion.....	31
2. Une réforme nécessaire à mener de front avec la réorganisation territoriale.....	34
C. LE FIR RÉVOVÉ DONNERA DES MARGES DE MANŒUVRE AUX ARS..	35
1. Un outil favorable pour décloisonner le sanitaire et le médico-social .....	35
2. L'amélioration du pilotage du FIR.....	36
3. L'accélération de la procédure d'attribution des crédits .....	39
4. La programmation pluriannuelle des actions financées .....	39
5. L'amélioration de l'évaluation des dispositifs financés pour dégager des marges financières de redéploiement .....	40
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION : EXAMEN DES CRÉDITS .....</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS .....</b>	<b>47</b>

## INTRODUCTION

Le projet de budget qui nous est présenté est placé sous le signe de la responsabilité. La mission « Santé » participe légitimement à l'indispensable effort collectif de redressement des comptes publics engagé par le Gouvernement, avec le soutien de sa majorité. Dans le même temps, les moyens des opérateurs du ministère chargé de la santé sont préservés même si de réels efforts sont demandés en matière d'effectifs.

Ainsi, les moyens budgétaires de la mission « Santé », d'un montant de 1,2 milliard d'euros permettent de poursuivre les missions de prévention sanitaire et de modernisation de l'offre de soins. Les crédits des deux programmes de cette mission connaissent une évolution différente.

Le projet de budget traduit l'augmentation attendue des dépenses au titre de l'aide médicale de l'État, tandis que le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » connaît une certaine érosion de ses crédits.

Après une brève présentation des principales orientations budgétaires retenues pour 2016, la rapporteure a souhaité centrer ses travaux sur l'évolution du Fonds d'intervention régional (FIR) comme outil de financement de projets innovants en matière de prévention et d'offre de soins.

Les auditions menées par la rapporteure ont permis de constater que si le FIR représente un incontestable progrès, les conditions de sa mise en œuvre ont contribué à donner de lui l'image d'un outil complexe. Les organismes bénéficiaires de ces crédits comprennent bien l'intérêt de cette enveloppe globale qui devait favoriser le décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social mais regrettent que les règles d'attribution ses crédits ne soient pas plus transparentes.

Le FIR a été lancé en 2012, avec un système de cogestion entre les agences régionales de santé (ARS) et la branche maladie, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) assurant les paiements auprès des bénéficiaires mais cette coopération s'est révélée délicate car aucune doctrine comptable commune n'avait été définie et les outils de gestion informatiques n'étaient pas compatibles.

La réforme décidée en 2015 et qui sera effective en 2016 de transférer aux ARS l'essentiel de la gestion du FIR, qui fera désormais l'objet d'un budget annexe pour chaque ARS, doit être saluée comme une décision opportune car elle permettra de simplifier les méthodes de gestion et de gérer des projets qui s'étalent sur plusieurs exercices budgétaires.

Cette réforme de la gestion du FIR doit s'accompagner d'une amélioration du pilotage du FIR tant au niveau national pour articuler les objectifs nationaux et

les priorités régionales qu'au niveau des ARS elles-mêmes pour que les bénéficiaires des crédits soient de véritables partenaires.

La gestion du FIR a une dimension très technique mais aussi politique car cela revient à se demander si les ARS sont plutôt des agences techniques qui doivent mettre en place une politique sanitaire centralisée, à partir de directives ministérielles ou si au contraire, elles disposent de véritables marges de manœuvre pour fixer des priorités régionales selon les caractéristiques sociologiques et sanitaires des territoires.

Se pose alors la question du contrôle politique ou démocratique de ces agences. Cette large autonomie ne risque-t-elle pas de créer ou de renforcer des disparités territoriales entre régions et au sein même des ARS entre les territoires.

Le FIR a pour mission de financer des dispositifs innovants mais que faire quand les territoires sont trop défavorisés ou trop faiblement peuplés pour être en mesure de mobiliser des énergies porteuses de projets ? Comment s'assurer que les moyens du FIR contribuent plutôt à harmoniser les conditions de l'accès aux soins plutôt que de favoriser les territoires les plus dynamiques ?

L'article 49 de la loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances fixe au 10 octobre la date butoir pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires. À cette date, **51 %** des réponses étaient parvenues.

## **I. UN PROJET DE BUDGET AU SERVICE DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ**

Les moyens consacrés à la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2016 s'élèvent à 1,25 milliard d'euros soit une progression de 4,7 % par rapport à 2015. 44 % des crédits sont consacrés aux politiques de prévention, de sécurité sanitaire et relative à l'offre de soins (programme 204) et 56 % à l'aide médicale de l'État (programme 183).

Les comparaisons d'une année sur l'autre sont délicates car cette année la mission Santé mais surtout le programme 204 bénéficie de crédits indirects venant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » (11,1 % de cette mission soit 82,8 millions d'euros) et du programme 183 pour un million d'euros. Cette variation entre crédits directs et indirects s'explique par la prise en charge d'une partie des crédits de personnel et de fonctionnement inscrits au programme 124 qui relève de la politique de santé.

### **A. LES CRÉDITS DESTINÉS À LA PRÉVENTION, LA SÉCURITÉ SANITAIRE ET L'OFFRE DE SOINS**

#### **1. Le renforcement du pilotage de la politique de santé publique**

Les moyens consacrés au pilotage de la politique de santé publique, inscrits à l'action n° 11 du programme n° 204, sont reconduits pour un montant de 91,4 millions d'euros.

Sur ce montant, 55,7 millions d'euros – soit 60 % des crédits de l'action – sont consacrés à la subvention pour charges de service public de l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui connaît une progression de 2,5 % par rapport à 2015. La subvention allouée à l'École des hautes études en Santé publique (EHESP) s'élèvera à 9,6 millions d'euros soit une diminution de 0,36 million d'euros soit une baisse de 4 %.

Dans un contexte budgétaire très serré qui appelle des mesures d'effort de gestion de la plupart des opérateurs de l'État, cette stabilité mérite d'être saluée : elle traduit la priorité donnée par le Gouvernement aux vigilances sanitaires.

Cette action de pilotage passe par l'amélioration des systèmes d'information : 3 millions y seront alloués. Un portail de déclarations des événements indésirables par les usagers et les professionnels de santé sera créé en 2016 (1,6 million d'euros) et il faut aussi noter la généralisation de la dématérialisation des certificats de décès (0,4 million d'euros).

1,9 million d'euros devrait être accordé au Collectif interassociatif sur la santé (CISS) dans le cadre d'une nouvelle convention pluriannuelle d'objectifs pour la période 2016-2018. Cette subvention servira à financer des actions

d'informations et à la formation des représentants des usagers dans les instances de consultations notamment dans les hôpitaux.

L'État prévoit enfin d'allouer 5,2 millions d'euros à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

**COMPARAISON DES AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT ET CRÉDITS DE PAIEMENT  
OUVERTS EN LOI DE FINANCES POUR 2015 ET DEMANDÉS DANS LE PROJET DE LOI DE  
FINANCES POUR 2016**

*(En millions d'euros)*

<b>Programmes et actions</b>	<b>LFI 2015</b>	<b>PLF 2016</b>	<b>Évolution 2016/2015</b>
<b>204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</b>	<b>515</b>	<b>501,5</b>	<b>- 2,6%</b>
Pilotage de la politique de santé publique	91,3	91,4	+ 0,1%
Accès à la santé et éducation à la santé	25,8	24,6	- 4,7%
Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	7,9	6,9	- 13,8%
Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	62,6	54,3	- 13,4%
Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	18,2	19,2	+ 5,5%
Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	11,5	11,3	- 2,2%
Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	138,6	134,6	- 2,9%
Projets régionaux de santé	124,2	124,5	+ 0,2%
Modernisation de l'offre de soins	34,6	34,7	+ 0,3%
<b>183 – Protection maladie</b>	<b>686,4</b>	<b>754,5</b>	<b>+ 9,9%</b>
Aide médicale de l'État	676,4	744,5	+ 10,1%
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	10	10,0	0,0 %
<b>Total de la mission</b>	<b>1 201,4</b>	<b>1 257,4</b>	<b>+ 4,7%</b>

*Source : projet annuel de performances 2015 et 2016.*

L'effort exigé en termes d'effectifs, mesuré en équivalents temps plein (ETP) sur le programme n° 204 devrait porter sur 4 postes plus 25 pour les opérateurs du programme comme l'ANESM, l'Agence de Biomédecine... Dans le même temps, le nombre d'emplois hors plafond sera stabilisé à 119.

Le tableau suivant récapitule la baisse des effectifs au sein des agences sanitaires du programme :

### ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES OPÉRATEURS DU PROGRAMME 204

(En ETPT sous plafond et hors plafond)

Opérateur	2014 (réalisation)	LFI 2015	PLF 2016	écart 2015/2016
ABM (agence de biomédecine)	263	267	263	- 4
ADALIS (addiction Drogue Alcool Info service)	39	36	36	
ANSM (agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé)	999	989	976	- 13
EHESP (école des hautes études en santé publique)	387	400	396	- 4
EPRUS (établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires)	30	30	30	0
INCa (institut national du cancer)	161	163	161	- 2
INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé)	130	132	132	0
INVS (institut de veille sanitaire)	408	401	420	19
TOTAL	2 417	2 418	2 414	- 4

Source : projet annuel de performances 2016.

Le projet de loi de finances pour 2016 fait donc apparaître une réduction de 4 ETPT au total, correspondant à une baisse de 25 ETPT sous plafond. Rappelons que l'InVS s'est vu transférer 21 ETPT liés au transfert des effectifs des cellules de l'InVS en région (CIRE), qui relevaient jusqu'à aujourd'hui du programme 123 *Conduite et soutien des politiques sanitaires* de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*.

Cet effort sur les effectifs va de pair avec la baisse des subventions pour charge de service public qui en moyenne sont réduites de 3,2 %, la baisse la plus forte étant de -5,4 % pour l'Agence de la Biomédecine.

## 2. La création de l'Agence nationale de santé publique

L'année 2016 sera marquée par une réorganisation des agences sanitaires. Une Agence nationale de santé publique sera créée qui reprendra les missions assurées par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'InVS, et l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), ce qui permettra, grâce à une meilleure taille critique, de réaliser des économies d'échelle. Il est aussi prévu de transférer l'activité et les personnels du GIP Adalis qui assure le service d'aide à distance dans le domaine des addictions (drogues info service, Alcool info service...)

Cette fusion porte sur trois établissements aux compétences complémentaires. En effet, l'InVS chargé de la surveillance de l'état de santé de la

population (recueil et traitement des données) et l'EPRUS chargé d'établir une veille sanitaire sur les risques, pourront s'allier à la politique de prévention menée par l'INPES. Par ailleurs, les trois établissements jouent un rôle assez similaire dans le déclenchement des alertes sanitaires et la gestion de situations de crises sanitaires. Ils pourront donc contribuer en fusionnant à rendre cohérente une chaîne d'actions allant de l'identification des risques à la prévention, et de l'alerte sanitaire à la gestion de crise. Cette nouvelle agence pourra également renforcer ses missions de conception et d'évaluation et améliorer la portée de son action en gagnant en visibilité.

Cette fusion préparée de longue date n'aura pas dans l'immédiat de conséquence en termes de réduction de postes mais se traduit par une baisse de crédits.

Ce sont principalement les crédits à destination de l'EPRUS qui ont subi visuellement une baisse importante du fait de la fusion entre 2014 et 2015. Sa subvention pour charges de service publique est en effet diminuée de 38,2 %, soit 6,6 millions d'euros. Sur ces trois agences, la baisse totale des crédits de subventions pour charges de service public est de 8,2 % (7 millions d'euros) se décompose ainsi :

*(En millions d'euros)*

	<b>LFI 2014</b>	<b>LFI 2015</b>	<b>Écart 2014/2015</b>
EPRUS	17,3	10,7	- 38,2 %
INPES	24,1	24	- 0,4 %
InVS	55,5	54,3	- 2,2 %
<b>TOTAL</b>	<b>96,9</b>	<b>89</b>	<b>- 8,2 %</b>

*Source : projet annuel de performances 2015.*

En réalité, l'écart entre 2014 et 2015 est moindre car les crédits de subvention consommés au cours de l'exercice 2014 sont bien inférieurs aux crédits votés, témoin d'un important effort de gestion en amont de la fusion : 16,1 millions d'euros pour l'EPRUS, 21,2 millions d'euros pour l'INPES et 49,5 millions d'euros pour l'InVS.

Dans le projet de loi de finances pour 2016, la participation à l'effort de maîtrise des dépenses publiques a été limitée à 0,6 % du total des subventions accordées en 2015, ceci afin de tenir compte des surcoûts induits par le regroupement de 585 agents et l'harmonisation des systèmes d'information.

Le directeur général de l'InVs a été chargé des travaux préparatoires à cette fusion et il a remis un rapport au Gouvernement portant sur les orientations prioritaires de travail pour cette nouvelle Agence. L'objectif est de renforcer la prévention primaire en développant des synergies entre les résultats de la surveillance de l'état de santé de la population et des actions de prévention à conduire. Des négociations sociales sont en cours pour accompagner la transition vers un seul établissement. Un nouveau contrat d'objectifs et de moyens sera élaboré en y associant l'assurance maladie. Il comportera un volet relatif aux

opérations immobilières pour la future agence visant à regrouper l'ensemble des équipes actuellement à Saint Denis et Saint Maurice. La nouvelle agence devrait s'installer à Saint Maurice dans le Val de Marne.

Le pilotage stratégique des agences nationales sanitaires sera renforcé avec la création d'un comité stratégique d'animation du système d'agences qui aura pour objectif de coordonner les stratégies de recherche et d'assurer une bonne coordination entre ces agences et les autres acteurs du système de santé (Assurance maladie, agences régionales de santé (ARS)).

### **3. La recherche de gains d'efficacité dans les dépenses de prévention**

#### ***a. L'optimisation des dépenses en faveur de l'accès et de l'éducation à la santé***

Le projet de loi de finances pour 2016 se situe dans la continuité de la loi de finances pour 2015, en poursuivant la rationalisation des dépenses consacrées à l'action n° 12 « Accès à la santé et éducation à la santé ». Celles-ci diminuent par rapport à 2015 de 4,7 % pour s'élever à 24,6 millions d'euros (34,8 millions avec les crédits indirects)

Cette baisse s'explique en partie par le transfert de 0,5 million d'euros au programme égalité entre les hommes et les femmes de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » pour contribuer à la constitution d'un fonds pour la prévention de la prostitution et l'accompagnement social des personnes prostituées dont la dotation État devrait être d'un million.

L'essentiel de ces moyens est consacré à la subvention pour charges de service public de l'INPES, d'un montant de 23,8 millions d'euros. Il s'agit d'une quasi-reconduction par rapport à 2015, puisque la subvention ne diminue que de 0,2 million d'euros, compte tenu des économies devant être réalisées par l'opérateur sur ses dépenses de fonctionnement. L'établissement aura donc les moyens de contribuer à la stratégie nationale de santé dans le respect des orientations stratégiques de son contrat d'objectifs et de moyens qui prévoit notamment le renforcement de son efficacité. L'institut devrait ainsi poursuivre l'optimisation de sa politique d'achats et de la gestion des stocks de documents de prévention.

#### ***b. Des moyens consacrés à la prévention des risques***

Les moyens consacrés à la prévention des risques figurent sous les actions n° 13 « Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins », n° 14 « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades » et n° 15 « Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation ».

Les crédits relatifs à ces actions sont réduits, passant de 80,4 millions d'euros en 2016 contre 88,1 millions d'euros en 2015 soit une érosion de plus de 8 % (cette baisse est plus limitée si on tient compte des crédits indirects).

- Dans le cadre de la prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins, dotée de 6,9 millions d'euros, ce sont 5,1 millions d'euros qui financeront le plan national de lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles et 0,5 million d'euros qui financeront des actions de lutte contre les hépatites B et C. Une part des crédits servira également à financer l'interprétariat nécessaire à la prise en charge de certains patients étrangers atteints de la tuberculose.

- Les moyens consacrés à la prévention des maladies chroniques et à la qualité de vie des malades passent à 54,3 millions d'euros en crédits de paiement en 2016 contre 62 millions en 2015 (là encore la baisse est moins forte si on tient compte des crédits indirects le total atteignant 58,8 millions). Ils permettront d'accompagner la mise en œuvre du 3<sup>ème</sup> plan cancer qui a été lancé au début de l'année 2014, notamment grâce au 47,7 millions d'euros destinés à la subvention pour charges de service public de l'Institut national du cancer qui ne diminue par rapport à 2015 de 6,45 millions d'euros. Il est attendu de l'Institut qu'il poursuive ses efforts de maîtrise de ses dépenses de fonctionnement, comme le font les autres opérateurs ; son plafond d'emplois diminue par ailleurs de 2 ETP. Il conviendra toutefois de veiller à ce que la participation de l'Institut à l'effort collectif de redressement des comptes publics ne pénalise pas sa contribution essentielle au nouveau plan cancer.

Il faut cependant noter que les sources de financement de la lutte contre le cancer sont multiples et difficiles à appréhender dans leur ensemble. Le troisième plan Cancer 2014-2019 présente des objectifs ambitieux déclinés en dix-sept objectifs qui se traduisent en deux cent huit actions opérationnelles, dont vingt-quatre actions du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) présenté par la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes en septembre 2014. Le financement global apparaît à la hauteur de ces ambitions. À titre estimatif, le ministère de la santé évalue le montant total des dépenses prévues pour 2016 à 264,3 millions d'euros, émanant à la fois du budget de l'État et de celui de la sécurité sociale, et pour certaines actions partie intégrante du budget d'un opérateur dont le premier d'entre eux est l'INCa.

- Les actions de prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation voient leurs moyens augmenter, pour atteindre 19,2 millions d'euros en 2016 contre 18,2 millions en 2015.

Les trois quarts des crédits sont consacrés à la subvention pour charges de service public de l'Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), d'un montant de 13,3 millions d'euros, comparable à celui de 2015. Il convient de noter que cette agence bénéficie également de subventions pour charges de service public allouées par d'autres

programmes. Ainsi, l'agence disposera-t-elle au total de 94,7 millions d'euros de financement de l'État, ce qui témoigne là encore de l'importance accordée par le Gouvernement aux « vigilances ». L'ANSES n'aura pas à consentir les efforts demandés à d'autres structures, puisque son plafond d'emplois passera de 1 351 ETP à 1 355 cette hausse se faisant essentiellement grâce à des emplois hors plafond.

#### **4. La gestion des crises et l'optimisation des vigilances**

##### ***a. La réponse aux alertes et urgences sanitaires***

Les crédits de l'action n° 16 « Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires », d'un montant de 11,5 millions d'euros en autorisations d'engagement et crédits de paiement, diminuent 1,8 % par rapport à 2015.

Cette évolution, loin de témoigner d'un désengagement de l'État, résulte d'efforts soutenus d'optimisation et de rationalisation des dépenses dans le domaine des alertes et urgences sanitaires. Ces dépenses sont, pour l'essentiel, constituées de la subvention pour charges de service public à l'Établissement public de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), subvention fixée à 10,5 millions d'euros dans le projet de loi de finances, soit une quasi reconduction des moyens accordés à cet établissement.

##### ***b. L'effort en faveur de la vigilance en matière de produits de santé***

La priorité donnée aux vigilances par le Gouvernement s'est traduite, dans le domaine des produits de santé, par l'attribution à la nouvelle Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) d'une subvention pour charges de service public destinée à lui permettre de mener une profonde rénovation de son mode de fonctionnement et de son organisation, ainsi qu'à faire face à l'extension du champ de ses missions. Rappelons que la réforme de l'agence consistait notamment à renforcer ses ressources en expertise interne, accroître sa transparence, garantir le contrôle des liens d'intérêts et la « traçabilité » de l'expertise externe, ainsi qu'à procéder à un décloisonnement de son fonctionnement.

Le souci de renforcement de l'indépendance de l'ANSM à l'égard de l'industrie pharmaceutique a conduit à substituer à son mode de financement antérieur, reposant sur des taxes affectées, une subvention pour charges de service public attribuée par l'État. Pour l'année 2016 elle devrait atteindre 116,6 millions d'euros. Soit une baisse de 2,3 % par rapport à 2015.

L'agence doit donc, comme les autres opérateurs de l'État, contribuer à l'effort collectif de maîtrise des dépenses publiques. On notera toutefois que contrairement à d'autres opérateurs, son plafond d'emplois avait été maintenu à

1 003 ETP en 2014 puis légèrement réduit en 2015 mais cette année la baisse sera importante atteignant 13 ETP, les 6 postes hors plafond étant maintenus.

Un travail de mutualisation de certaines fonctions avec d'autres agences sanitaires est en cours, de même que sont engagées des mesures de simplification des actions de l'agence, ce qui devrait permettre des gains d'efficacité. Pour 2015, l'agence verra son plafond d'emplois réduit de 20 postes soit 989 ETPT (dont six postes hors plafond).

## **5. Le soutien aux projets régionaux de santé**

L'action n° 18 « Projets régionaux de santé » regroupe l'ensemble des crédits de prévention, de promotion de la santé, de veille et de sécurité sanitaires alloués aux agences régionales de santé par l'intermédiaire du Fonds d'intervention régional (FIR).

Les moyens qui y sont consacrés pour s'établir à 124,54 millions d'euros en autorisations d'engagement et crédits de paiement sont stables par rapport à 2015. Il convient de rappeler que les crédits du programme n° 204 sont complétés par un financement spécifique des trois régimes d'assurance maladie abondant le FIR, en provenance notamment de leurs fonds de prévention.

## **6. L'engagement en faveur de la modernisation de l'offre de soins**

L'action n° 19 « Modernisation de l'offre de soins » voit ses moyens reconduits par rapport à 2015, pour s'établir à 35 millions d'euros en autorisations d'engagement et crédits de paiement.

L'année dernière d'importants transferts de charges ont été faits au profit de l'assurance maladie. Ces transferts concernent à la fois une compétence, la Formation médicale initiale, et trois opérateurs, à savoir l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Haute autorité de santé (HAS) et le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG). Ces transferts ont représenté 157,5 millions d'euros.

En conséquence 83 % des crédits de l'action concernent l'agence de santé de Wallis-et-Futuna.

- L'agence de santé de Wallis-et-Futuna, établissement public national administratif, reste financée par l'État.

Cette agence qui ne dispose pas de ressources propres et dont le financement est intégralement pris en charge par l'État, sera dotée de 28,5 millions d'euros en autorisations d'engagement et crédits de paiement, soit une reconduction du montant accordé en 2015.

- L'Agence pour le développement des systèmes d'information de santé partagés (GIP-ASIP Santé) est financée essentiellement par l'Assurance maladie mais reste aussi financée par des crédits d'État. Ils servent à financer le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) pour un montant de 0,7 million d'euros.

- Les frais de jury de certification des diplômes sanitaires

Auparavant, ces crédits d'intervention destinés à la prise en charge des frais de jury de l'ensemble des diplômes sanitaires étaient inscrits dans le programme 124 (Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales et du sport, dans la mission interministérielle Solidarités, insertion, égalité des chances). Ils ont été transférés en 2015 dans les crédits du programme 204. Pour 2016, 3,95 millions y seront consacrés.

## **B. LES CRÉDITS EN FAVEUR DE LA PROTECTION MALADIE**

Les crédits inscrits au programme 183 « Protection maladie » progressent de 10,9 % par rapport à 2015 et s'élèvent à 754 millions d'euros pour 2016 contre 686 millions en 2015. Ils sont, dans le projet de loi de finances, consacrés quasi exclusivement à l'aide médicale de l'État.

L'aide médicale d'État est entrée en vigueur en janvier 2000 pour assurer une protection de la santé des personnes étrangères résidant en France, depuis plus de trois mois, mais qui ne remplissent pas les conditions de régularité de séjour pour bénéficier de la CMU.

### **1. L'adaptation des moyens consacrés à l'aide médicale de l'État**

Les moyens de l'action « Aide médicale de l'État » s'établissent à 744 millions d'euros en autorisations d'engagement et crédits de paiement contre 676,4 millions d'euros en 2015, soit une progression annuelle de 9,9 %.

L'aide médicale de droit commun, qui constitue le premier poste de dépenses et correspond au remboursement par l'État des dépenses avancées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, est évaluée à 700 millions d'euros pour 2016 (augmentation prévisible du nombre de bénéficiaires de 4,9 %) et intégrant une réduction du coût moyen des dépenses suite aux mesures d'économies résultant des tarifs hospitaliers appliqués pour l'accueil des malades couverts par l'AME.

**ÉVOLUTION DES DÉPENSES AU TITRE DE L'AIDE MÉDICALE DE DROIT COMMUN  
ET DU NOMBRE DE SES BÉNÉFICIAIRES ENTRE 2009 ET 2013**

Année	Dépenses		Nombre de bénéficiaires au 31 décembre	
	En millions d'euros	Évolution annuelle (%)	Effectifs	Évolution annuelle (%)
<b>2009</b>	540	13,3	215 763	6,5
<b>2010</b>	580	7,4	228 036	5,7
<b>2011</b>	609	4,9	208 974	- 8,4
<b>2012</b>	581	- 4	252 437	20,8
<b>2013</b>	715	23	282 425	11,8
<b>2014</b>	759,9	6,2%		
<b>2015 estimation</b>	780,1			

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé.

L'écart entre les dépenses prévisionnelles et les dépenses réelles a conduit à ce que l'État ait une dette vis-à-vis de la CNAMTS

*(En millions d'euros)*

	2011	2012	2013	2014
<b>Dépenses AME</b>	<b>608,8</b>	<b>581,6</b>	<b>715,1</b>	<b>717,2</b>
Dotation initiale	540,0	543,0	543,0	560
Redéploiement et report	12,6	3,2	3,2	2,1
Ouverture LFR	35,0	0,0	156,0	155,1
<b>Solde au titre de l'année</b>	<b>21,2</b>	<b>35,4</b>	<b>12,9</b>	<b>5,7</b>
<b>Solde cumulé</b>	<b>6,2</b>	<b>38,7</b>	<b>51,6</b>	<b>57,3</b>

La dette cumulée à fin 2014 s'élève ainsi à 57,3 M€.

Malgré une rationalisation du pilotage de la dépense, les dépenses estimées en année pleine 2015 montrent un besoin de financement :

**PRÉVISIONS DE DÉPENSES ET BESOINS DE FINANCEMENT 2015**

*(En millions d'euros)*

	LFI	Besoin de financement prévisionnel 2015	Écart
AME de droit commun	632,7	736,3	103,6
Soins urgents	40	40	0,0
Autres dispositifs	3,8	3,8	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>676,4</b>	<b>780,1</b>	<b>103,7</b>

Source : ministère de la Santé.

Avec une consommation estimée à 780 millions d'euros pour 2015, la prévision pour 2016 à 744,5 millions d'euros affiche d'ores et déjà un montant inférieur aux crédits consommés en 2015 de 35,5 millions d'euros. Seul le dispositif de l'AME de droit commun, qui dépend de la variation de la demande de soins est responsable de cet écart.

L'aide médicale de l'État au titre des soins urgents voit sa dotation reconduite, comme en 2014 et depuis 2008, au montant forfaitaire de 40 millions d'euros. Cette participation forfaitaire de l'État couvrait, en 2013, 38 % des dépenses de soins à la charge de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Enfin, les autres dispositifs au titre de l'aide médicale (humanitaire, destinée aux personnes gardées à vue, ou finançant les hospitalisations de patients évacués par l'hôpital de Mayotte) bénéficient de 4,5 millions d'euros, montant en hausse de 20 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2015.

Un certain nombre de dispositions ont été prises pour maîtriser les dépenses de l'AME.

Les premiers efforts ont porté sur le contrôle des dossiers administratifs justifiant le bénéfice de l'AME.

Depuis 2005, il est fait obligation à tout demandeur de l'AME de faire connaître toutes les informations relatives à son identité, sa résidence, sa situation de famille, ses ressources, ses biens et ses charges ainsi qu'à un régime de base ou complémentaire d'assurance maladie. Le recours aux déclarations sur l'honneur a donc été supprimé et la liste des pièces justificatives nécessaires à l'admission à l'AME a été réglementairement fixée.

En outre, depuis 2010, il a été mis en place un titre d'admission à l'AME, imprimé sur un papier sécurisé et comportant la photo du bénéficiaire. Contenu dans une pochette plastique scellée, son modèle est fixé par arrêté et il fait l'objet d'une procédure de remise en mains propres systématique, par la caisse, à son titulaire.

Enfin, après l'instauration en 2004 d'une condition de résidence stable de plus de 3 mois pour pouvoir être éligible à l'AME, le bénéfice des prestations en cours d'année de droit est soumis à la stabilité de la résidence, selon des modalités définies par décret, durant les douze mois qui précèdent le service des prestations.

Cela signifie qu'en plus des trois mois de résidence ininterrompue en France requis pour l'ouverture des droits à l'AME, les intéressés doivent, pour garder leurs droits ouverts, avoir en France leur foyer permanent (lieu où les personnes ont leur lieu de résidence habituelle) ou leur lieu de séjour principal (présence effective de plus de six mois ou 180 jours sur l'année civile ou les 12 mois qui précèdent). Les justificatifs requis sont de tous ordres : passeport, justificatif de scolarisation des enfants, bail, etc. Les caisses peuvent donc à ce titre vérifier en cours d'année de droit, pour le service des prestations, que la personne remplit cette condition notamment en cas de doute sur le caractère effectif de la stabilité de la résidence sur la période considérée.

Années	Mesures	Rendement annuel
LFSS 2011 (entrée en vigueur en 2012)	<b>Réforme de la tarification des séjours hospitaliers sur le champ médecine chirurgie obstétrique (MCO) :</b> Le principe retenu est celui d'une tarification de droit commun, c'est-à-dire fondée, pour les actes MCO, à hauteur de 80% sur les tarifs nationaux (tarification à l'activité) et à hauteur de 20% sur les tarifs journaliers de prestation des hôpitaux au lieu d'une tarification basée sur 100 % des TJP. A cela s'est ajoutée une compensation permettant d'atténuer la perte de recette pour les hôpitaux : un coefficient de majoration 1,32 appliqué aux tarifs et le fléchage de 30 M€ de crédits "mission d'intérêt général -MIG" vers les EPS prenant en charge de nombreux patients AME.	Diminution de 25 % de la facturation sur le champ MCO  54 M€ en 2012 (impact sur 9 mois de prise en charge)  92 M€ en 2013 (yc l'augmentation des effectifs consommants 2013)
2014 et 2015	<b>Le coefficient de majoration</b> des tarifs hospitaliers sur le champ médecine chirurgie obstétrique est ramené de 32 % à 15 % au 1er janvier 2014 et est annulé au 1er janvier 2015.	Rendement de 26 M€ en 2014 et de 55M€ en 2015 et 60 M€ en 2016 sur le tendanciel
2015	<b>Médicaments :</b> les médicaments à faible service médical rendu (médicaments à 15 %) ne sont plus pris en charge.	Economie de 4,2 M€ en 2015 et de 5 M€ les exercices suivants
2015	<b>Délais de facturation:</b> alignement sur le droit commun, soit un passage de 2 ans à 1 an, de la capacité pour les établissements de santé à adresser leurs éléments de facturation à l'assurance maladie. Cette réforme vise à renforcer le pilotage des dépenses d'AME de droit commun puisque l'exercice auquel elles se rapportent sera clairement identifié.	Rendement de près d'1M€ à échéance 2016.

Des contrôles sont par ailleurs mis en place tant par les services du contrôle médical que par les services administratifs.

Depuis 2008, il est en effet reconnu au service du contrôle médical une compétence générale pour les soins dispensés aux bénéficiaires de l'AME dans les mêmes conditions que pour les assurés. Il peut ainsi être procédé à l'analyse de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'AME. De même, le bénéfice de certaines prestations peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical, cet accord étant notamment exigé pour les reconnaissances d'affections de longue durée. Enfin, le service des prestations non justifiées médicalement peut être suspendu.

Rappelons que le Décret n° 2015-120 du 3 février 2015 relatif à la prise en charge des frais de santé par l'aide médicale de l'Etat, a exclu du panier de soins les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible. Pour mémoire ce panier de soins exclut aussi les frais des cures thermales et ceux liés à la procréation médicalement assistée (PMA).

Afin de garantir que le dispositif, tout en assurant un accès effectif au droit et aux soins, ne bénéficie qu'aux personnes qui en remplissent les conditions légales d'attribution, l'instruction des dossiers est modélisée dans le cadre d'un plan de maîtrise afin que le processus d'instruction soit harmonisé sur l'ensemble du territoire et réponde aux exigences des règles de contrôle interne.

Sur l'ensemble du territoire national, 160 agents spécialement formés sont ainsi chargés de contrôler les dossiers de demande et les conditions d'attribution de la prestation, pour environ 294 000 bénéficiaires.

Par ailleurs, tous les dossiers de demande pour lesquels les demandeurs ont déclaré n'avoir aucune ressource font l'objet d'un contrôle approfondi des moyens d'existence, avec convocation du demandeur à la CPAM ou CGSS pour un entretien.

Pour l'année 2014, il peut être indiqué qu'au niveau national, pour 204 480 notifications d'ouverture de droit adressées, 29 405 refus ont été notifiés, soit un taux de refus de 10 %.

## **2. Un financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante essentiellement assuré par la branche Accidents du travail-Maladies professionnelles**

Le projet de loi de finances pour 2016 prévoit des crédits pour le « Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante » FIVA, à la différence des années 2013 et 2014 où il n'y en avait pas. Pour 2015 ce montant s'élevait à 10 millions d'euros qui seront reconduits en 2016.

### **Le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) & le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**

Les lois de financement de la sécurité sociale pour 1999, 2000 et 2001 ont mis en place un dispositif de cessation anticipée d'activité ouvert à partir de 50 ans aux salariés du régime général atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante ou ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales. Le dispositif a été étendu successivement aux dockers professionnels (en 2000), aux personnels portuaires de manutention (en 2002) et aux salariés agricoles atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante (en 2003).

Les allocations de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) sont prises en charge par le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), dépourvu de personnalité morale et intégré dans les comptes de la branche AT-MP. Ce fonds prend également à sa charge les cotisations au régime de l'assurance volontaire vieillesse ainsi que les cotisations aux régimes de retraite complémentaire dues par les bénéficiaires des allocations versées par le fonds.

Le fonds est financé essentiellement par une contribution de la branche AT-MP du régime général fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que par une fraction du produit des droits de consommation sur le tabac et une contribution de la branche AT-MP du régime des salariés agricoles.

Le fonds est géré pour une partie de ses opérations (allocations, cotisations volontaires vieillesse et frais de gestion) par la caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM AT-MP) et, pour l'autre partie (cotisations complémentaires vieillesse) par la caisse des dépôts et consignations (CDC).

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est un établissement public qui a été mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 pour prendre en charge l'indemnisation (en réparation intégrale de leurs préjudices) des personnes atteintes de maladies liées à l'amiante (contractées ou non dans un cadre professionnel).

Le fonds prend en charge les maladies d'origine professionnelle occasionnées par l'amiante reconnues par la sécurité sociale, les maladies spécifiques figurant dans l'arrêté du 5 mai 2002 (pour lesquelles le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante) et enfin toute maladie pour laquelle le lien avec une exposition à l'amiante est reconnu par le FIVA après examen par la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante.

Le fonds instruit les dossiers et verse les indemnités selon un barème qui se décompose en deux parties : l'indemnisation des préjudices patrimoniaux et l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux.

Pour 2015, les prévisions de dépenses du fonds s'élèvent à 525 millions d'euros et les produits du FIVA diminueraient de 10 % et le résultat de l'exercice 2015 serait déficitaire de 33 millions.

D'ici à 2016, le nombre de nouvelles demandes de victimes devrait augmenter pour s'établir à 7 300, et le nombre de nouvelles demandes d'ayants droit progresserait d'environ 5 % par an pour atteindre 13 400 demandes en 2016. Par ailleurs, le coût moyen par dossier augmenterait annuellement d'environ 3 % et s'établirait à 46 000 euros pour les dossiers de victimes et 11 500 euros pour les dossiers d'ayants droit.

En 2016, la forte baisse des ACAATA devrait se poursuivre (- 8,5 %) en raison de la diminution des effectifs (- 9 %) et d'un impact en moyenne annuelle de la revalorisation des allocations quasiment nul (+ 0,33 %).

Pour 2016, les dépenses du FIVA devraient s'élever à 430 millions avec une dotation de la branche AT-MP de 430 millions et une dotation de l'État de 10 millions. Aux dépenses d'indemnisation s'ajoutent des frais de gestion administrative de 10 millions d'euros et des provisions de 50 millions.

## **II. LE FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL, UN OUTIL FINANCIER AUX MAINS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ POUR DÉCLOISONNER LE SANITAIRE ET LE MÉDICO-SOCIAL**

Créé par l'article 65 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2012 et codifié aux articles 1435-8 du code de la santé publique, le Fonds d'intervention régional (FIR) regroupe dans une même enveloppe globale et fongible des crédits auparavant cloisonnés mais destinés à des politiques proches ou complémentaires dans les domaines de continuité et de la qualité des soins, de l'adaptation de l'offre de soins, tant sanitaire que médico-sociale, de la prévention de la santé et de la prévention de la perte d'autonomie.

Financé à l'origine à partir des fonds de prévention de l'assurance maladie et de reprise de crédits du Fonds de modernisation des établissements de santé, du Fonds d'intervention pour la qualité des soins ainsi que d'une dotation de l'État au titre du programme 204 du budget, il a bénéficié de crédits en augmentation constante, passant de 1,3 milliard en 2012 à 3,3 milliards en 2015, au fur et à mesure que son périmètre s'étendait.

Les ARS peuvent redéployer les crédits au sein des différentes missions composant le FIR sous réserve que les crédits de prévention et de santé publique soient sanctuarisés et que les crédits du médico-social ne puissent être affectés au financement d'activités de soins.

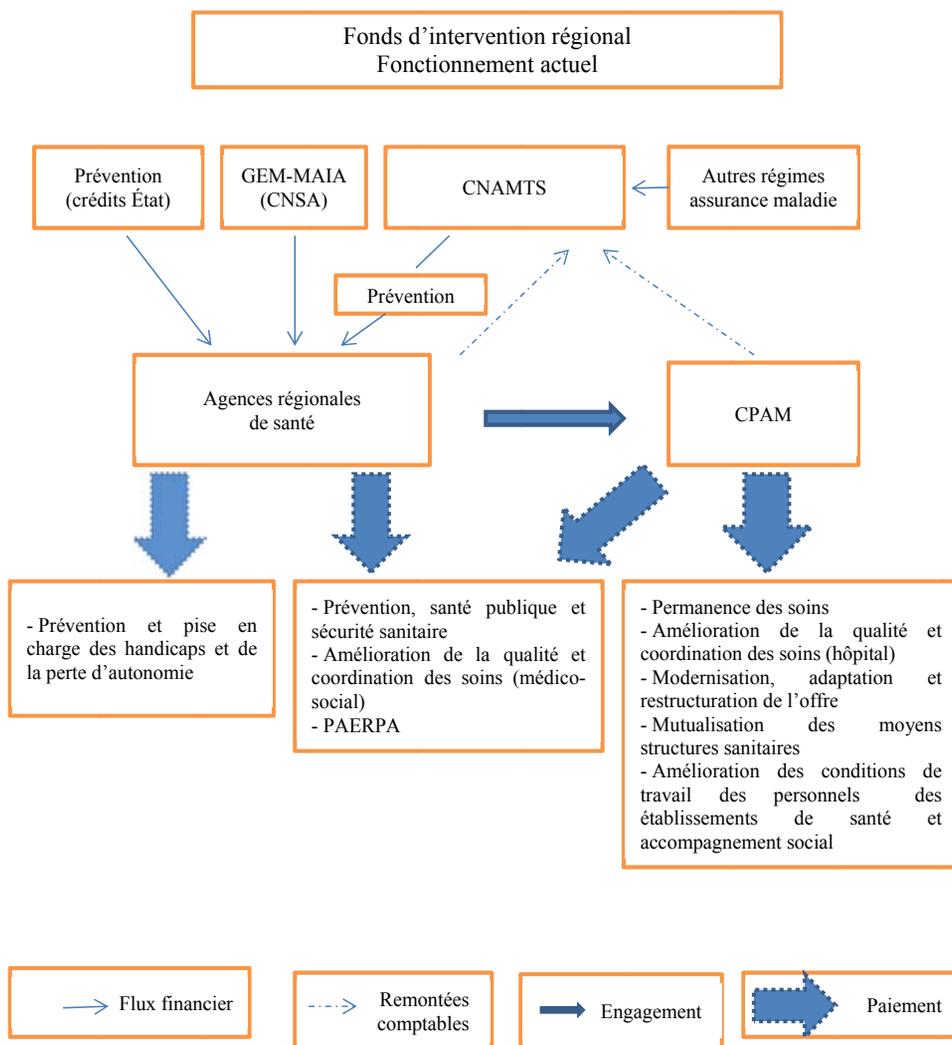
La circulaire relative à la mise en œuvre du FIR du 9 mars 2012<sup>(1)</sup> indiquait que le FIR devenait le levier financier privilégié des ARS. Elle indiquait que le FIR « vise à donner aux agences régionales de santé (ARS) une plus grande souplesse dans la gestion de certains de leurs crédits, au service d'une stratégie régionale de santé transversale » et que « le fonds doit également permettre aux ARS d'optimiser la dépense, l'objectif étant de passer d'une logique de moyens sur des lignes fléchées à une logique d'objectifs et de résultats vérifiés dans le cadre d'un reporting organisé. ».

Il doit être un outil majeur des ARS dans la réalisation de leurs projets régionaux de santé ; participant notamment à une logique de décloisonnement des prises en charges entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

Le FIR avait donc pour objectif de déléguer aux ARS une enveloppe globale, au service de la mise en œuvre de leurs projets régionaux de santé et permettant de hiérarchiser les actions à financer.

---

(1) Circulaire SG/2012/145 du 9 mars 2012 du ministère des affaires sociales et de la santé.



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2014.

## A. LE FIR, UN OUTIL FINANCIER NON STABILISÉ

Une des sources de la complexité de l'utilisation du FIR est que cet outil a été en constante évolution depuis sa création, les bénéficiaires des crédits attribués ayant souvent du mal à comprendre les changements successifs et les ARS elles-mêmes n'ont pu s'approprier parfaitement ce nouvel outil.

## **1. Un périmètre en constante évolution et des missions très hétérogènes**

Lors de la création du FIR en 2012 les actions ou projets susceptibles d'être financées par le FIR étaient regroupées dans le cadre de huit missions :

- la permanence des soins ;
- l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins ;
- l'amélioration de la répartition géographique de l'offre de soins ;
- la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins ;
- l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;
- la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;
- la mutualisation des moyens des structures sanitaires ;
- la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi que la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

En 2013, le FIR a connu un premier élargissement de son périmètre en intégrant certaines aides à la contractualisation (AC) correspondant à un soutien financier à des hôpitaux déficitaires jouant un rôle d'aménagement du territoire et certaines missions d'intérêt général (MIG).

Ces dernières correspondant à une approche transversale des soins comme les équipes mobiles de soins palliatifs, équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques, structures de prises en charge des adolescents, équipes de liaison en addictologie, comités de coordinaat de la lutte contre le VIH, télésanté, parcours de soins pour les personnes âgées, groupes d'entraide mutuelle ; accueil des malades Alzheimer (MAIA).

Cette extension de compétences s'est accompagnée d'un doublement des crédits qui sont passés de 1,5 en année pleine en 2012 à 3,3 milliards en 2013, alors même que les circuits comptables n'étaient pas stabilisés.

L'année suivante, l'article 65 de la loi de financement pour 2014 a prévu de ventiler l'ONDAM en sept sous-objectifs sectoriels, dont un nouveau sous-objectif relatif au fonds d'intervention régional (FIR). De plus, l'article 44 du même texte offrait également la possibilité d'élargir le FIR par transfert de 1 % au maximum de la dotation annuelle de financement (DAF) qui concerne essentiellement les activités de santé mentale et de soins de suite et de réadaptation.

Les différents professionnels auditionnés par la rapporteure ont souligné la grande hétérogénéité des dépenses du FIR et le fait que la ventilation en sous enveloppe demeurerait encore présente alors même que le FIR a été créé pour supprimer ces cloisonnements.

La loi de financement pour 2015 a simplifié la répartition des crédits en cinq missions qui sont désormais réparties en cinq missions telles que présentées dans ce tableau présentant les prévisions de dépenses pour 2015

<b>FIR 2015 prévisions de dépenses</b>		<b>en euros</b>
Mission 1	Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	464 181 338
Mission 2	Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	802 002 186
Mission 3	Permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	957 604 216
Mission 4	Efficiences des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels	1 224 689 002
Mission 5	Développement de la démocratie sanitaire	5 804 138
Autres		12 941 129
<b>Total</b>		<b>3 467 222 009</b>

Source : données issues des EPRD des ARS.

Le FIR finance ainsi trois types de dépense de natures différentes :

- Des dépenses de guichet payées à des professionnels de santé comme la permanence des soins et permanence des soins en établissement ou à des personnels pour les indemniser comme par exemple pour les indemnités de départ volontaire,

- Des dépenses d'intervention : aides régionales à l'investissement, aides à la performance et aux réorganisations hospitalières, soutien à des expérimentations innovantes,

- Des dépenses de fonctionnement de structures pérennes : équipes mobiles de soins palliatifs, groupe d'entraide mutuelle...

Certaines dépenses résultent d'une décision des directeurs des ARS et d'autres sont des dépenses fléchées ou « contraintes » au niveau national pour des raisons principalement historiques et pour lesquelles les marges de manœuvre au niveau régional sont faibles.

L'hétérogénéité des mesures financées est une source majeure de la complexité du dispositif puisque les procédures comptables applicables sont différentes selon la nature des dépenses.

Très rapidement il est apparu que l'objectif d'utilisation plus souple des financements serait difficile alors même que le FIR était constitué d'une année sur l'autre pour des financements existants déjà alloués à des établissements de santé ou associations pour le financement d'activités pérennes (les missions d'intérêt général) ou des engagements à long terme (les aides à la contractualisation) et non par des mesures nouvelles libres de tout engagement.

De ce fait, les ARS si elles veulent augmenter leurs marges de manœuvre, sont contraintes de réduire les financements alloués à des établissements pour faire fonctionner des structures pérennes ce qui est très difficile à faire dans le secteur social où il est délicat de trouver des financements alternatifs et stables.

#### ORIGINE DES CRÉDITS DÉLÉGUÉS AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ DE 2013 À 2015

(En millions d'euros)

	2012	2013	2014	2015 (montants provisaires)
Total des crédits délégués	1 328	3 170	3 252	3 229
<i>dont crédits assurance maladie</i>	1 155	2 959	3 045	3 015
<i>dont crédits État</i>	173	137	121	114
<i>dont crédits CNSA</i>	0	73	86	101

Source : arrêtés fixant le montant des crédits attribués aux ARS.

Les circulaires annuelles de mise en œuvre du FIR après le vote en loi de financement du sous objectif de l'ONDAM pour le FIR, donnent aux directeurs d'ARS des directives quelque peu ambivalentes. D'un côté, il est affirmé que l'attribution des crédits est laissée à la libre attribution des directeurs sous réserve de respecter le principe de fongibilité asymétrique mais d'un autre côté certains crédits sont rigoureusement fléchés comme pour les MIG relatifs au plan cancer, aux plans relatifs aux maladies rares ou à la télémédecine. Ce fléchage correspond à une logique de construction des plans de santé publique. Il est dès lors permis de s'interroger sur l'opportunité de les avoir intégrés dans le FIR.

La liberté de manœuvre des ARS a aussi été limitée par la pratique de gels de crédits en début d'exercice budgétaire qui se sont combinés notamment en 2013 avec la non délégation de crédits en fin d'année. Le montant de ces gels est venu minorer le montant des enveloppes régionales qui avaient été déléguées aux ARS. Le directeur général de l'ARS Bourgogne a ainsi donné l'exemple de l'année 2014 : sur une dotation de 84 millions, les gels ont atteint 3 millions et en plus, 1,2 million était fléché pour le plan maladies rares. Cette année-là les crédits « non protégés » ont donc connu une baisse de 5,5 % par rapport à 2013 pour cette région.

## 2. Des critères de répartition entre régions peu transparents

Le FIR a aussi souffert à son origine d'un manque de transparence dans la répartition des crédits entre les différentes ARS, donnant ainsi l'impression qu'il n'était pas un outil visant à réduire les disparités territoriales.

**MONTANT DES CRÉDITS DÉLÉGUÉS AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ  
AU TITRE DU FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL POUR L'ANNÉE 2015**

*(En millions d'euros)*

ARS	CRÉDITS délégés	crédits de prévention (art. L. 1435-9 a) du CSP			Dont crédits de prévention des handicaps (au b de l'art. L. 1435-9 du CSP)		Dont crédits pour télémédecine (II de l'article 36 de la LFSS 2014)
		(crédits assurance maladie)		(crédits État)	Total	Dont PAERPA	
		Total	Dont démocratie sanitaire				
Alsace	98,022	2,384	0,067	1,778	3,208	0	0,178
Aquitaine	150,822	4,395	0,119	4,124	9,009	2,745	0
Auvergne	73,057	2,707	0,049	2,501	3,049	0	0
Bourgogne	86,469	3,564	0,059	3,150	3,330	0,217	1,594
Bretagne	142,806	5,243	0,117	4,613	6,091		0
Centre-Val de Loire	111,595	4,596	0,093	4,006	5,613	0,697	0,411
Champagne-Ardenne	67,257	2,960	0,048	2,294	2,516	0	0
Corse	17,678	892,492	0,020	0,786	0,897	0	0
Franche-Comté	60,501	1,653	0,042	1,582	2,569	0	0
Île-de-France	566,700	22,244	0,433	18,372	15,711	1,583	0
Languedoc-Roussillon	119,186	4,853	0,098	4,468	5,042	0	1,096
Limousin	56,138	1,680	0,026	1,364	3,859	1,518	0
Lorraine	136,645	5,038	0,084	4,554	5,210	1,048	0
Midi-Pyrénées	143,575	6,119	0,106	5,113	6,891	0,207	0
Nord-Pas-de-Calais	184,441	6,997	0,146	6,529	7,540	1,399	0
Basse-Normandie	77,840	2,655	0,053	2,219	2,900	0	0,685
Haute-Normandie	85,274	3,269	0,066	2,891	3,318	0	0,822
Pays de la Loire	168,424	7,980	0,132	6,194	7,438	1,677	1,097
Picardie	95,575	3,874	0,069	3,296	2,324	0	0,690
Poitou-Charentes	82,828	3,485	0,064	2,228	3,127	0	0
PACA	225,149	8,166	0,178	6,465	7,663	0	0
Rhône-Alpes	291,737	10,166	0,231	8,421	9,259	0	0
Guadeloupe	41,389	3,579	0,020	3,433	0,045	0	0
Guyane	29,497	4,959	0,020	3,757	0,371	0	0
Martinique	43,402	2,317	0,020	2,319	0,549	0	0,023
Océan Indien	73,070	7,129	0,030	6,827	1,072	0	0
<b>Total</b>	<b>3 229,089</b>	<b>13,215</b>	<b>2,400</b>	<b>113,296</b>	<b>119,315</b>	<b>11,095</b>	<b>6,600</b>

Source : Ministère de la Santé

La rapporteure insiste sur la nécessité que les critères de répartition soient explicitement exposés à la représentation nationale.

Selon les informations communiquées par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, il existe deux mécanismes de péréquation entre les régions.

Depuis la création du FIR en 2012, les crédits relatifs à la prévention inscrits dans les budgets des agences font l'objet d'une péréquation entre régions qui repose d'une part sur un indice de population pondéré par des facteurs de précarité et de mortalité prématurée évitable et d'autre part sur un indice qui tenait compte du poids des dépenses structurelles de prévention gérées et financées ou non au sein de chaque agence (actions dites recentralisées).

Pour 2015, cette première modalité de péréquation concerne 8 % des crédits qui ont été délégués aux ARS (247 M€).

Une part des autres crédits sanitaires, qui avaient effectivement été répartis entre régions selon des bases historiques a fait l'objet à compter de 2015 d'une péréquation afin de renforcer l'adéquation des moyens aux besoins de santé régionaux. Trois critères sont pris en compte afin de pondérer la répartition des dotations en fonction de la population : la mortalité brute, un indice synthétique de précarité et le taux d'affection de longue durée standardisé pour tenir compte des maladies chroniques. Ce mécanisme de péréquation a anticipé la future carte territoriale des régions de 2016. Il est mis en place progressivement à compter de 2015 sur une période de dix ans afin d'encadrer l'évolution des dotations de chaque région de sorte que l'évolution de la dotation totale d'une région au titre de la péréquation ne puisse observer une baisse ou une hausse supérieure à 1 %. Pour 2015, cette seconde modalité de péréquation concerne 54 % des crédits délégués aux ARS (1 746 M€).

Une part des crédits du FIR continue à être exclue de ce périmètre de péréquation car devant prendre en compte d'autres impératifs, notamment la répartition territoriale de l'offre de soins. Il s'agit notamment du financement des dispositifs relatifs à la permanence des soins et les mesures relatives au pacte territoire santé.

Ce sont ainsi plus de 60 % des crédits du FIR qui font l'objet d'une péréquation sur critères de santé publique (et non au regard de l'évolution de l'offre de soins).

Avec le regroupement des ARS à compter de 2016, la question de l'équité territoriale deviendra un sujet très sensible surtout dans certaines grandes régions marquées par une forte hétérogénéité des territoires. La rapporteure estime qu'une réflexion devra être engagée pour veiller à la répartition équitable des crédits au sein d'une même région.

### **3. Des modalités de gestion trop complexes entre l'assurance maladie et les ARS**

#### *a. La cogestion entre les ARS et les CPAM, source de rigidité*

Si le principe d'une enveloppe unique a bien été affirmé lors de la création du FIR, sa mise en œuvre n'a pas permis d'opérer un changement significatif dans les modalités de gestion antérieures au regroupement des différentes enveloppes.

La gestion du FIR a été complexifiée par le maintien de multiples circuits de financement qui existaient auparavant entre plusieurs financeurs (ETAT, CNSA, Assurance maladie) et plusieurs payeurs (ARS et CPAM).

Les professionnels des ARS se sont fait l'écho auprès de la rapporteure du contraste qui a prévalu entre l'objectif affiché de souplesse et la rigidité des modalités de gestion du FIR. Les caisses primaires sont régies par les principes de la comptabilité privée et n'ont pas du tout le même plan comptable que les ARS. La réforme n'a pas été accompagnée de la définition d'une doctrine comptable commune et des divergences sont apparues la première année sur le calcul des provisions ou des reports à nouveau.

Les ARS engagent toutes les dépenses mais le circuit de liquidation et de paiement varie selon les types de dépense sans qu'une cohérence autre qu'historique n'apparaisse clairement:

– Les ARS liquident, payent et rendent compte des dépenses relatives à la prévention et à la sécurité sanitaire (financement par le programme 204) et les dépenses liées à la prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie (MAIA, GEM), financées par la CNSA ;

– Les dépenses de PDSA et de permanence de soins des établissements sont engagées par les ARS mais liquidités, payées et comptabilisées par les CPAM ;

– Toutes les autres dépenses (MIG, AC), ancien Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) sont engagées et liquidées par les ARS et payées et comptabilisées par les CPAM.

Cela a eu pour conséquence de « stériliser » certains crédits non utilisés en fin d'année alors que ces crédits auraient dû servir à soutenir des projets en cours de construction et qui ne pouvaient être financés en totalité en fin d'année.

Même si quelques progrès ont été faits notamment sur la définition des provisions acceptables au plan comptable pour la branche maladie il aurait été préférable qu'une démarche d'ensemble ait été menée entre le ministère et la CNAMTS pour recenser les divergences et trouver un compromis.

Cette présentation simplifiée des circuits comptables montre que la gestion du FIR est restée très marquée par les mécanismes de tuyaux d'orgue alors que

l'objectif recherché était de gagner en souplesse. Les dépenses de prévention par exemple, relèvent de différents circuits comptables (les crédits du programme 204, de la MIG éducation thérapeutique et du Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire (FNPEIS), ce qui rend plus difficile la visibilité des crédits affectés à tel ou tel objectif.

LE FIR est donc un outil financier piloté par les ARS mais géré du point de vue comptable par le réseau de l'assurance maladie. Cette dualité ARS/CPAM a de nombreuses conséquences défavorables comme une impossibilité de reporter des crédits d'une année sur l'autre et c'est un facteur d'extrême complexité pour parvenir à un suivi rigoureux des dépenses réalisées, les systèmes informatiques des deux réseaux n'étant pas compatibles.

#### ORGANISATION DES LIQUIDATIONS ET DES PAIEMENTS PAR MISSION

Missions	Attributions ARS-CPAM		
	Engagement	Liquidation (service fait, calcul exact du montant)	Paiement
Permanence des soins en établissement de santé	ARS	CPAM	CPAM
PDSA (rémunérations forfaitaires)		ARS/CPAM*	CPAM
Autres actions concourant à l'amélioration de la PDSA		ARS	CPAM
Amélioration de la qualité et coordination des soins – champ hôpital		ARS	CPAM
Amélioration de la qualité et coordination des soins – champ médico-social		ARS	CPAM/ARS
Modernisation, adaptation et restructuration de l'offre		ARS	CPAM
Amélioration des conditions de travail des personnels des ES et accompagnement social		ARS	CPAM
Prévention, santé publique et sécurité sanitaire		ARS	ARS/CPAM
Mutualisation moyens structures sanitaires		ARS	CPAM
Prévention et prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie		ARS/CPAM *	ARS
PAERPA		ARS	CPAM (paiements directement aux professionnels de santé) /ARS (autres)

(\*) L'ARS valide les derniers tableaux de garde transmis par le conseil de l'ordre, afin de s'assurer du respect du cahier des charges régional et donc de l'enveloppe financière avant de les transmettre à la CPAM.

Source : Circulaire N° SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2014.

Cette dualité est renforcée par le fait que le législateur a confié à la CNAMTS la responsabilité comptable et financière du Fonds. Ainsi les dotations de l'État sur le programme 204 et celle de la CNSA au titre du FIR sont affectées à la CNAMTS qui les redistribue aux ARS. De leur côté les ARS, étant responsables de l'attribution des crédits du FIR raisonnent comme si les crédits

« leur appartenaient ». Les ARS souhaitaient intervenir dans un cadre pluriannuel pour viser une réorganisation de l'offre de soins alors que l'assurance maladie est soumise aux principes de la comptabilité basée sur les droits constatés qui limite fortement la possibilité de reporter les crédits non utilisés d'une année sur l'autre.

***b. Les règles de fongibilité asymétriques ont accru la complexité du FIR***

En application du principe de fongibilité asymétrique posé par l'article L. 1435-9 du CSP, les ARS peuvent mobiliser des crédits supplémentaires à ceux qui leur ont été alloués au titre de la prévention, de la promotion de la santé et de la veille et de la sécurité sanitaire pour financer des actions dans ce domaine, dans le respect de l'enveloppe globale allouée à l'ARS au titre du FIR.

En revanche, les moyens financiers attribués à l'ARS pour le financement des actions de prévention, de la promotion de la santé et de la veille et de la sécurité sanitaire ne peuvent pas être affectés à une autre finalité et font l'objet d'un suivi spécifique.

Par ailleurs, les crédits apportés par la CNSA au titre du financement des groupes d'entraide de malades (GEM) et des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) bénéficient également du principe de fongibilité asymétrique dans les conditions fixées à l'article L. 1435-9 b) du CSP.

Ces règles ont été posées pour sanctuariser les crédits consacrés à la prévention et à certains aspects de la politique en faveur des personnes âgées. Si ce principe est tout à fait louable, il a été très compliqué à mettre en œuvre dans le cadre du FIR car cela nécessitait une intervention de la CNAMTS qui devait réattribuer en cours d'année des fonds aux ARS car ils avaient changé d'affectation. Cette règle que les CPAM n'avaient jamais appliquée auparavant a rendu encore plus complexe les circuits financiers entre les ARS et la branche maladie

Pour 2014, le principe de fongibilité asymétrique vers les crédits de prévention a été mis en œuvre par 20 ARS pour un montant total de 28,4 millions d'euros. Ces montants s'échelonnent de 42 000 euros pour l'ARS Bourgogne à 3,4 millions pour l'ARS Rhône-Alpes ou 7,16 millions d'euros pour l'ARS Île-de-France.

Les crédits issus de la fongibilité asymétrique ont donc été multipliés par 3,5 entre 2012 et 2013 et sont mis en œuvre par un nombre croissant d'ARS. En 2014, les crédits mis en œuvre dans le cadre de la fongibilité asymétrique représentent 7,46 % des dépenses des ARS relatives à la prévention, à la promotion de la santé et à la veille et sécurité sanitaire (386 millions).

## **B. LE TRANSFERT DE LA GESTION COMPTABLE AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ EST UNE RÉFORME OPPORTUNE MAIS COMPLEXE À METTRE EN ŒUVRE**

### **1. Une nécessité de simplification des méthodes de gestion**

Afin de simplifier la gestion du Fonds d'intervention régional (FIR) tout en renforçant la sécurité du circuit de liquidation de la dépense, le Parlement a voté dans le cadre de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015, une mesure qui vise à confier l'entière gestion financière et comptable du FIR aux ARS.

Ce nouveau dispositif permet la création d'un budget annexe au sein des ARS, consacré au FIR. Grâce à ce budget annexe, les ARS assureront la gestion intégrale du circuit de dépenses au titre du FIR – ordonnancement et liquidation – à l'exception des dépenses que les CPAM payent directement auprès des professionnels de santé qui continueront à être assurés par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour des raisons opérationnelles.

Le budget annexe permettra également, contrairement à la gestion actuelle, de suivre spécifiquement en recettes et dépenses les crédits du FIR et de dégager un résultat en fin d'exercice. En cas de non consommation intégrale des crédits, il sera possible de les reporter, dans la limite d'un plafond qui sera défini par la voie réglementaire (décret simple), sur l'exercice suivant.

Tous les professionnels des ARS que la rapporteure a entendus ont souligné que l'intérêt de cette réforme résidait justement dans la possibilité de reporter des crédits d'une année sur l'autre afin de pouvoir adapter le paiement des subventions à l'avancée réelle des projets. Les ARS auront ainsi une nouvelle souplesse de gestion en disposant d'un fonds de roulement.

Ce dispositif entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Afin de préparer la mise en œuvre de cette réforme dans les meilleures conditions possibles, le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales accompagne les ARS dans le cadre d'un projet dédié, avec l'appui notamment de la Direction des finances, des achats et des services et de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé.

Le décret n° 2015-1230 du 2 octobre 2015 a modifié les dispositions de la sous-section du code de la santé publique relative à l'organisation et au fonctionnement du FIR en mettant en œuvre la création au sein des agences du budget annexe.

**LA GESTION DIRECTE DES CRÉDITS DU FIR PAR LES ARS  
ÉVOLUTION DE LA PROCÉDURE BUDGÉTAIRE**

<b>La situation actuelle</b>	<b>Mise en place de la réforme : Gestion du FIR directement par les ARS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour le FIR intégré dans le budget des ARS (Prévention Santé publique/médico-sociale – environ 10 % du total)</li> </ul> <p>La gestion du FIR intégré au sein du budget des ARS s’inscrit dans le calendrier et le cadre budgétaire de l’État et de ses opérateurs.</p> <p>Pour construire le budget de l’année n :</p> <p>Une pré-notification des crédits FIR intégrée au sein du budget des ARS correspondant à une fraction des crédits de l’année n-1 est effectuée en fin de l’année N-1 afin de permettre aux ARS de construire leur budget initial n pour sa partie intervention.</p> <p>Cette notification prévisionnelle correspond à des acomptes. Pour les budgets initiaux des ARS 2015, elle a représenté, selon les différents types de crédits, entre 40 et 70 % des crédits alloués en 2014 (crédits de prévention : 60 % des crédits notifiés 2014, GEM : 70 % des crédits notifiés 2014)</p> <p>Le budget doit être voté par le conseil de surveillance et approuvé par l’autorité de tutelle au plus tard le 15 décembre de l’année N-1 pour pouvoir être exécutoire au 1<sup>er</sup> janvier de l’année N.</p> <p>Les dotations de l’année N sont notifiées vers la fin avril et sont intégrées en recettes et traduites en dépenses dans le cadre de budgets rectificatifs.</p> <p>Lorsque les ARS reçoivent leur notification de dotation du FIR elles doivent arrêter définitivement leur état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) qui liste les projets à financer et le faire approuver par le conseil de surveillance. Cette étape se déroule généralement fin mai début juin.</p> <p>Les services de l’ARS doivent alors préparer la notification des financements aux établissements et structures bénéficiaires qui ne sont donc fixés sur leur dotation financière</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La création du budget annexe FIR</li> </ul> <p>L’article 56 LFSS 2015 précise que l’ensemble des crédits du FIR seront gérés dans le cadre d’un budget annexe des ARS à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016. Elles assureront également le paiement des dépenses à l’exception de celles payables directement aux professionnels de santé qui continueront d’être confiées aux CPAM.</p> <p>L’ERPD FIR, outil de pilotage de l’allocation du FIR jusqu’à présent, va disparaître pour laisser la place à un budget annexe FIR qui sera adopté dans les mêmes formes et calendrier que le budget de fonctionnement de l’ARS., c’est-à-dire avant la fin de l’année n-1 pour le budget de l’année n+1</p> <p>Le budget annexe FIR sera doté de 2 enveloppes : intervention et fonctionnement, dont le niveau sera soumis au vote du conseil de surveillance. Il présentera également la répartition des crédits entre les cinq sous-enveloppes correspondant aux missions du FIR (article L. 1435-8 du code de la santé publique).</p> <p>Le budget annexe FIR devra, comme le budget principal, être exécutoire au 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p> <p>À compter de cette date, les ARS seront compétentes en matière d’engagement, de liquidation, de paiement, et de comptabilisation des dépenses du FIR.</p> <p>Une seule exception à ce principe général, la possibilité de confier aux organismes locaux d’assurance maladie le paiement des dépenses payables directement aux professionnels de santé (PDSA, PDSE). En conséquence, les ARS assureront l’engagement de ces dépenses au travers de leur budget annexe, mais la liquidation et le paiement seront effectués pour le compte des ARS par les caisses primaires d’assurance maladie</p>

<p>que fin juin. Cette procédure budgétaire conduit à stériliser la moitié de l'année calendaire.</p> <p>Ce phénomène est encore plus important s'il faut lancer un appel à projet pour attribuer des crédits pour des nouveaux projets.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pour le FIR non intégré dans le budget des ARS (environ 90 % du total géré par la branche maladie)</li></ul> <p>C'est la CNAMTS et son réseau (CPAM) qui assure la gestion financière et comptable de ces crédits FIR, les ARS jouant uniquement le rôle de donneur d'ordre (ordonnateur des dépenses). Ces crédits ne sont donc pas inscrits dans le budget des ARS.</p> <p>Ils sont programmés par l'intermédiaire d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), et engagés par le directeur financier de l'ARS (décision attributive puis arrêté)</p> <p>Ces crédits ne sont donc pas soumis au calendrier budgétaire propre à l'État et à ses opérateurs.</p> <p>Après notification des dotations régionales FIR, les ARS engagent la dépense et ce sont les CPAM qui les payent selon des modalités différentes suivant la nature des dépenses et des bénéficiaires.</p>	<p>Le décret en Conseil d'État du 2 octobre 2015 relatif au FIR précise les conditions juridiques permettant de sécuriser cette gestion des paiements par l'assurance maladie pour le compte des ARS en faisant référence à l'article 40 de la loi n° 2014-1545 du 20 décembre 2014 relative à la simplification de la vie des entreprises. Cet article prévoit la signature d'une convention de mandat entre l'ARS et les CPAM dont l'objet est de définir le périmètre des dépenses concernées, les rôles entre chacun au niveau de la liquidation et du paiement, ainsi que les conditions de reddition des comptes.</p> <p>Les CPAM transmettront donc périodiquement aux ARS les données de paiement effectués pour leur compte. Ces données permettront aux ARS de suivre la consommation des crédits engagés dans le cadre de leur budget et d'assurer la consolidation financière totale du FIR pour leur région.</p> <p>Ce sont donc bien les ARS qui seront en charge du contrôle de l'ensemble des dépenses du FIR à compter de 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le rôle de la CNAMTS et des CPAM à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016</li></ul> <p>La majeure partie des crédits du FIR est constituée de la contribution de l'assurance maladie votée dans le cadre du 6<sup>ème</sup> sous objectif de l'ONDAM en loi de financement de la sécurité sociale.</p> <p>La CNAMTS ne sera plus en charge à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 de la consolidation financière du compte FIR mais conservera un rôle dans les flux financiers vers les ARS de la contribution assurance maladie, et dans les transmissions d'information en provenance de son réseau (balances comptables).</p> <p>Son réseau (CPAM) sera mobilisé pour continuer d'assurer le paiement des dépenses du FIR directement payables aux professionnels de santé.</p>
--	--

## **2. Une réforme nécessaire à mener de front avec la réorganisation territoriale**

Cette réforme comptable du FIR est indispensable pour alléger les procédures et donner aux ARS la véritable maîtrise de cet outil. En effet, la majorité des ARS devront mener de front la réforme de leur regroupement avec tout ce que cela implique de réorganisation des services et de ré harmonisation des pratiques professionnelles et une réforme comptable de grande ampleur. En effet, les ARS outre la gestion directe du FIR devront aussi intégrer les modifications comptables correspondant à la réforme introduite par le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la Gestion Budgétaire et Comptable Publique (GBCP).

La réforme du FIR devra se faire sans affectation de personnels supplémentaires. Les directeurs d'ARS que la rapporteure a rencontrés se sont montrés confiants dans la mobilisation des équipes alors qu'il s'agit d'un changement important des méthodes de travail. Jusqu'à présent les ARS n'avaient pas l'habitude de gérer des procédures de paiement répétitives et devront donc mettre en place une procédure de paiement rapide et sécurisée. Les personnels ont bien compris l'intérêt de cette réforme qui leur donne l'occasion de mieux maîtriser les circuits du FIR et de voir plus directement l'utilisation des crédits mobilisés.

Cette réforme combinée avec la réforme comptable de plus grande ampleur sera délicate à réussir alors que les outils informatiques ne sont pas encore opérationnels à quelques semaines de l'entrée en vigueur de cette réforme. Les professionnels rencontrés par la rapporteure ont montré une certaine préoccupation quant à la fiabilité en termes de sécurité informatique du logiciel HAPI qui devrait assurer les opérations financières de paiement des crédits du FIR. Ce logiciel n'avait pas été conçu pour être logiciel comptable et a dû être adapté en urgence. La réalisation des premiers paiements en janvier 2016 risque d'être particulièrement délicate car la réussite des premiers paiements suppose que les ARS n'aient pas de problème de trésorerie et soient en mesure de réaliser des virements pour tous les établissements sanitaires qui recevaient des acomptes dans le cadre du FIR (mécanismes des douzièmes).

Un autre point a été soulevé lors des déplacements de la rapporteure dans les ARS. Cette réforme supposera la modification des règles actuelles de contrôle budgétaire car actuellement les dépenses supérieures à 150 000 euros doivent faire l'objet d'un contrôle a priori. Le maintien de cette règle pour les crédits du FIR bloquerait totalement le système et pour l'instant les aménagements indispensables n'ont pas encore été communiqués aux ARS.

À terme, ces modifications comptables représenteront un progrès incontestable car cela permettra de disposer d'un outil informatique cohérent alors que jusqu'à présent coexistaient deux systèmes informatiques non compatibles entre la branche maladie et les ARS et que de plus, pour la gestion interne des ARS il

fallait recourir à plusieurs outils informatiques pour préparer la programmation budgétaire puis notifier les crédits attribués aux bénéficiaires du FIR.

## **C. LE FIR RÉVOVÉ DONNERA DES MARGES DE MANŒUVRE AUX ARS**

### **1. Un outil favorable pour décroïsonner le sanitaire et le médico-social**

La rapporteure ne voudrait pas donner l'impression que les critiques adressées aux méthodes de gestion du FIR laissent à penser qu'il s'agit d'une remise en cause de l'outil lui-même. Bien au contraire, le FIR est un outil novateur dont il faut développer toutes les potentialités.

Lorsqu'on demande aux agents des ARS et aux associations ou établissements bénéficiaires du FIR s'ils seraient prêts à revenir à la situation antérieure avec l'éclatement des crédits en enveloppes fermées, tous reconnaissent que le FIR représente un progrès certain.

C'est surtout les conditions de sa mise en œuvre qui ont suscité critiques. Le manque de doctrine comptable commune à la branche maladie et aux ARS a perturbé le système mais peu à peu grâce aux bonnes relations interpersonnelles entre les ARS et les CPAM, une clarification a été faite sur les possibilités de report à nouveau et de constitution de provisions. Les difficultés initiales se sont peu à peu aplanies.

Les professionnels des ARS ont insisté auprès de la rapporteure pour dire que la mise en place du FIR avait contribué très concrètement à faire travailler ensemble les services pour hiérarchiser les projets et voir comment faire jouer la règle de la fongibilité asymétrique pour renforcer la prévention par exemple.

La nécessité d'évaluer les projets subventionnés pour dégager de nouvelles marges de manœuvre a aussi conduit à ce que les directions « métiers » des ARS se rapprochent des délégations régionales qui sont plus à même de juger de l'impact concret de certains réseaux de santé ou campagnes de prévention.

Même s'il est difficile pour les ARS de se désengager de certains financements d'organismes ou d'associations car il n'y a pas de financements alternatifs pour financer des actions sanitaires pérennes, elles ont pu tout de même, grâce au FIR, financer des actions expérimentales remarquables ou œuvrer très utilement à réorganiser l'offre de soins.

Il a par exemple été possible de créer un centre de soins non programmés à Cluses en Savoie où après la fermeture du service d'urgence de la clinique, il a été ouvert un centre qui offre aux patients un service médical de proximité fonctionnant en continu et qui évite de se déplacer à plusieurs kilomètres auprès du service d'urgence de l'hôpital (petite chirurgie, explorations radiologiques, pose de plâtre...). Grâce au FIR, une dotation annuelle de 450 000 euros est versée

ce qui représente une économie de 55 % par rapport au service hospitalier qui ne donnait pas satisfaction.

L'ARS Rhône-Alpes entend développer d'autres lieux de soins de ce type pour améliorer la continuité des soins et cherche à s'inspirer de la coopération entre l'hôpital de proximité de Saint Symphorien sur Coise avec la Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) située à proximité de l'hôpital. Ce partenariat va permettre de mutualiser du matériel mais aussi des ressources humaines. Des infirmières pourront venir en renfort dans la MSP lors de pics d'activités et le médecin gériatre de l'établissement pourra être joignable pour donner des avis complémentaires aux médecins généralistes.

L'ARS de Bourgogne, confrontée au problème des déserts médicaux dans certains territoires a imaginé des solutions originales pour tenter d'attirer des professionnels médicaux et paramédicaux dans ces zones. Elle a pu ainsi monter des dispositifs expérimentaux grâce à la souplesse laissée par le FIR.

## **2. L'amélioration du pilotage du FIR**

Le FIR est un des outils important aux mains des ARS pour traduire leur autonomie de gestion et mettre en place un leur projet régional de santé (PRS).

Il doit être un outil de décloisonnement entre le sanitaire et le social, pour faciliter par exemple les parcours de santé pour les personnes qui devraient amener à une forte coopération entre les acteurs du secteur sanitaire et les établissements médico-sociaux ?

La question d'un pilotage national des ARS s'est posée au moment même où elles ont été créées. Mme Bachelot, ministre de la Santé qui a défendu le texte qui a conduit à leur création résumait bien la nécessité de revoir le pilotage national :

*« En ce qui concerne le pilotage national, on ne peut, à l'évidence, fédérer le pilotage territorial de notre système de santé en laissant, comme c'est le cas aujourd'hui, le niveau national organisé en "tuyaux d'orgue" cloisonnés. Cela implique un pilotage stratégique fort en termes d'objectifs fixés aux ARS, de cohérence des instructions qui leur sont données, d'élaboration des contrats, de suivi de leurs actions et d'évaluation de leurs résultats. »*

La réforme du niveau territorial devait également s'accompagner d'une réforme du niveau national. C'est de cette conviction qu'est né le Conseil national de pilotage des ARS, créé par l'article L. 1433-1 du code de la santé publique. C'est autour de ce conseil et de son secrétariat, assuré par l'équipe du Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, que se construisent progressivement le pilotage national des ARS et l'équilibre indispensable à construire entre celui-ci et la nécessaire marge d'autonomie à conserver à ces

nouvelles autorités sanitaires en région. Le sens même de la réforme dépendra de la nature de cet équilibre.

Si les débats se sont beaucoup concentrés sur le volet territorial de la réforme du pilotage des politiques de santé, à savoir les ARS, la question de l'organisation de ce pilotage au niveau national ne pouvait non plus être écartée. En effet, on imagine mal une unification au niveau régional des compétences en santé qui ne s'accompagne pas d'un même effort de mise en cohérence au niveau national.

Comment, en effet, demander aux ARS de définir et conduire une politique de santé cohérente et unifiée sur leur territoire si les orientations et directives nationales, qui servent de guide à cette politique, restent elles-mêmes trop marquées par le service du Ministère qui les a élaborées.

Le Conseil national de pilotage (CNP) a été chargé d'accompagner la stratégie menée par les ARS.

Selon les termes de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, le CNP a de larges attributions :

– en amont, il donne des directives aux ARS pour la mise en œuvre de la politique de santé sur le territoire, veille à la cohérence des différentes politiques qu'elles mènent et en valident les objectifs. Il détermine également les orientations du fonds d'intervention régional (FIR). Il valide l'ensemble des instructions qui sont envoyées aux ARS ;

– il anime le réseau des agences ;

– en aval, il évalue leur action et celle de leurs directeurs généraux (évaluation de l'application des CPOM entre les ARS et l'État)

Alors que les ARS ont constitué un véritable bouleversement de l'organisation administrative au niveau territorial, les administrations centrales compétentes en matière sanitaire et médico-sociale sont restées assez figées sans que le CNP ne parvienne à mettre en place un véritable pilotage qui franchisse les barrières entre les grandes directions de l'Administration centrale.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2012, la Cour des comptes estimait ainsi : « La création des ARS aurait dû conduire les administrations centrales à se réorienter vers les fonctions de pilotage stratégique des politiques dont elles ont la charge en se coordonnant dans le cadre du CNP... L'unification du pilotage du système de santé au niveau régional n'a pas été accompagnée d'un décloisonnement à l'échelon national. »

Même si des progrès ont été réalisés dans le sens de la transversalité, le CNP ne joue pas pleinement un rôle de catalyseur avec le souci d'élaborer collectivement des politiques publiques.

Le CNP, organe ni purement consultatif ni réellement délibératif, reste au milieu du gué. Chaque direction continue d'élaborer ses propres politiques ; il est vrai qu'elles doivent, plus qu'avant, être attentives aux positions des autres directions, sous peine de devoir fortement se justifier au moment du « passage » de l'instruction devant le CNP.

La rapporteure s'interroge sur l'opportunité d'associer une représentation des directeurs d'ARS au CNP (selon des modalités à définir pour ne pas trop alourdir cette instance). Il serait opportun que l'instance chargée de « filtrer » les directives à adresser aux ARS comporte une représentation des directeurs d'ARS qui pourraient ainsi discuter avec les services centraux des mesures envisagées.

Les administrations centrales n'ont pas vraiment changé de méthodes de travail et continuent à donner des directives nationales. Pourtant, les ARS constituent l'occasion de changer de paradigme : établissements publics autonomes, les ARS sont un gage d'efficacité : elles connaissent mieux les spécificités et besoins locaux et peuvent donc apprécier comment appliquer les orientations de la politique nationale de santé. Une telle adaptation requiert une réelle application par le pouvoir central du principe de subsidiarité, c'est-à-dire la fixation d'objectifs aux ARS plus que celle des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre.

L'administration centrale dispose d'un outil pour apprécier la manière dont chaque ARS poursuit sa politique régionale de santé et si les crédits du FIR sont gérés de manière optimale.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), introduit par la loi HPST à l'article L. 1433-2 du Code de la santé publique est signé entre l'ARS et ses ministres de tutelle.

Ce document est l'instrument par excellence de l'autonomie contrôlée des ARS. Les agences doivent rester libres de définir des actions pour atteindre des objectifs conformes aux grandes priorités de la stratégie nationale de santé et en contreparties elles reçoivent des moyens financiers pour mener à bien leurs missions.

La logique pluriannuelle du CPOM doit permettre d'éviter les aléas connus par le passé d'une redéfinition permanente des priorités et objectifs, obligeant à autant de remobilisation des équipes, et source au final de démobilisation et de déresponsabilisation.

Ce contrat doit devenir le socle des relations entre le niveau national et les ARS, autour duquel doit être construit le dialogue annuel de gestion et le rendu compte, nécessaire, des ARS sur leur action.

La rapporteure souhaite que la gestion du FIR, même s'il représente une partie assez marginale des crédits gérés par les ARS soit l'occasion d'un dialogue de gestion entre l'ARS et les administrations centrales plus dynamiques, les

directeurs d'ARS ayant les moyens par ce biais d'être des forces de propositions et de contribuer ainsi à la diffusion de bonnes pratiques.

### **3. L'accélération de la procédure d'attribution des crédits**

L'ensemble des personnes rencontrées par la rapporteure ont insisté sur la nécessité d'accélérer la procédure d'attribution des crédits régionaux du FIR après le vote de l'ONDAM en loi de financement de la sécurité sociale.

Jusqu'à présent, lorsque les crédits étaient attribués fin avril cela avait pour conséquence de réduire l'année utile de moitié et incitait les ARS à reconduire quasiment à l'identique les crédits du FIR d'une année sur l'autre ? En effet, pour sélectionner des projets expérimentaux novateurs, la procédure d'appel à projet est quasiment systématique et prend un délai incompressible de près de deux mois. Ceci conduisait à ce que les bénéficiaires ne pouvaient lancer leur projet qu'au cours du mois de juillet pour qu'il soit opérationnel avant décembre pour ainsi être en mesure de recevoir les financements prévus pour l'exercice budgétaire.

À compter de 2016, le recours au budget annexe permettra d'anticiper plus facilement le déblocage des fonds. Les prévisions de dépenses du budget annexe pourront être discutées plus en amont et seront votées au 31 décembre de l'année n-1 en se fondant sur une estimation des crédits attribués sur la base de 90 % de l'année précédente. Cette nouvelle procédure permettra au moins d'accélérer les paiements pour les projets innovants reconduits qui recevront des acomptes même si la notification de la dotation n'est pas parvenue.

En revanche pour les nouveaux projets, seule une accélération de la notification des crédits régionaux pourrait permettre d'instruire plus sereinement les appels à projet. Il est en effet impossible de commencer à instruire des demandes nouvelles de crédits sans connaître la dotation définitive ni savoir de quels montants seront les gels et mises en réserve.

### **4. La programmation pluriannuelle des actions financées**

La rapporteure tient à se faire l'écho de l'importance de la programmation pluriannuelle des dépenses pour les ARS qui favorisent des projets innovants de qualité.

Bien souvent, les ARS signent avec des associations des CPOM triennaux qui comprennent un volant financier triennal portant notamment sur le financement de postes de travail pérennes sans avoir la certitude d'avoir suffisamment de crédits pour s'engager pour trois ans.

Bien évidemment, les ARS évitent de prendre des engagements trop importants et prennent le soin d'inscrire explicitement que les notifications de

crédits sont faites annuellement mais cette impossibilité de contractualiser sur trois ans rend certains partenaires particulièrement prudents.

L'ARS de Rhône Alpes a ainsi expliqué à la rapporteure qu'elle avait dû revoir à la baisse ses ambitions en matière de prévention car ayant annoncé qu'elle allait doubler le montant des crédits de prévention d'une année sur l'autre elle a eu la surprise de constater que les partenaires qui auraient pu présenter des projets étaient réticents non par manque de projets mais surtout par crainte que cette réorientation politique ne soit pas poursuivie sur plusieurs années.

Le vote de l'ONDAM annuellement rend très difficile le fait de pouvoir garantir aux ARS des montants de crédits sur plusieurs années. Néanmoins il faudrait trouver un compromis sur une partie des crédits du FIR pour véritablement pouvoir construire des stratégies de long terme avec certains opérateurs.

À court terme, la situation devrait pourtant s'améliorer car la gestion directe des crédits par les ARS va leur permettre de gérer de manière plus souple le déblocage des crédits sans être tributaire des délais de l'exercice budgétaire. Si un projet met plus de temps que prévu à être mis en œuvre, les crédits prévus à cet effet pourront être reportés sur l'exercice ultérieur et ne risqueront pas d'être perdus comme auparavant lorsque c'était la branche maladie qui effectuait les paiements. La possibilité pour les ARS de disposer d'un fonds de roulement a été considérée comme un progrès très important par toutes les personnes auditionnées. Ce sera un facteur de souplesse très appréciable. Un arrêté ministériel à paraître devrait fixer néanmoins le montant maximum des crédits que les ARS pourront reporter d'une année sur l'autre.

##### **5. L'amélioration de l'évaluation des dispositifs financés pour dégager des marges financières de redéploiement**

La gestion du FIR actuelle révèle une faiblesse notable c'est celle de l'évaluation des projets financés. Ce manque de méthode pour mesurer l'impact au plan sanitaire des projets subventionnés renforce l'impuissance à dégager des marges de manœuvre nouvelles.

Pour l'instant, la démarche d'évaluation est très simple. Elle consiste à vérifier que l'association ou l'établissement a bien utilisé la somme versée pour telle ou telle réalisation. Le partenaire doit fournir un rapport d'activité mais très rares sont les cas où l'ARS définit les informations à donner pour mesurer les résultats de l'action subventionnée.

L'appréciation de l'impact d'une action est dans certains domaines particulièrement délicate comme par exemple en matière de prévention et la mise au point d'indicateurs pour mesurer l'impact d'une mesure est un travail complexe. Il serait sans doute utile que pour cette démarche d'évaluation certaines

ARS mutualisent leur expertise pour mener en commun un travail de réflexion sur l'appréciation de l'évolution de l'offre de soins ou de l'état sanitaire.

Il serait utile que les ARS puissent disposer d'informations communes sur les résultats de certaines campagnes de prévention par exemple pour mieux connaître les facteurs qui se sont révélés déterminants dans telle région, les échecs sur tels aspects...

L'amélioration de l'évaluation des dispositifs passe aussi par une meilleure coopération avec les partenaires bénéficiaires des crédits du FIR.

En Bourgogne par exemple, la rapporteure a pu rencontrer des représentants des organismes et associations ayant reçu des crédits du FIR. Ils ont été unanimes à présenter comme un grand atout le fait d'être associé à la discussion des priorités à définir pour chaque exercice budgétaire du FIR. De même, l'Agence publie sur son site les projets qui ont été sélectionnés avec l'attribution des crédits correspondants. Cet effort de démocratie sanitaire permet une discussion des projets prioritaires qui au final améliore la qualité des projets financés. Cette méthode de transparence n'est pas observée partout alors qu'elle a un effet pédagogique certain : elle permet de montrer que malgré un contexte budgétaire très contraint des projets innovants peuvent être financés alors qu'a priori ils n'entraient dans aucun dispositif réglementaire préétabli.

Cet effort de transparence devrait aussi porter sur l'évaluation car expliquer les raisons de l'échec de tel projet ou les raisons du désengagement de l'ARS sur tel dispositif permettrait à l'ensemble des acteurs de mieux connaître les facteurs de réussite comme les faiblesses des grands dispositifs sanitaires.



## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### EXAMEN DES CRÉDITS

À l'issue de l'audition, en commission élargie, de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes<sup>(1)</sup>, la Commission des affaires sociales examine, pour avis, les crédits pour 2016 de la mission « Santé » sur le rapport pour avis de Mme Bernadette Laclais.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Nous sommes saisis de l'amendement, n° II-AS 16 présenté par M. Dominique Tian au sujet des crédits de l'Aide médicale d'État et sur lequel le débat me semble avoir déjà largement eu lieu mais je laisse la parole à son auteur pour le présenter.

**M. Dominique Tian.** Comme l'a très bien expliqué tout à l'heure M. Claude Goasguen, rapporteur spécial des crédits de la mission Santé, les dépenses consacrées à l'Aide médicale d'État (AME) ont véritablement explosé, passant de 75 millions d'euros en 2000 à 686 millions aujourd'hui. Il est difficilement compréhensible pour nos concitoyens que des personnes étrangères, entrées irrégulièrement en France bénéficient de soins pris en charge à 100 % et sans aucune condition alors que l'assuré social qui contribue au financement de l'assurance maladie se voit opposer des franchises médicales et doit supporter un reste à charge parfois considérable s'il ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire pour les soins de santé. C'est pourquoi cet amendement vise à soumettre les bénéficiaires de l'AME au ticket modérateur applicable à l'ensemble des assurés sociaux. Il est tout à fait normal que ces personnes supportent un reste à charge.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure pour avis.** Je ne partage pas du tout votre point de vue sur cette question, vous n'en serez pas étonné. Le dispositif de l'AME a un objectif de santé publique, il vise à éviter la diffusion de certaines maladies contagieuses. Il est donc tout à fait néfaste d'adopter des mesures qui conduiront en fait à différer les soins et qui se traduiront par un recours plus fréquent au dispositif des soins urgents qui est finalement plus onéreux pour la collectivité. J'émet donc un avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement II-AS 16.*

---

(1) Cf. compte-rendu de la commission élargie : [http://www.assemblee-nationale.fr/14/budget/plf2016/commissions\\_elargies/cr/](http://www.assemblee-nationale.fr/14/budget/plf2016/commissions_elargies/cr/)

*Puis la Commission examine l'amendement II-AS 10 de M. Dominique Tian et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.*

**Mme Isabelle Le Callennec.** Cet amendement vise à rétablir deux dispositifs qui ont été abrogés par le Gouvernement lors de l'examen de la loi n° 2012-598 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012. Ces deux mesures nous paraissent essentielles pour maîtriser efficacement les dépenses de l'AME. Il s'agit en premier lieu de rétablir le droit annuel forfaitaire pour tout bénéficiaire majeur, cette mesure devant rapporter annuellement une recette de 5 millions d'euros. Pour mémoire je rappelle que cette participation était fixée à 30 euros, ce qui paraît très raisonnable au regard des franchises médicales payées par les assurés. La deuxième mesure consiste à rétablir la procédure d'agrément préalable pour les soins hospitaliers les plus coûteux, qu'avait instauré la loi de finances pour 2011.

**Mme Bernadette Laclais.** Les mesures dont vous proposez le rétablissement n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, bien au contraire. Je rappellerai simplement que le droit de timbre a procuré une recette relativement modeste (environ 5,5 millions d'euros) sans empêcher les dépenses de progresser de 4,9 % en 2011 alors même que les effectifs connaissaient une baisse sensible de 8,4 %. En réalité il n'existe pas de dispositif réellement efficace. Nous devons considérer que ces dépenses sont nécessaires aussi bien pour traiter dignement ces personnes que pour des raisons sanitaires. L'essentiel est d'éviter que les soins médicaux ne soient différés. Pour ces raisons, je donne un avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement II-AS 10.*

*Elle examine l'amendement II-AS 11 de M. Dominique Tian.*

**M. Gilles Lurton.** Cet amendement, purement budgétaire, vise à transférer 389 millions du programme 183 relatif aux dépenses d'AME, au programme 204 consacré à la prévention et à la sécurité sanitaire.

Face à l'explosion des dépenses d'AME qui sont passées de 75 millions en 2000 à 744 millions aujourd'hui, il faut réagir. Il existe une profonde inégalité entre les bénéficiaires de l'AME, pris en charge à 100 % et les assurés sociaux qui ont dû faire des efforts financiers pour la pérennité du système de protection sociale.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure pour avis.** Votre amendement conduit à diviser par deux les dépenses de l'AME. Je tiens à souligner qu'en 2001, les bénéficiaires n'étaient que 125 000 et vous voulez revenir à ce niveau de dépenses, alors qu'aujourd'hui 300 000 personnes sont concernées. Cette proposition est totalement irréaliste et dangereuse en termes de sécurité sanitaire. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement II-AS 11.*

*Puis la Commission examine l'amendement II-AS 12 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** Cet amendement vise à maintenir les crédits consacrés à l'AME au niveau de l'année précédente et d'abonder les crédits du programme 204 du montant des économies réalisées sur l'AME. Il nous paraît indispensable de faire participer les bénéficiaires de l'AME au redressement des comptes publics. Les étrangers en situation irrégulière accèdent sans condition à ce système très avantageux pour eux alors que tous les autres assurés sociaux doivent rendre des comptes. Il est urgent de lutter contre cette forme de tourisme médical alors que l'État n'a plus les moyens d'organiser une prévention efficace.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure pour avis.** Vos propos donnent l'impression que le plus grand laxisme règne alors que des mesures importantes ont été prises pour renforcer les contrôles lors de l'instruction des demandes et que le panier de soins a été revu pour parvenir à maîtriser les dépenses. Vous caricaturez la réalité lorsque vous parlez de tourisme médical alors que des raisons objectives conduisent à l'augmentation des bénéficiaires comme l'extension des guerres civiles dans plusieurs pays. Il est stérile d'opposer les deux programmes de cette Mission Santé. Grâce à de gros efforts de réorganisation dans les agences sanitaires, nous pouvons poursuivre nos campagnes de prévention tout en maîtrisant les dépenses. Il faut saluer cette réussite. Quant aux dépenses de l'AME, ne cherchons pas les mesures spectaculaires mais continuons notre effort pour améliorer la gestion du dispositif. Je donnerai un avis défavorable à cet amendement.

**M. Gérard Sebaoun.** Pour renforcer les propos de Mme Laclais, je voudrais souligner qu'il existe de vrais problèmes de santé publique comme par exemple la recrudescence de formes de tuberculoses résistantes aux traitements classiques. Il est donc de notre devoir d'offrir des soins rapides et de qualité pour éviter toute propagation de ces maladies.

*La Commission rejette l'amendement II-AS 12.*

**Mme la Présidente Catherine Lemorton.** Je voudrais indiquer, en réponse à votre question M. Lurton, que certains amendements ont été déclarés irrecevables car ne respectant pas le domaine spécifique des projets de loi de finances comme par exemple celui traitant des soins palliatifs qui sont financés sur des fonds de l'assurance maladie. Sur un autre plan, et sans vouloir polémiquer, je tiens à rappeler à mes collègues de l'opposition que la majorité qu'ils soutenaient avait instauré les franchises médicales, entre autres, pour financer l'extension des équipes de soins palliatifs. On peut se demander pourquoi les soins palliatifs n'ont pas pleinement profité de ces recettes qui s'élèvent tout de même à 1,2 milliard d'euros.

*La Commission émet un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission Santé tels qu'ils figurent à l'état B annexé à l'article 24.*



## ANNEXE :

### LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS

*(par ordre chronologique)*

- **Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France – M. Jean-Pierre Robelet**, directeur général adjoint, et **Mme Marie-Ange Biteau**, responsable du pôle Efficience
- **Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales – Pôle santé/ARS – M. Pierre Ricordeau**, secrétaire général, et **M. Stéphane Mulliez**, chargé de mission questions financières
- **M. Frédéric Pierru**, chercheur en sciences sociales et politiques
- **Dr Bruno Fantino**, directeur médical national du régime des mines
- *Entretien téléphonique* avec **M. Jean Yves Grall**, président du **Collège des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS)**
- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) – M. Fabien Petit**, chargé du suivi du Fonds d'intervention régional (FIR)

### DÉPLACEMENTS EN PROVINCE

- **Visite à l'ARS de Bourgogne, le 9 octobre 2015**
  - *Rencontre avec l'équipe de direction et les fonctionnaires chargés du FIR*
    - M. Christian Lannelongue, directeur général
    - Mme Françoise Saïd, agent comptable et chargée de la direction des affaires financières
    - Mme France Charbit, adjointe à la direction des affaires financières et responsable du FIR
    - M. Didier Jacotot, délégué territorial de la Côte d'or
    - Dr Jean François Dodet, chef du département Promotion de la santé
    - M. Florent Baquès, responsable du financement et du suivi des actions menées à la direction de la santé publique

- Mme Chantale Mehay, cheffe du département Soins de proximité
- M. Pascal Avezou, chef du département Filière de soins
- Mme Ivanka Victoire, cheffe du département Modernisation de l'offre de soins
- M. Alain Morin, directeur de la santé publique
- *Rencontre avec les partenaires bénéficiaires des financements du FIR : Fédération de l'hospitalisation publique, URIOPSS, Synerpa, URPS de Bourgogne, la ligue contre le Cancer*

➤ **Visite à l'ARS de Rhône-Alpes, le 12 octobre 2015**

- *Rencontre avec l'équipe de direction :*
  - M. Gilles de Lacaussade, directeur général adjoint
  - M. Eric Virard, secrétaire général
  - M. Patrick Vandenberg, directeur de la stratégie et des projets
  - Dr Anne Marie Durand, directrice de la santé publique