

N° 111

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 18 novembre 2010

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

*au nom de la commission des finances (1) sur le projet de loi de finances pour 2011, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,*

Par M. Philippe MARINI,

Sénateur,

*Rapporteur général.*

TOME III

MOYENS DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DISPOSITIONS SPÉCIALES

**(Seconde partie de la loi de finances)**

ANNEXE N° 26

**SANTÉ**

*Rapporteur spécial* : M. Jean-Jacques JÉGOU

---

*(1) Cette commission est composée de : M. Jean Arthuis, président ; M. Yann Gaillard, Mme Nicole Bricq, MM. Jean-Jacques Jégou, Thierry Foucaud, Aymeri de Montesquiou, Joël Bourdin, François Marc, Serge Dassault, vice-présidents ; MM. Philippe Adnot, Jean-Claude Frécon, Mme Fabienne Keller, MM. Michel Sergent, François Trucy, secrétaires ; M. Philippe Marini, rapporteur général ; M. Jean-Paul Alduy, Mme Michèle André, MM. Bernard Angels, Bertrand Auban, Denis Badré, Mme Marie-France Beaufils, MM. Claude Belot, Pierre Bernard-Reymond, Auguste Cazalet, Yvon Collin, Philippe Dallier, Jean-Pierre Demerliat, Mme Marie-Hélène Des Esgaulx, MM. Éric Doligé, Philippe Dominati, André Ferrand, François Fortassin, Jean-Pierre Fourcade, Adrien Gouteyron, Charles Guené, Claude Haut, Edmond Hervé, Pierre Jarlier, Yves Krattinger, MM. Gérard Longuet, Roland du Luart, Jean-Pierre Masseret, Marc Massion, Gérard Miquel, Albéric de Montgolfier, François Rebsamen, Jean-Marc Todeschini, Bernard Vera.*

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale (13<sup>ème</sup> législ.) : 2824, 2857, 2859 à 2865 et T.A. 555**

**Sénat : 110 (2010-2011)**



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DE VOTRE RAPPORTEUR SPÉCIAL</b> .....	5
<b>I. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »</b> .....	7
A. UNE ARCHITECTURE REMANIÉE QUI LAISSE DÉSORMAIS PEU DE MARGES DE MANŒUVRE AU RESPONSABLE DE PROGRAMME .....	7
1. <i>Une architecture budgétaire certes clarifiée, mais au prix d'une plus grande rigidité</i> .....	7
2. <i>Une mission au périmètre étroit</i> .....	9
3. <i>Une mission symptomatique des limites de la LOLF ?</i> .....	10
B. UNE MISSION GLOBALEMENT TOUCHÉE PAR LES NORMES TRANSVERSALES D'ÉCONOMIES FIXÉES PAR LE GOUVERNEMENT .....	12
1. <i>Une quasi-stabilisation des crédits de la mission sur le nouveau triennal 2011-2013</i> .....	12
2. <i>Une forte réduction des dépenses fiscales rattachées à la mission</i> .....	15
<b>II. LE PROGRAMME 204 : PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS</b> .....	17
A. LA « REMISE À ZÉRO » DES COMPTES DE L'ÉPRUS APRÈS LA CRAINTE D'UNE PANDÉMIE DE GRIPPE A(H1N1)v .....	18
1. <i>Le bilan de la « pandémie grippale »</i> .....	19
2. <i>Un laborieux retour à des dotations ordinaires</i> .....	25
B. LA MISE EN PLACE DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ EN ANNÉE PLEINE .....	28
1. <i>2011, première année de plein exercice pour les ARS</i> .....	28
2. <i>Les implications budgétaires pour la mission « Santé »</i> .....	28
3. <i>Un levier d'efficience à ne pas manquer et un suivi des crédits à améliorer</i> .....	29
C. UNE FORTE AUGMENTATION DES CRÉDITS DESTINÉS À LA MODERNISATION DE L'OFFRE DE SOINS .....	31
1. <i>Une revalorisation des crédits destinés à la formation médicale initiale</i> .....	31
2. <i>La situation financière de la Haute autorité de santé (HAS)</i> .....	34
3. <i>Les autres points importants de l'action 19</i> .....	35
D. DES OPÉRATEURS FORTEMENT TOUCHÉS PAR LES OBJECTIFS D'ÉCONOMIES DU GOUVERNEMENT .....	36
1. <i>Une réduction importante des subventions versées à certains opérateurs</i> .....	36
2. <i>Une réduction de 15 ETP du plafond d'emplois</i> .....	37
3. <i>Une exception notable, l'INCa</i> .....	38
E. UNE TENDANCE AU SAUPOUDRAGE .....	40
1. <i>La pertinence en question de certaines mesures au regard de leur coût</i> .....	40
2. <i>Un rattachement non évident à la mission de certaines dépenses</i> .....	41
<b>III. LE PROGRAMME 183 : PROTECTION MALADIE</b> .....	43
A. LE FONDS « CMU-C » NE RECEVRA PAS DE SUBVENTION DE L'ÉTAT EN DÉPIT D'UNE FORTE REVALORISATION DE L'AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ .....	43
1. <i>Une contribution des complémentaires santé qui devrait être suffisante pour équilibrer le fonds « CMU-c »</i> .....	43
2. <i>Une forte revalorisation de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé</i> .....	44
3. <i>La manque de lisibilité sur la situation financière à moyen terme du fonds « CMU-c »</i> .....	47

B. UNE RÉÉVALUATION BIENVENUE DE LA DOTATION DESTINÉE À L'AIDE MÉDICALE DE L'ETAT .....	48
1. Un effort d'assainissement mené depuis 2008 .....	48
2. Une nouvelle revalorisation en 2011 .....	48
3. Une forte augmentation des dépenses d'AME qui a conduit à la mise en place d'une nouvelle mission d'audit .....	49
4. Des propositions récentes pour maîtriser le dispositif de l'AME .....	49
C. UNE CONTRIBUTION DE L'ETAT AU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE (FIVA) QUI RESTE STABLE.....	50
1. Une dotation de l'Etat stable, mais une subvention de l'assurance maladie en légère augmentation .....	50
2. Un allongement de la durée de prescription des actions en indemnisation devant le FIVA que le fonds devrait pouvoir absorber .....	51
<b>EXAMEN DES ARTICLES RATTACHÉS .....</b>	<b>53</b>
• <i>ARTICLE 86 bis (nouveau) (Art. L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles)</i>	
<b>Panier de soins des bénéficiaires de l'AME .....</b>	<b>53</b>
• <i>ARTICLE 86 ter (nouveau) (Art. L. 251-2 et L. 252-3 du code de l'action sociale et des familles)</i>	
<b>Contrôle systématique de la condition de résidence .....</b>	<b>59</b>
• <i>ARTICLE 86 quater (nouveau) (Art. L. 252-3 du code de l'action sociale et des familles)</i>	
<b>Récupération des sommes indûment versées aux bénéficiaires de l'AME.....</b>	<b>61</b>
• <i>ARTICLE 86 quinquies (nouveau) (Art. 968 E [nouveau] du code général des impôts, art. L. 251-1 et art. L.253-3-1[nouveau] du code de l'action sociale et des familles)</i>	
<b>Droit de timbre annuel de 30 euros et limitation des ayants-droit .....</b>	<b>62</b>
• <i>ARTICLE 86 sexies (nouveau) (Art. L. 1142-23 et L. 3131-5 du code de la santé publique)</i>	
<b>Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales imputables à des activités de prévention, de diagnostic ou de soins réalisées en application de mesures sanitaires graves .....</b>	<b>65</b>
• <i>ARTICLE 86 septies (nouveau) (Art. L. 862-2, L. 862-3, L. 862-4, L. 862-5, L. 862-6, L. 862-7, L. 862-8 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale)</i>	
<b>Transformation de la contribution CMU en taxe .....</b>	<b>67</b>
• <i>ARTICLE 86 octies (nouveau) (Art. 23 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005)</i>	
<b>Prorogation de quatre ans de la taxe assurant le financement du centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS).....</b>	<b>72</b>
• <i>ARTICLE 86 nonies (nouveau)</i>	
<b>Indemnisation des personnes exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle ou volontaire au sein de services d'incendie et de secours (SDIS) vaccinées contre l'hépatite B .....</b>	<b>77</b>
<b>LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.....</b>	<b>79</b>
<b>EXAMEN EN COMMISSION.....</b>	<b>81</b>

## LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DE VOTRE RAPPORTEUR SPÉCIAL

1) La mission « Santé » rassemble, pour 2011, **1,22 milliard d'euros d'autorisations d'engagement (AE) et de crédits de paiement (CP)**. Si elle regroupe désormais l'ensemble des crédits « sanitaires » du ministère chargé de la santé, **son poids doit néanmoins être relativisé** : les fonctions support de la mission sont portées par la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » et elle demeure un budget « annexe » de la sécurité sociale.

2) Par ailleurs, **l'architecture budgétaire de la mission est, une nouvelle fois, profondément remaniée**. Elle ne comprendra plus désormais que deux programmes : un programme 204 élargi « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » et le programme 183 « Protection maladie ». Si ce remaniement a le mérite de renforcer la lisibilité de la mission en regroupant dans un même programme l'ensemble des crédits destinés au financement des politiques de santé mises en œuvre par les agences régionales de santé (ARS), elle se réalise cependant **au prix d'une plus grande rigidité de l'architecture de la mission**.

3) **De façon générale, votre rapporteur spécial relève que la programmation pluriannuelle de la mission « Santé » reflète les contraintes fixées à l'ensemble du budget général de l'Etat** : si les plafonds de crédits de la mission augmentent de 2 % en 2011, ils progressent de seulement 0,4 % en 2012 et diminuent de 0,2 % en 2013. Ce sont surtout les opérateurs qui subissent les objectifs d'économies du Gouvernement : leurs subventions pour charge de service public et leur plafond d'emplois sont globalement en forte diminution. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) est, de ce point de vue, frappée de plein fouet puisqu'elle ne recevra pas de subvention en 2011, 2012 et 2013.

4) Plus spécifiquement, si la forte révision à la baisse des dépenses liées à la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1)v est positif tant du point de vue de la santé publique que des finances publiques, elle n'en entraîne pas moins de **nouvelles difficultés de suivi des crédits destinés à la gestion des risques sanitaires** : la résiliation d'une partie des commandes de vaccins conduit en effet à « une remise à zéro des compteurs », qu'il s'agisse des dotations pour 2010 et 2011 de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) ou de la contribution exceptionnelle des complémentaires santé aux dépenses liées à la grippe A.

5) **L'année 2011 sera, en outre, marquée par la première année de plein exercice des ARS**. Si votre rapporteur spécial approuve cette **réforme majeure** de pilotage territorial des politiques de santé, il insiste sur la **nécessité de renforcer l'information sur les crédits qui leur sont destinés**. La globalisation de leurs crédits d'intervention est certes la contrepartie de l'autonomie des agences. Il apparaît néanmoins indispensable de disposer, en amont, au moment de l'examen du projet de loi de finances initiale, d'une information consolidée sur les crédits destinés aux ARS et, en aval, au moment de l'examen du projet de loi de règlement, d'un suivi de la consommation de leurs crédits par grand axe de santé publique.

6) Plus ponctuellement, votre rapporteur spécial souhaite attirer l'attention sur une **certaine tendance au saupoudrage des crédits de la mission**, qu'il s'agisse du financement de nombreuses études, colloques ou ateliers, ou du versement de subventions à certaines associations. La pertinence de certaines de ces mesures au regard de leur coût n'est pas aisée et leur rattachement à la mission « Santé » non évident.

7) Votre rapporteur spécial salue, enfin, **les efforts de revalorisation de deux principaux postes de dépenses qui ont fait, par le passé, l'objet de sous-budgétisations récurrentes : la formation médicale et l'aide médicale de l'Etat (AME)**.

\* \* \*

\*

*Au 10 octobre 2009, date limite, en application de l'article 49 de la LOLF, pour le retour des réponses du Gouvernement aux questionnaires budgétaires concernant le présent projet de loi de finances, 72 % des réponses portant sur la mission « Santé » étaient parvenues à votre rapporteur spécial.*

## I. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »

### **A. UNE ARCHITECTURE REMANIÉE QUI LAISSE DÉSORMAIS PEU DE MARGES DE MANŒUVRE AU RESPONSABLE DE PROGRAMME**

#### **1. Une architecture budgétaire certes clarifiée, mais au prix d'une plus grande rigidité**

##### *a) Une nouvelle modification de la maquette budgétaire*

La mission « Santé » connaît, pour 2011, sa **troisième modification** de « maquette » budgétaire.

Votre rapporteur spécial rappelle, en effet, qu'**en 2009, la mission avait déjà fait l'objet d'un changement conséquent de périmètre**. Alors que le programme 136 « Drogue et toxicomanie » rejoignait la mission « Direction de l'action du Gouvernement », deux nouveaux programmes étaient rattachés à la mission :

- d'une part, le programme 228 « Veille et sécurité sanitaires » issu de la mission « Sécurité sanitaire ». Ce programme avait été fusionné avec l'ancien programme 204 « Santé publique et prévention » de la mission « Santé » ;

- d'autre part, le programme 183 « Protection maladie », auparavant inscrit sur la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

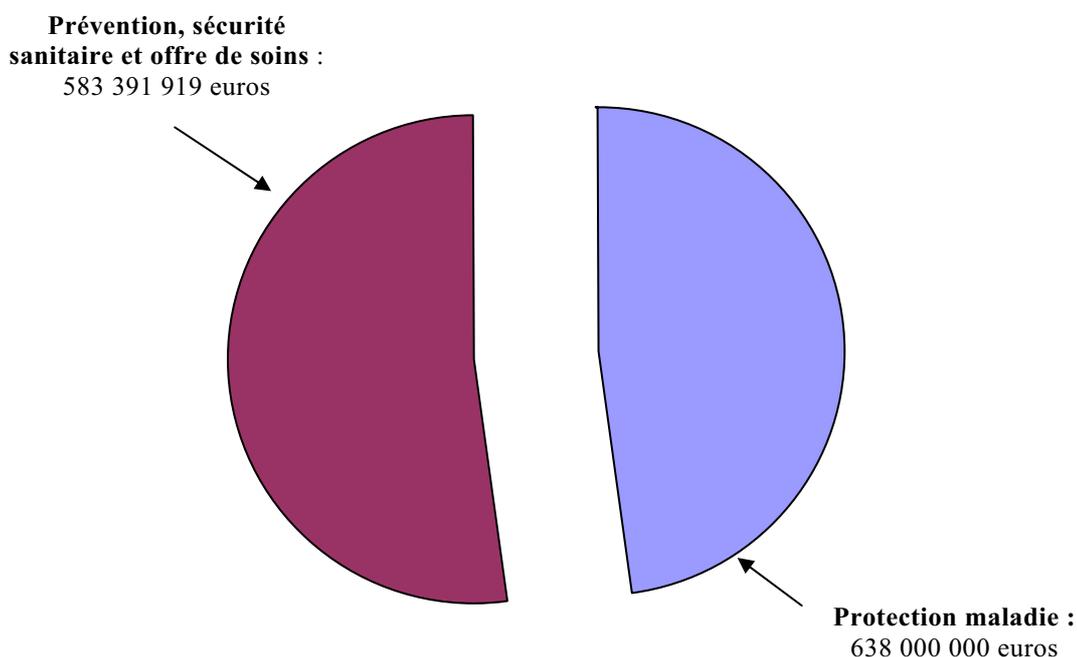
**En 2010, à la suite de la mise en place des agences régionales de santé (ARS), la mission « Santé » subissait une nouvelle modification de son architecture budgétaire** : le PLF pour 2010 a, en effet, prévu que l'ensemble des moyens de fonctionnement des futures ARS soient regroupés dans le programme support de la mission « Solidarité », alors qu'auparavant, les moyens de fonctionnement des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), intégrées au sein des ARS, étaient inscrits au sein du programme 171 « Offre de soins et qualité du système de soins » de la mission « Santé ».

**Pour 2011, un pas supplémentaire est franchi**. L'ancien programme 204 « Prévention et sécurité sanitaire » et l'ancien programme 171 « Offre de soins et qualité du système de soins » fusionnent pour créer un nouveau programme 204 élargi « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ». Le programme 171 est devenu une action du nouveau programme 204, l'action 19 « Modernisation de l'offre de soins ». Cette modification fait également suite à la mise en place des ARS. En effet, le regroupement de l'ensemble des moyens de fonctionnement des ARS au sein du programme support de la mission « Solidarité » avait considérablement amoindri le poids du programme 171 qui portait auparavant les crédits des ARH.

*b) Deux programmes désormais d'importance égale*

La mission « Santé » ne comprendra donc plus désormais que **deux programmes d'importance équivalente** regroupant, pour 2011, **1,22 milliard d'euros** d'autorisations d'engagement (AE) et de crédits de paiement (CP), répartis comme suit :

**Répartition des crédits de paiement entre les deux programmes de la mission « Santé »**



*Source : commission des finances*

*c) Une plus grande rigidité*

Si la fusion des programmes 204 et 171 a le mérite de renforcer la **lisibilité** de la mission en regroupant dans une même action l'ensemble des crédits destinés au financement des politiques de santé mises en œuvre par les ARS, elle se réalise cependant au prix d'une **plus grande rigidité** de l'architecture de la mission.

En effet, **le programme 204** « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » est désormais **composé à 90 % de subventions pour charge de service public** et autres transferts destinés aux vingt-six ARS et aux onze opérateurs de la mission :

- l'agence de biomédecine (ABM) ;
- le GIP Addictions drogues alcool info service (GIP ADALIS) ;
- l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ;
- l'agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) ;
- l'agence technique de l'information et de l'hospitalisation (ATIH) ;
- le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) ;
- l'école des hautes études en santé publique (EHESP) ;
- l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) ;
- l'institut national du cancer (INCa) ;
- l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ;
- l'institut de veille sanitaire (INVS).

Quant au **programme 183 « Protection maladie »**, les marges de manœuvre du responsable de programme sont également étroites puisqu'il regroupe des **crédits « contraints »** : les dotations destinées à l'aide médicale de l'Etat (AME) et celles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). La subvention de l'Etat au fonds « CMU-c », également inscrite au sein du programme 183, est, une nouvelle fois, nulle pour 2011, les contributions des complémentaires santé étant suffisantes pour garantir l'équilibre du fonds (cf. *infra*).

## **2. Une mission au périmètre étroit**

Par ailleurs, si la mission « Santé » regroupe désormais l'ensemble des crédits « sanitaires » du ministère chargé de la santé, son périmètre demeure étroit. Deux éléments amènent en effet à **relativiser son poids** : d'une part, les fonctions support de la mission sont portées par une autre mission budgétaire, d'autre part, la mission « Santé » demeure un budget « annexe » de la sécurité sociale.

### *a) Une mission qui ne comprend toujours pas de crédits de personnel*

Suite aux changements de périmètre intervenus en 2009, la mission « Santé » couvre désormais l'ensemble des crédits « sanitaires » relevant du ministre chargé de la santé.

**Cependant, elle ne comprend toujours pas de programme support.** En particulier, les crédits de rémunération des personnels concourant

à la mise en œuvre des différents programmes de la mission « Santé » sont regroupés au sein du programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

Cet aspect est accentué depuis 2010, dans la mesure où – comme cela a déjà été indiqué – l'ensemble des moyens de fonctionnement des ARS sont maintenant regroupés au sein du programme support précité de la mission « Solidarité ».

Les schémas de déversement analytique présentés dans le projet annuel de performances pour 2011 font ainsi apparaître **une contribution globale** du programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » **de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » de 107,6 millions d'euros** aux actions menées dans le cadre de la mission « Santé ».

*b) Une mission qui reste de très faible ampleur par rapport aux crédits inscrits en projet de loi de financement de la sécurité sociale*

La mission « Santé » est, enfin, **marginale** par rapport aux actions menées par la sécurité sociale, l'Etat n'intervenant que pour moins de 1 % du total des dépenses effectuées au titre de l'offre de soins.

Cependant, **l'imbrication entre le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » et l'assurance maladie est étroite**, comme en témoigne le financement des dépenses liées à la grippe A(H1N1)v, question que votre rapporteur spécial abordera dans la suite du présent rapport.

Enfin, il est à rappeler que **certains opérateurs de la mission sont subventionnés par l'assurance maladie parallèlement au financement accordé par l'Etat**. C'est notamment le cas de l'ABM, de l'INPES, de l'EPRUS, de l'ATIH, de la HAS et du CNG. Dans le cas de l'ATIH et de la HAS, c'est la subvention de l'Etat qui détermine la dotation versée par l'assurance maladie, suivant un rapport de 1/3 Etat – 2/3 assurance maladie, dans le premier cas, et un rapport de 1 Etat – 2 assurance maladie, dans le second. S'agissant de l'EPRUS, la contribution à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie est plafonnée à 50 % des dépenses de l'établissement constatées sur trois exercices consécutifs, au titre des produits de santé.

### **3. Une mission symptomatique des limites de la LOLF ?**

A la veille du dixième anniversaire de la loi organique du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), votre rapporteur spécial s'interroge sur ces modifications successives de la maquette budgétaire de la mission « Santé ». Ces changements ne sont-ils pas en quelque sorte symptomatiques de certaines faiblesses de la LOLF, qu'il s'agisse de l'échec de

l'interministérialité budgétaire ou des faibles marges de manœuvre des responsables de programme ?

*a) Un échec des missions interministérielles ?*

En premier lieu, votre rapporteur spécial rappelle que l'architecture de la mission « Santé » est issue, pour partie, de **la suppression de la mission interministérielle « Sécurité sanitaire »**.

La mission « Sécurité sanitaire » était, en effet, composée de deux programmes :

- le programme 228 « Veille et sécurité sanitaires » relatif à la santé humaine et placé sous la responsabilité du ministère chargé de la santé ;

- le programme 206 « Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation » relatif à la santé animale et placé sous la responsabilité du ministère chargé de l'agriculture.

La mission « Sécurité sanitaire » a disparu de la maquette budgétaire du PLF pour 2009, les deux programmes rejoignant respectivement la mission « Santé » et la mission « Agriculture ».

**La suppression de la mission « Sécurité sanitaire »**, qui faisait pourtant sens à son origine compte tenu des liens étroits entre la santé humaine et la santé animale, **était la conséquence de l'échec de l'interministérialité budgétaire** de cette mission : les deux programmes constituant la mission étaient totalement indépendants l'un de l'autre et ne faisaient pas l'objet d'une réelle concertation entre responsables de programme au moment de l'élaboration du projet de loi de finances.

Cette suppression, alors justifiée par la nécessité d'une cohésion entre structures administratives et unités budgétaires, a constitué, pour votre rapporteur spécial, **un premier recul au regard des objectifs de la LOLF, dont la finalité était inverse** : inciter à une refonte de l'organisation administrative de l'Etat par l'introduction d'unités budgétaires fondées sur la finalité des politiques publiques.

*b) Les faibles marges de manœuvre des responsables de programme*

Enfin, le rattachement des crédits de personnel et de fonctionnement courant de la mission « Santé » à une autre mission budgétaire, ainsi que la désormais forte rigidité de l'architecture budgétaire de la mission, sont également assez éloignés de l'esprit de la LOLF.

**Ces deux éléments ôtent toute marge de manœuvre au Parlement s'agissant des moyens affectés à la politique publique de santé et de sécurité sanitaire, ainsi que tous moyens d'arbitrage au responsable de programme** pour le pilotage des programmes de la mission dans une logique de performance.

**B. UNE MISSION GLOBALEMENT TOUCHÉE PAR LES NORMES  
TRANSVERSALES D'ÉCONOMIES FIXÉES PAR LE GOUVERNEMENT**

**1. Une quasi-stabilisation des crédits de la mission sur le nouveau  
triennal 2011-2013**

*a) Une augmentation de 24 millions d'euros des crédits de paiement  
de la mission en 2011*

Entre 2010 et 2011, **les crédits de la mission « Santé » augmentent d'environ 45 millions d'euros en AE (+ 3,78 %)** et de **24 millions d'euros en CP (+ 2 %)**, soit une quasi stabilité par rapport à l'exercice précédent, comme le montre le tableau suivant :



**Cette stabilité s'explique par des mouvements de crédits jouant en sens contraire :**

- d'un côté, **l'augmentation de près de 9 % des crédits du programme 183 « Protection maladie »** qui résulte de la revalorisation de la dotation de l'Etat au titre de l'AME ;

- de l'autre, **la diminution de 4,7 % des crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».**

Cette dernière évolution masque, cependant, des évolutions contrastées entre actions : alors que les actions « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades » et « Modernisation de l'offre de soins » enregistrent des crédits en progression forte, respectivement, de 23,37 % et de 18,09 %, les actions « Réponses aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires » et « Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain » connaîtront en 2011 une réduction de leurs crédits de l'ordre de 66,19 % et de 44,41 %.

*b) Une quasi-stabilisation des crédits de la mission sur le triennal 2011-2013*

La programmation pluriannuelle de la mission « Santé » reflète les contraintes fixées à l'ensemble du budget général de l'Etat : si les plafonds de crédits de la mission augmentent de 2 % en 2011, **ils progressent de seulement 0,4 % en 2012 et diminuent de 0,2 % en 2013.**

#### **Evolution des crédits de la mission « Santé » entre 2011 et 2013**

*(en euros)*

	2011		2012		2013	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP
<b>Prog. 204</b>	583 391 919	583 391 919	587 841 919	587 841 919	585 591 919	585 591 919
<b>Prog. 183</b>	638 000 000	638 000 000	638 000 000	638 000 000	638 000 000	638 000 000
<b>Total</b>	1 221 391 919	1 221 391 919	1 225 841 919	1 225 841 919	1 223 591 919	1 223 591 919

*Source : projet annuel de performances pour 2011 de la mission « Santé »*

Votre rapporteur spécial rappelle néanmoins les spécificités de la mission qui rendent plus délicat l'exercice de programmation pluriannuelle : la mission « Santé » retrace, pour partie, **des dépenses peu maîtrisables**, comme celles liées aux crises sanitaires ou au dispositif d'AME.

*c) Un mise sous tension de la majorité des opérateurs de la mission*

Comme le montrera plus en détails votre rapporteur spécial dans la suite du présent rapport, ce sont surtout les opérateurs de la mission qui subissent les objectifs d'économies du Gouvernement : **les subventions pour charge de service public et leurs plafonds d'emplois sont globalement en forte diminution.**

## **2. Une forte réduction des dépenses fiscales rattachées à la mission**

La mission « Santé » est, enfin, concernée par l'objectif du Gouvernement d'une réduction de 10 % des dépenses fiscales.

Une importante dépense fiscale de la mission avait déjà été réaménagée lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2010, **l'exonération d'impôt sur le revenu des indemnités journalières versées en cas d'accident du travail**. Désormais, celles-ci y sont assujetties à hauteur de 50 % de leur montant.

Une autre « niche fiscale » importante rattachée à la mission est partiellement remise en cause dans le cadre du présent projet de loi de finances : **l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) pour certains contrats d'assurance maladie complémentaire** qui représente un coût de **2,2 milliards d'euros** en 2010.

L'article 7 du projet de loi de finances pour 2011 propose, en effet, la suppression de l'exonération de TSCA, dont bénéficient aujourd'hui les contrats complémentaires santé dits « solidaires » et « responsables », et son remplacement par une taxation à un taux intermédiaire de 3,5 %, pour un rendement attendu de 1,1 milliard d'euros.

### **L'exonération de TSCA dont bénéficient les contrats santé « solidaires et responsables »**

Plusieurs cas d'exonérations de TSCA sont prévus par les articles 995 à 1 000 du code général des impôts. Parmi ceux-ci figurent :

- **les contrats d'assurance maladie facultatifs souscrits de manière individuelle ou collective** dits « solidaires et responsables » (15° de l'article 995 du CGI) ;

- **les contrats d'assurance maladie obligatoires souscrits de manière collective** dits « solidaires et responsables » (16 ° de l'article 995 du CGI).

Cette double condition pour bénéficier d'une exonération de TSCA a été introduite en deux temps :

- la notion de « **contrats solidaires** » a d'abord été introduite par l'article 63 de la loi de finances rectificative pour 2001. Il s'agit des contrats qui, d'une part, ne prennent pas en compte l'état de santé de l'assuré pour la tarification des primes et cotisations et, d'autre part, ne reposent pas sur un questionnaire médical ;

- à cette notion de contrats solidaires, l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a ajouté celle de « **contrats responsables** ». Pour bénéficier de cette appellation, les contrats d'assurance maladie sont tenus de prendre en charge certaines prestations de prévention et, en revanche, de ne pas prévoir la prise en charge de certaines participations forfaitaires destinées à responsabiliser les assurés (les franchises médicales, par exemple).

L'objectif de cette exonération était de favoriser le **développement de la couverture complémentaire** santé de la population tout en incitant les assurés à respecter un **parcours de soins vertueux** et à optimiser les dépenses de santé.

Aujourd'hui, 93 %<sup>1</sup> de la population française déclarent disposer d'une complémentaire santé et **99 %<sup>2</sup> des bénéficiaires d'une couverture complémentaire sont couverts par des contrats** « solidaires et responsables ».

Si le dispositif devrait rester incitatif pour les complémentaires santé, grâce à un taux d'imposition encore attractif, il n'en demeure pas moins qu'**un risque de répercussion de cette charge nouvelle sur les assurés existe**. Outre que celle-ci a déjà été annoncée par les complémentaires elles-mêmes, il convient de rappeler que ce secteur a vu son régime fiscal s'alourdir ces dernières années. En 2009, notamment, la contribution des complémentaires santé au fond « CMU-c » a doublé, passant de 2,5 % à 5,9 %. Par ailleurs, l'impact de cette mesure sur des dispositifs connexes (CMU-c et aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) devra également être analysé avec attention.

Au total, **les dépenses fiscales rattachées à titre principal à la mission « Santé » représenteront encore 1,69 milliard d'euros en 2011**, soit 470 millions d'euros de plus que l'ensemble des crédits de la mission.

---

<sup>1</sup> Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), *Enquête Santé Protection sociale 2006*.

<sup>2</sup> Source : ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat.

## II. LE PROGRAMME 204 : PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS

Le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » visera principalement, en 2011, à la **préparation de la seconde loi de santé publique** et des axes stratégiques de la politique nationale de santé, à la poursuite du déploiement des **nouveaux plans de santé publique**, ainsi qu'à **l'accompagnement des ARS** dans l'élaboration de leurs projets régionaux de santé qui doivent être arrêtés à l'automne 2011.

Il se décline en neuf actions, dont deux, l'action 18 « Projets régionaux de santé » et l'action 19 « Modernisation de l'offre de soins » représentent plus de la moitié des crédits du programme.

### Récapitulation des crédits du programme par action

(en millions d'euros)

Numéro et intitulé de l'action		AE		CP	
		LFI 2010	PLF 2011	LFI 2010	PLF 2011
11	Pilotage de la politique de santé publique	87,93	86,08	87,80	86,08
12	Accès à la santé et éducation à la santé	35,70	31,57	35,79	31,57
13	Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	11,33	9,44	12,00	9,44
14	Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	54,95	69,27	56,22	69,36
15	Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	23,09	19,64	24,15	19,45
16	Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	47,02	21,3	63,00	21,30
17	Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	23,89	13,28	24,07	13,38
18	Projets régionaux de santé	186,72	189,36	187,67	189,36
19	Modernisation de l'offre de soins	121,28	143,45	121,48	143,45
<b>P. 204</b>	<b>Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</b>	<b>591,91</b>	<b>583,39</b>	<b>612,18</b>	<b>583,39</b>

Source : projet annuel de performances pour 2011

Il convient également de prendre en compte les **crédits de personnels** inscrits sur le programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances », qui conduisent à une **majoration de 104,8 millions d'euros** des moyens de ce programme.

Les **opérateurs sanitaires jouent un rôle important** dans la mise en œuvre de ce programme. Les crédits accordés aux onze opérateurs de la mission et aux ARS représentent ainsi, pour 2011, **520,65 millions d'euros** en AE et en CP, soit environ 90 % des dotations du programme.

Votre rapporteur spécial souhaite, dans le cadre de l'analyse du présent programme, insister sur **cinq points** :

- 1) le laborieux « retour à la normale » des crédits dédiés aux urgences sanitaires après l'épisode de la pandémie de grippe A(H1N1)v ;
- 2) la première année de plein exercice des ARS ;
- 3) la revalorisation des crédits destinés à la formation médicale ;
- 4) les mesures d'économies mises en place au niveau des opérateurs ;
- 5) la nécessité de veiller au non-saupoudrage des autres crédits de la mission.

***A. LA « REMISE À ZÉRO » DES COMPTES DE L'EPRUS APRÈS LA CRAINTE D'UNE PANDÉMIE DE GRIPPE A(H1N1)v***

**L'action 16** « Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires », dotée pour 2011 de **21,3 millions d'euros en AE et en CP**, est quasiment exclusivement consacrée au financement de la subvention pour charge de service public versée à l'EPRUS, établissement responsable, en vertu de l'article L. 3135-1 du code de la santé publique, de l'acquisition, de l'acheminement et du stockage des produits de santé en cas de pandémie ou d'attaque terroriste.

**L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)**

L'EPRUS est un établissement public de l'Etat à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Il a pour mission :

- **la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire**, sachant que la coordination et la doctrine de recours à la réserve sanitaire relèvent de la compétence de la direction générale de la santé (DGS) ;

- **l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, la distribution et l'exportation de produits et services nécessaires à la protection de la population face à des menaces sanitaires** graves ou pour répondre à des besoins de santé publique non couverts par ailleurs du fait notamment d'une rupture de commercialisation. L'EPRUS agit, dans ce cas, à la demande du ministre chargé de la santé et les produits resteront la propriété de l'Etat ;

- la mise en place, en son sein, d'un **établissement pharmaceutique chargé de la fabrication et de l'exploitation de produits de santé** nécessaires.

L'article L. 3135-4 du code de la santé publique prévoit que les **recettes** de l'EPRUS sont constituées par des taxes prévues à son bénéfice ; des redevances pour services rendus ; le produit des ventes des produits et services ; les reversements et remboursements mentionnés à l'article L. 162-1-16 du code de la sécurité sociale ; une **contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale**, répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; des **subventions, notamment de l'Etat** ; des produits divers, dons et legs et des emprunts.

Il est précisé que **le montant de la contribution à la charge de l'assurance maladie ne peut excéder 50 % des dépenses effectivement constatées de l'établissement pour ce qui concerne les dépenses liées à l'acquisition de produits**. Cette disposition résulte d'un amendement adopté par le Sénat, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, lors de l'examen de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces de grande ampleur.

L'action 16 voit ses crédits **diminuer de près de 66 %** par rapport à 2010, ce qui résulte d'un certain « retour à la normale » après la crainte d'une pandémie de grippe A(H1N1)v.

## **1. Le bilan de la « pandémie grippale »**

### *a) Une forte réévaluation à la baisse du coût de la campagne*

Lors de l'examen de la dernière loi de finances, votre rapporteur spécial avait dressé un premier bilan de l'ensemble des dépenses liées à la lutte contre la « pandémie » de grippe A(H1N1)v. Les premières évaluations (environ 1,5 milliard d'euros) et le coût en particulier de la campagne de vaccination (plus de 800 millions d'euros pour le seul achat des vaccins) avaient spécifiquement attiré son attention, compte tenu de son ampleur et du contexte financier contraint dans lequel ces dépenses s'inscrivaient. Par ailleurs, en l'absence de point de comparaison, il était particulièrement difficile de juger de la pertinence et de l'envergure de ces dépenses.

Depuis, **l'évaluation de départ a été sensiblement réduite**, compte tenu notamment de **la résiliation d'une partie des commandes de vaccins, ramenant le coût de ce poste de dépenses de 807 millions à 334 millions d'euros**. L'on ne dispose cependant pas encore aujourd'hui de tous les éléments pour apprécier le coût exact de la campagne de vaccination *stricto sensu* et de la pandémie en général.

Les commissions d'enquête du Sénat et de l'Assemblée nationale<sup>1</sup> sur ce sujet ont permis d'apporter des premiers éléments de réponse, retracés dans le tableau ci-après. Néanmoins, les deux commissions précisent que ces

---

<sup>1</sup> *Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A(H1N1)v – rapport n° 685 (2009-2010) ; rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) – rapport n° 2698 (XIII<sup>e</sup> législature).*

indications sont encore très lacunaires. Le chiffrage du coût de la campagne de vaccination - 602 millions d'euros - ne peut donc être considéré que comme un ordre de grandeur.

Comme le souligne la commission d'enquête sénatoriale, *« il suffit cependant à indiquer le coût important d'une telle opération, qui doit notamment inciter, si l'on était amené à la renouveler, à s'interroger sur les moyens de mieux ajuster aux besoins l'importance des achats de vaccins et d'optimiser, en termes d'organisation mais aussi de coût, le dispositif de vaccination »*.

La commission des affaires sociales du Sénat a, par ailleurs, demandé à la Cour des Comptes de réaliser une enquête sur l'utilisation des fonds mobilisés pour la lutte contre la pandémie grippale A (H1N1)v qui complétera utilement ces données.

### Estimation des dépenses liées à la grippe A (H1N1)v

(en millions d'euros)

Dépenses	Evaluation PLFSS pour 2010 (1)	Estimation juillet 2010 (2)
Achats de vaccins	807,00	334,00
Indemnisation des laboratoires à la suite de la résiliation d'une partie des contrats	-	48,50**
<b>Coût total des vaccins</b>	<b>807,00</b>	<b>382,50</b>
Consommables de vaccination	-	8,90**
Dépenses logistiques	41,60	30,00
Frais d'information (bons de convocation et traçabilité)	52,80	45,00***
Indemnisation des professionnels de santé et des personnels de la Cnam	290,00	17,33***
Organisation territoriale de la campagne de vaccination	100,00*	27,60
<i>Provision</i>	-	91,00
<b>Total du coût de la campagne de vaccination stricto sensu</b>	<b>1 291,40</b>	<b>602,33</b>
Masques FFP2	150,60	171,00**
Masques pédiatriques	-	11,60**
Respirateurs	5,80	5,80**
Antiviraux	20,00	4,80**
Campagne de communication ( <i>surcoût pour l'INPES</i> )	2,50	2,50
Dépenses de soins de ville (consultations de généralistes, prescription de médicaments, indemnités journalières)	Entre 376 et 752	95,00***
Dépenses hospitalières	-	100,00***
<b>Total</b>	<b>Entre 1 846,3 et 2 222,3</b>	<b>993,03</b>

(1) Sauf mention spécifique, réponses du ministère de la santé et des sports au questionnaire budgétaire de la commission des finances en vue de l'examen du projet de loi de finances pour 2010 - octobre 2009.

(2) Sauf mention spécifique, réponses du ministère de la santé et des sports au questionnaire budgétaire de la commission des finances en vue de l'examen du projet de loi de règlement pour 2009 - juin 2010.

(\*) Rapport annuel de performances de la mission « Sécurité civile » pour 2009.

(\*\*) EPRUS.

(\*\*\*) CNAM - audition du 23 juin 2010 devant la commission d'enquête.

Source : Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A(H1N1)v – rapport n° 685 (2009-2010)

#### b) Un mode de financement complexe et pour partie contestable

Le financement des dépenses engagées dans le cadre de la gestion de la pandémie a nécessité plusieurs mesures, pour partie contestables : deux décrets d'avance, trois dispositions proposées par le projet de loi de financement pour 2010, ainsi que deux autres mesures intervenues en loi de finances rectificative pour 2009.

(1) Deux décrets d'avance

Un **premier décret d'avance, en date du 13 juillet 2009**, a été transmis pour avis à la commission des finances. Il proposait l'ouverture de **46,17 millions d'euros supplémentaires** sur la mission « Santé » destinés à financer l'acquisition de 92,4 millions de masques pour les agents des différents ministères – hors secteur de la santé – identifiés comme prioritaires pour assurer la continuité de l'Etat. Les nouveaux besoins du ministère de la santé, évalués à 307,5 millions de masques pour un montant de 153,75 millions d'euros, devaient être financés, quant à eux, par le budget de l'EPRUS.

**La commission des finances avait émis de nettes réserves quant à l'imprévisibilité de ces acquisitions qui semblaient moins résulter de l'urgence que de la mauvaise gestion des stocks de produits de santé constitués en cas de pandémie.** Il s'agissait, en effet, de renouveler, pour partie, des stocks périmés dont la date de péremption était connue au moment du vote de la loi de finances initiale pour 2009.

Un **second décret d'avance** a été transmis à la commission des finances le 21 octobre 2009. Il proposait l'ouverture de 25 millions d'euros supplémentaires sur la mission « Sécurité civile ». Ces crédits étaient destinés à **financer une première tranche des frais induits par l'organisation territoriale de la campagne de vaccination** (frais d'installation matérielle des locaux, coût de la mobilisation du personnel volontaire et administratif qui assure l'accueil et l'enregistrement des dossiers).

(2) Une rectification de la dotation de l'EPRUS en loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et en loi de finances rectificative pour 2009

Un abondement de la dotation versée à l'EPRUS pour 2009 a également été nécessaire. Suite à la décision d'acquérir 94 millions de doses de vaccins après la découverte des premiers cas de grippe A (H1N1)v à la fin du mois d'avril 2009, **la programmation initiale des dépenses de l'EPRUS a été profondément bouleversée.**

**Deux mesures rectificatives « miroirs »** étaient, pour ce faire, nécessaires en loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et en loi de finances rectificative pour 2009. En effet, les ressources de l'EPRUS comprennent, d'une part, une subvention pour charge de service public versée par l'Etat et inscrite dans la mission « Santé » et, d'autre part, une contribution à la charge des régimes obligatoires de base d'assurance maladie fixée en loi de financement de la sécurité sociale et plafonnée à 50 % des dépenses effectivement constatées de l'établissement sur trois ans.

La loi de financement pour 2010 a ainsi porté la contribution de l'assurance maladie à l'EPRUS pour 2009 à **338,3 millions d'euros**. La loi de finances rectificative pour 2009 a, quant à elle, fixé la subvention pour charge de service public de l'Etat à **433 millions d'euros**.

**Une réévaluation des dotations à l'EPRUS  
au cours de l'examen du projet de loi de financement**

Trois éléments sont venus en outre complexifier l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 :

- **la réduction du taux de TVA** applicable aux achats de vaccins suite à l'obtention des autorisations de mise sur le marché intervenues en septembre 2009 (application du taux réduit de 5,5 % au lieu du taux normal de 19,6 %), ce qui a réduit de 97 millions d'euros l'évaluation des dépenses de l'EPRUS entrant dans le champ d'un financement paritaire ;

- la décision du Gouvernement, en novembre 2009, de procéder à **des dons de vaccins en faveur de l'Organisation mondiale de la santé** (73,7 millions d'euros) financés en totalité par l'Etat, ce qui a conduit à retirer les dépenses correspondantes du champ des dépenses financées à parité ;

- la question de **l'affectation de la contribution exceptionnelle des complémentaires santé**. Contrairement au souhait du Gouvernement, celle-ci a été affectée à la caisse nationale d'assurance maladie et non à l'EPRUS, ce qui a conduit à une rectification de son besoin de financement.

Il est à noter que, suite à une lettre cosignée par les ministres du budget et de la santé du 7 juillet 2009, **l'ACOSS a consenti une avance de trésorerie à l'EPRUS à hauteur de 879 millions d'euros**, afin de permettre à l'établissement d'engager les acquisitions de vaccins et autres produits de santé. L'avance de trésorerie accordée par l'ACOSS a ainsi porté à la fois sur la partie des dépenses devant être supportées par l'assurance maladie et, à titre exceptionnel, sur celles ayant vocation à être financées par l'Etat. Selon les propos recueillis auprès de l'ACOSS, l'urgence de la situation a justifié cette disposition dérogatoire. Cette mesure n'a pas entraîné de conséquences lourdes pour l'ACOSS. En effet, le paiement des laboratoires pharmaceutiques étant réalisé au fur et à mesure de la livraison de vaccins, très peu de crédits ont été effectivement versés et les frais financiers supportés par l'ACOSS, à ce titre, ont été minimes.

(3) La création d'une contribution exceptionnelle des complémentaires santé

La loi de financement pour 2010 a, par ailleurs, proposé la création d'une **contribution exceptionnelle des organismes complémentaires**, calquée sur la contribution versée par ces organismes au fond « CMU-c ».

Cette participation était destinée à compenser la non-prise en charge par les organismes complémentaires du ticket modérateur pratiqué en cas de vaccination ordinaire, même si cette justification mérite d'être nuancée<sup>1</sup>. Le produit attendu de cette taxe s'élevait initialement à **300 millions d'euros**.

---

<sup>1</sup> Pour plus de précisions sur ce sujet, votre rapporteur spécial renvoie à son analyse au sein de son avis sur le projet de loi de financement pour 2011 (Avis n° 90 (2010-2011)).

(4) Une rectification de la dotation de l'INPES

Enfin, s'agissant du surcoût – évalué à 6,8 millions d'euros – supporté par l'INPES au titre de la campagne de communication, 4,3 millions d'euros ont été financés par redéploiement au sein du budget de l'agence ; les 2,5 millions d'euros restants ont nécessité **un abondement, à due concurrence, de la subvention pour charge de service public de l'INPES en loi de finances rectificative pour 2009.**

(5) Un mode de financement pour partie contestable

Dans son rapport sur les comptes et la gestion de l'EPRUS demandé par les commissions des affaires sociales et des finances de l'Assemblée nationale<sup>1</sup>, la Cour des comptes confirme certaines réserves formulées par votre commission des finances quant au schéma de financement utilisé. Aussi critique-t-elle notamment :

- **« l'usage inapproprié » de la procédure de décret d'avances** pour le renouvellement de masques périmés ;

- **le choix du recours à une avance de la CNAMTS pour préfinancer les dépenses liées à la pandémie grippale**, *« l'Etat ayant ainsi choisi de faire peser sur l'assurance maladie le préfinancement intégral de la campagne »* alors que ces dépenses avaient vocation à être financées à parité. *« En l'espèce, précise la Cour, il apparaît que la question du financement des dépenses de prévention dont il était prévisible dès le mois de mai qu'elles seraient massives, n'a été abordée qu'au moment où a été prise la décision de commander les vaccins (début juillet 2009) ».*

**Ces différentes mesures ont, en outre, particulièrement perturbé la gestion de l'EPRUS.** Au total, selon la Cour des comptes, au cours du deuxième semestre 2009, le budget prévisionnel de l'EPRUS pour 2009 a atteint jusqu'à 1 245 millions d'euros en dépenses pour être ramené à 711 millions d'euros. L'exécution budgétaire s'est finalement inscrite en net retrait avec des dépenses de 466 millions d'euros.

*c) Des dysfonctionnements dans la gestion de la pandémie*

Les commissions d'enquête des deux Assemblées ont, parallèlement à ces considérations financières, mis en évidence un certain nombre de dysfonctionnements dans la gestion de la pandémie :

- une **inadéquation du plan national « Pandémie grippale »** à une situation qui n'était pas *a priori* celle à laquelle on s'était préparé ;

---

<sup>1</sup> Cour des comptes, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire et à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur les comptes et la gestion de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) depuis sa création – septembre 2010.

- des facteurs tendant à une interprétation maximaliste du risque pandémique et les **limites du contrôle des conflits d'intérêts** en matière d'expertise ;

- la **mauvaise gestion, enfin, du rapport avec les fournisseurs de vaccins** qui s'est révélée à travers l'impossibilité de réviser les commandes de vaccins en fonction de l'évolution du schéma vaccinal, le transfert à l'Etat de certaines responsabilités incombant aux producteurs de vaccins et l'absence de maîtrise des approvisionnements, dont la prévisibilité et la régularité insuffisantes auraient pu avoir des conséquences importantes.

Votre rapporteur spécial, qui avait déjà mis en évidence certaines faiblesses du dispositif de gestion des crises sanitaires dans le cadre de sa mission de contrôle sur l'EPRUS<sup>1</sup>, insiste sur **la nécessité de tirer rapidement les leçons de cette première mise en application du plan national « Pandémie grippale »**.

## 2. Un laborieux retour à des dotations ordinaires

Si la forte révision à la baisse des dépenses liées à la campagne de vaccination est appréciable du point de vue de la santé publique – puisqu'elle traduit une « pandémie » de moindre ampleur – et du point de vue des finances publiques, elle n'en entraîne pas moins de nouvelles difficultés de suivi des crédits destinés à la gestion des risques sanitaires : la résiliation d'une partie des commandes conduit en effet à « **une remise à zéro des compteurs** », qu'il s'agisse des dotations pour 2010 et 2011 de l'EPRUS ou de la contribution exceptionnelle des complémentaires santé aux dépenses liées à la grippe A. Sur ce dernier point, le projet de loi de financement pour 2011 propose de revoir à la baisse le taux de cette contribution de 0,77 % à 0,34 %.

### *a) Une parité de financement appréciée sur trois exercices*

S'agissant des ressources de l'EPRUS, votre rapporteur spécial rappelle qu'en application de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, les ressources de l'EPRUS sont constituées d'une subvention de l'Etat et d'une contribution des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, ainsi que, plus marginalement, des produits des ventes et des placements de trésorerie, ou le cas échéant, de taxes ou de redevances affectées à l'établissement.

Il est précisé que la contribution des régimes d'assurance maladie ne peut excéder 50 % des dépenses de l'établissement au titre de ses missions dont l'objet est « *d'acquérir, de fabriquer, d'importer, de distribuer et d'exporter des produits et des services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves* », ainsi que « *de financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs* ». Il s'agit, pour

---

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 388 (2008-2009).

l'essentiel, des dépenses pharmaceutiques. Les autres dépenses de l'EPRUS – gestion administrative et financière de la réserve sanitaire – sont à la seule charge de l'Etat.

L'article L. 3135-4 du code de la santé publique précise que « *le respect de ce plafond est apprécié sur trois exercices consécutifs* ».

Cet automne constitue donc le **moment charnière entre, d'une part, la clôture du premier triennal et, d'autre part, l'ouverture du deuxième.**

*b) La clôture du premier « triennal » (2007-2009)*

Selon les données du ministère de la santé transmises à votre rapporteur spécial, **les dépenses auxquelles l'assurance maladie et l'Etat doivent contribuer à parité** sur les exercices 2007 à 2009 se sont élevées à **473 339 018 millions d'euros**, ce qui plafonne leur contribution respective à 236 669 509 euros.

Or les dotations des régimes d'assurance maladie prévues sur la même période ont atteint 568 300 000 d'euros au total. **Le plafond mentionné à l'article L. 3135-4 du code de la santé publique a donc été dépassé de 331 630 491 euros.**

**Recettes de l'EPRUS 2007-2009**

*(en millions d'euros)*

	<b>Dotation Etat</b>	<b>Dotation Assurance maladie</b>	<b>Total</b>
2007	66,0	175,0	241,0
2008	60,4	55,0	115,4
2009	452,9	338,3	791,2
Total	579,3	568,3	1 147,6

*Source : Cour des comptes, rapport sur les comptes et la gestion de l'EPRUS*

C'est pourquoi, l'article 6 du projet de loi de financement pour 2011, qui vient d'être examiné au Sénat, a proposé **la restitution par l'EPRUS, au titre des exercices 2007 à 2009, de 331 630 491 euros à l'assurance maladie.** Il est à noter que, pour ce triennal, la contribution de l'assurance maladie a ainsi été fixée à son montant maximal (50 % des dépenses).

Du côté de la subvention de l'Etat, la loi de règlement pour 2009 avait, quant à elle, prévu **l'annulation de 100 millions d'euros** compte tenu des dépenses moindres qu'escompté de l'EPRUS.

*c) L'ouverture du deuxième « triennal » (2010-2012)*

S'agissant du deuxième triennal qui s'ouvre en 2010 (2010-2011-2012), les données du ministère de la santé transmises à votre rapporteur spécial indiquent que **la programmation prévisionnelle en produits de santé s'élèvera à 426,4 millions d'euros** dont deux opérations doivent être prises en charge à 100 % par l'Etat :

- le reliquat d'acquisitions de masques dits « ministériels » en 2010 pour 7,7 millions d'euros ;

- les nouveaux dons de vaccins à l'OMS pour 17,5 millions d'euros.

Au total, **les dépenses devant être financées à parité sur la période 2010-2012 représenteront un montant de 401,2 millions d'euros, soit 200,6 millions d'euros respectivement pour les régimes obligatoires d'assurance maladie et l'Etat.**

#### Programmation prévisionnelle des dépenses de l'EPRUS 2010-2012

(en millions d'euros)

Type de dépenses	Financement	2010	2011	2012	Total
Epidémiologie	Parité	7,5	5,6	2,6	15,7
NRBC	Parité	17,1	8,8	11,0	36,9
Pandémie	Parité	238,2	58,9	9,8	306,9
Logistique	Parité	7,5	30,9	3,4	41,7
<b>Total</b>	<b>Parité</b>	<b>270,4</b>	<b>104,1</b>	<b>26,7</b>	<b>401,2</b>

Source : ministère de la santé et des sports

Compte tenu des reports de crédits sur 2011 dont bénéficiera l'EPRUS, **la dotation de l'assurance maladie à l'établissement est fixée initialement en 2011 à 20 millions d'euros<sup>1</sup> et la subvention de l'Etat à 18,8 millions d'euros.**

Si votre rapporteur spécial accueille favorablement ce retour à des niveaux plus « habituels » de dotations, il s'interroge sur **l'importance des dépenses prévisionnelles sur le nouveau triennal 2010-2012** (401 millions d'euros) alors que le premier triennal représentait déjà 473 millions d'euros. Si certaines dépenses liées à la grippe A(H1N1)v ont pu être reportées sur 2010, la réduction de 54 % du coût des vaccins, principal poste de dépenses financées à parité, aurait dû entraîner de moindres dépenses.

Surtout, si ces dépenses recouvrent des renouvellements de stocks de produits de santé ayant dépassé leur date de validité, votre rapporteur spécial attire l'attention sur **la nécessité d'avancer rapidement sur la délicate question de la gestion de la péremption de ces produits.** A défaut, les mêmes difficultés que celles rencontrées précédemment, lors de la constitution des stocks de produits après la découverte des premiers cas de « grippe aviaire, » se reproduiront. **Il souhaite que l'examen de la présente mission en séance publique soit l'occasion pour le Gouvernement d'apporter des précisions sur ce point.**

---

<sup>1</sup> Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Sénat a adopté un amendement tendant à supprimer la dotation de l'assurance maladie à l'EPRUS pour 2011.

## ***B. LA MISE EN PLACE DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ EN ANNÉE PLEINE***

La nouvelle **action 18** « Projets régionaux de santé » regroupe, quant à elle, la **dotation globale allouée aux ARS** au titre de leurs dépenses d'intervention relevant de la prévention et de la sécurité sanitaire, soit 189,36 millions d'euros en 2011.

### **1. 2011, première année de plein exercice pour les ARS**

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a prévu la création des agences régionales de santé (ARS). Celles-ci sont destinées à renforcer l'efficacité du système de santé en regroupant, au niveau de chaque région, l'ensemble des compétences nécessaires à la coordination des différentes composantes de la politique de santé.

**Les compétences des ARS** sont ainsi plus larges que celles des anciennes agences régionales de l'hospitalisation (ARH) puisqu'elles **regroupent la gestion du système de soins, la veille et la sécurité sanitaires, la prévention, la gestion du risque et le secteur médico-social**. La transversalité de leurs missions a pour but de décloisonner les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

**Les ARS ont ainsi vocation à regrouper sept entités pré-existantes** : les directions départementales (DDASS) et régionales (DRASS) des affaires sanitaires et sociales, pour l'Etat ; l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), pour l'assurance maladie ; enfin, au titre des organismes communs à l'Etat et à l'assurance maladie, les ARH, les missions régionales de santé (MRS) et les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

La loi HPST avait prévu que la création effective des ARS devait intervenir **au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2010**. Or, dès l'automne 2009, les 36 « préfigurateurs » des ARS ont été nommés en conseil des ministres et la mise en place des agences a été effective dès le mois d'avril 2010. **L'année 2011 constitue donc la première année de plein exercice pour les ARS.**

### **2. Les implications budgétaires pour la mission « Santé »**

L'article 118 de la loi HPST prévoit que **les ressources** des agences sont constituées par :

« 1° **Une subvention de l'Etat** ;

« 2° **Des contributions des régimes d'assurance maladie** ;

« 3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ;

« 4° Des ressources propres, dons et legs ;

« 5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics ».

La question de la dotation versée par l'assurance maladie aux ARS ayant fait l'objet d'une analyse détaillée dans le cadre du PLFSS pour 2011, votre rapporteur spécial renvoie sur ce point à son analyse présentée au sein de son rapport pour avis sur ce projet de loi<sup>1</sup>.

S'agissant de la subvention versée par l'Etat, la mise en place des ARS s'est accompagnée, comme cela a été développé précédemment, **d'évolutions dans la construction budgétaire des programmes de la mission « Santé »**, en particulier le programme 204.

- Tout d'abord, l'ensemble des **moyens de fonctionnement des vingt-six agences** ont été regroupés dans le programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ». Ce regroupement permet d'abonder les agences sous la forme d'une subvention globale à partir des crédits des anciennes directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales. Cette subvention s'élève pour 2011 à **552 millions d'euros**, contre 519 millions d'euros en 2010.

- Cette subvention de fonctionnement ne comprend cependant pas **les crédits d'intervention** qui sont délégués globalement et en cours d'année aux ARS à partir du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire offre de soin » de la mission « Santé ». Pour 2011, le montant global des crédits inscrits sur cette action s'élève **189,36 millions d'euros**, contre 189,03 millions d'euros en 2010.

### **3. Un levier d'efficience à ne pas manquer et un suivi des crédits à améliorer**

Votre rapporteur spécial approuve la mise en place des ARS qui constitue une **réforme majeure du pilotage territorial des politiques de santé**.

S'il peut comprendre que la montée en puissance des ARS nécessitera quelques années d'ajustements ou de stabilisation des crédits budgétaires qui leur sont destinés, il souhaite néanmoins qu'une fois cette étape passée, **tout soit mis en œuvre pour optimiser les dépenses de l'Etat et de l'assurance maladie au sein de ces structures afin que des économies rapides puissent être réalisées**.

---

<sup>1</sup> Rapport pour avis n° 90 (2010-2011)).

**Votre rapporteur spécial sera, à cet égard, particulièrement attentif à l'évolution des effectifs des ARS.** Selon les données transmises par le secrétariat général des ministères sociaux, la taille des agences devrait en effet varier entre 80 à 100 ETP en Guyane et 1 350 à 1 000 ETP en Ile-de-France. D'aucuns ont pu souligner que les ARH avaient pâti d'être des structures trop légères. Il convient de veiller à ce que les ARS n'encourent pas le reproche inverse. **Une comparaison des effectifs moyens des ARS, rapportés à la taille de chacune des régions dans lesquelles elles sont implantées, laisse entrevoir des marges d'efficience potentielles.**

#### Taille moyenne des agences régionales de santé

Groupe de régions	Régions concernées	Effectifs moyens*	Taille moyenne du groupe de régions **
1	Ile-de-France	1 400	11,7
2	Rhône-Alpes – PACA – Nord-Pas-de-Calais	700	4,9
3	Aquitaine – Bretagne – Centre – Midi-Pyrénées – Languedoc-Roussillon – Lorraine – Pays-de-la-Loire	400	2,7
4	Alsace – Auvergne – Bourgogne – Champagne-Ardenne – Franche-Comté – Limousin – Basse-Normandie – Haute-Normandie – Picardie – Poitou- Charentes	250	1,5
5	Corse, Guadeloupe, Guyane, Martinique, la Réunion	150	0,5

\* en ETP

\*\* En millions d'habitants

Source : commission des finances, d'après les données du secrétariat général des ministères sociaux

**Votre rapporteur spécial insiste ensuite sur la nécessité de renforcer l'information sur les crédits destinés aux ARS.** Il a bien noté que la globalisation des crédits d'intervention des agences – auparavant dispersés entre les différentes actions du programme 204 – est la contrepartie de l'autonomie accordée à ces structures qui sont libres de définir les dispositifs qu'elles financent.

Il apparaît néanmoins indispensable à votre rapporteur spécial de disposer :

1) **en amont, au moment de l'examen du projet de loi de finances initiale, d'une information consolidée sur les crédits destinés aux ARS** (dotation de l'assurance maladie, dotation de l'Etat à travers la mission « Solidarité » et la mission « Santé »), **ainsi que sur les éléments ayant conduit à la fixation de ces montants pour l'année N+1.** Or ni la justification au premier euro, ni les réponses au questionnaire budgétaire de votre rapporteur spécial, ni l'annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale ne permettent d'apprécier le montant affecté aux agences pour 2011 ;

2) en aval, au moment de l'examen du projet de loi de règlement, d'un suivi de la consommation des crédits d'intervention des ARS par grand axe de santé publique.

### **C. UNE FORTE AUGMENTATION DES CRÉDITS DESTINÉS À LA MODERNISATION DE L'OFFRE DE SOINS**

La nouvelle **action 19** « Modernisation de l'offre de soins », reliquat de l'ancien programme 171 « Offre de soins et qualité du système de soins », regroupe, d'une part, les crédits destinés à la **formation médicale** et, d'autre part, les subventions versées au **Centre national de gestion (CNG)**, à l'**Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** et la dotation destinée à la **Haute autorité de santé (HAS)**. Les crédits inscrits sur l'action 19 s'élèvent, pour 2011, à **143,45 millions d'euros** en AE et en CP.

#### **1. Une revalorisation des crédits destinés à la formation médicale initiale**

Une partie très significative (environ 90 %) des crédits de l'action 19 est consacrée à la formation médicale, ce qui passe par le financement de trois dispositifs.

##### *a) Un versement de 2 millions d'euros prévu au titre de la formation médicale continue*

Une dotation de **2 millions d'euros** est, tout d'abord, prévue au profit du **nouveau dispositif de développement professionnel continu (DPC)** introduit par la loi HPST.

Auparavant, le financement de la formation médicale continue (FMC) prenait la forme d'une dotation versée au Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) qui gérait les ressources des conseils nationaux de formation médicale continue (locaux, personnels, indemnisation des membres des conseils, le cas échéant).

La dotation consacrée à la formation médicale continue est en **diminution d'un million d'euros par rapport à 2010 et de 1,6 million d'euros par rapport à 2009, ce que votre rapporteur spécial accueille favorablement**. On rappellera en effet que, lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2009, **il avait déposé un amendement de réduction des crédits prévus à ce titre, à hauteur d'un million d'euros**, afin de tenir compte de l'évolution du dispositif de FMC proposé dans le cadre du projet de loi HPST.

L'exposé des motifs de l'article 19 de ce projet de loi précisait en effet que la réforme proposée « *visait d'une part, dans le souci de mieux garantir la qualité des prises en charge, à recentrer l'obligation de FMC sur l'évaluation des pratiques et d'autre part, à simplifier et rationaliser les*

*circuits de gestion administrative et le financement de la FMC, afin de garantir notamment la bonne mise en œuvre de son volet évaluatif». Il indiquait, par ailleurs, que « les financements de l'Etat et de l'assurance maladie seront regroupés dans un fonds unique afin de garantir une allocation des ressources publiques conforme aux priorités établies par les conseils nationaux ».*

La ministre de la santé et des sports, alors Roselyne Bachelot-Narquin, avait confirmé, lors de l'examen de la mission « Santé » devant le Sénat<sup>1</sup>, la volonté du Gouvernement de réformer le dispositif de FMC, tout en précisant que l'année 2009 constituait une année de transition qui justifiait le maintien des crédits prévus à ce titre à hauteur de 3,6 millions d'euros. **Votre rapporteur spécial se réjouit que, pour 2011, des conséquences aient pu être tirées de la loi HPST dans la programmation budgétaire des crédits destinés à la FMC.**

*b) Une subvention de 6,1 millions d'euros prévue pour « l'année recherche »*

Les crédits prévus pour le financement de « l'année recherche » constituent le deuxième poste de dépenses en vue de la formation médicale. Ils s'élèvent à **6,1 millions d'euros en 2011, comme en 2010.**

Cette « année recherche » permet aux étudiants les mieux classés de l'internat d'effectuer une année de recherche médicale ou biomédicale financée par l'Etat dans le cadre d'un master. Le nombre d'internes pouvant en bénéficier est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de l'éducation nationale et du budget. Les crédits alloués pour 2011 devraient permettre de financer 180 postes.

*c) Les crédits consacrés à la formation médicale des internes (115,3 millions d'euros) en forte hausse pour la troisième année consécutive*

(1) Des sous-budgétisations qui avaient entraîné la formation de dettes

La troisième dépense – et de loin la plus importante d'un point de vue budgétaire – est celle de la **formation médicale initiale des internes**. Elle correspond à la rémunération des internes de spécialité durant les stages que ceux-ci peuvent effectuer dans des organismes extrahospitaliers ou dans des cabinets libéraux, ainsi qu'aux indemnités de maîtres de stages perçues par les praticiens libéraux.

Le ministère de la santé n'a guère de latitude dans la gestion de ces crédits : sa seule marge de manœuvre éventuelle est la gestion des reports d'une année sur l'autre des remboursements, en cas d'insuffisance trop

---

<sup>1</sup> Séance publique du 28 novembre 2008 dont le compte rendu intégral est disponible sur le site internet du Sénat.

importante des moyens pour être comblée par redéploiement au sein du programme sur une seule année budgétaire.

Or, au cours des exercices passés, les crédits consommés se sont parfois révélés supérieurs aux prévisions. A cet égard, le rapport sur l'exercice 2007 du contrôleur budgétaire et comptable ministériel (CBCM) relevait que « *l'exécution continue [...] d'être soumise aux aléas de l'insoutenabilité chronique de certaines dépenses, comme celles relatives à [...] la formation médicale. Cette insoutenabilité est à mettre en relation avec les difficultés que rencontre le ministère pour apporter une justification solidement argumentée sur les besoins exprimés lors des travaux de budgétisation* ».

Les données transmises à votre rapporteur spécial lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2008 faisaient apparaître une insuffisance de financement cumulée, au titre de la formation médicale, de 17,3 millions d'euros.

- (2) Une réévaluation des crédits annoncée devant votre commission des finances en juillet 2008 qui se concrétise pour la troisième année consécutive

Interrogée sur ce point par le président Jean Arthuis, lors de l'audition relative à l'exécution 2007<sup>1</sup>, la ministre de la santé et des sports, alors Roselyne Bachelot-Narquin, avait précisé que des efforts importants avaient été accomplis en 2007 pour pallier les insuffisances de crédits affectant, en particulier, les stages extrahospitaliers. Elle avait ajouté que de nouveaux abondements en gestion étaient envisagés afin de résorber **la dette, qui devait s'établir à 7 millions d'euros à la fin de l'année 2008**. Par ailleurs, elle avait annoncé que, **de 2008 à 2011, les crédits consacrés à la formation devraient passer de 67 à 122 millions d'euros, afin de revaloriser la filière de médecine générale et d'ouvrir de nouveaux stages de formation des médecins**.

**Cette annonce se concrétise, pour la troisième année consécutive, dans le présent projet de loi de finances, puisque 115,3 millions d'euros sont prévus au titre de la formation médicale initiale des internes**, contre 94,84 en 2010, 76,48 millions d'euros en 2009 et 59,65 millions d'euros en 2008.

Votre rapporteur spécial **approuve cet effort mais souhaite avoir connaissance du montant exact de la dette demeurant à ce jour**. En effet, les réponses au questionnaire budgétaire de votre rapporteur spécial ne sont pas claires à ce sujet.

---

<sup>1</sup> Audition du 2 juillet 2008, dont le compte rendu est disponible sur le site internet du Sénat.

## 2. La situation financière de la Haute autorité de santé (HAS)

Une subvention de **8,5 millions d'euros** est également prévue, dans le cadre de l'action 19, au profit de la **Haute autorité de santé (HAS)**.

On rappellera que cette **dotation a beaucoup fluctué** les années passées, pour tenir compte du fonds de roulement de cette agence. Elle s'est ainsi élevée à 6,1 millions d'euros en 2006, un million en 2007, 2,5 millions en 2008, 8,9 millions en 2009 et 9 millions en 2010 (6,88 millions inscrits en PLF 2010 + 2,12 millions d'euros en gestion). Le tableau qui suit retrace l'évolution de la situation budgétaire de la HAS.

### Evolution de la situation budgétaire de la Haute autorité de santé

(en euros)

	2006	2007	2008	2009	2010
Subventions de l'Etat	6 111 534	958 402	2 533 386	8 850 160	9 000 000
Dotation de l'assurance maladie	19 299 580	2 000 000	5 066 771	18 826 320	18 000 000
Fraction de 10 % de la taxe sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques	20 700 000	20 179 910	17 600 000	15 000 000	17 330 216
Fraction de 15 % de la taxe sur les dispositifs médicaux	0	0	0	0	11 500 000
Redevances des industriels	4 466 025	3 598 350	3 005 745	3 485 420	3 000 000
Contribution des établissements de santé pour la certification	9 477 590	9 537 600	8 897 047	9 982 600	10 769 000
Divers (produits financiers et ressources affectées)	1 163 930	2 042 033	2 201 434	1 547 903	1 476 176
<b>Total des ressources</b>	<b>61 218 659</b>	<b>38 316 295</b>	<b>39 304 383</b>	<b>57 692 403</b>	<b>71 075 392</b>

Source : réponse au questionnaire budgétaire de votre rapporteur spécial

Pour pallier les difficultés budgétaires rencontrées par la HAS, qui voit notamment diminuer le rendement de la fraction de la taxe sur la promotion des médicaments qui lui est affectée, l'article 12 de la loi de financement pour 2010 avait prévu l'augmentation du taux de la taxe sur la promotion des dispositifs médicaux de 10 % à 15 % et l'affectation à la HAS de 44 % de son produit.

#### **Votre rapporteur spécial s'était alors interrogé sur l'opportunité d'un tel dispositif :**

- d'une part, affecter une fraction du produit de la taxe sur les dispositifs médicaux à la HAS, alors que la Haute autorité rend des recommandations sur les dispositifs médicaux, soulève **la question de l'indépendance de l'agence**. Votre rapporteur spécial relevait à cet égard le poids déjà important des ressources fiscales dans les recettes globales de la HAS (35,6 % en 2010) ;

- d'autre part, il regrettait **cette « mesure de bouclage » calibrée au plus près pour pallier les difficultés budgétaires rencontrées par la HAS.** Rejoignant les observations qu'il avait eu l'occasion de formuler s'agissant de la taxation de l'industrie du médicament<sup>1</sup>, il indiquait que ces réaménagements de taxes, pour un rendement minime, nuisaient à la lisibilité de la politique fiscale en ce domaine. Une augmentation de la dotation versée par l'Etat ou l'assurance maladie à la HAS aurait sans doute été préférable.

**Il note que l'affectation de cette nouvelle taxe n'a pas suffi à stabiliser la dotation versée par l'Etat en 2010 qui a dû être augmentée en gestion de 2,12 millions d'euros.**

### **3. Les autres points importants de l'action 19**

L'action 19 comprend également **8,69 millions d'euros de subventions pour charge de service public versées :**

- d'une part, **à l'Agence technique de l'information et de l'hospitalisation (ATIH) pour 3,59 millions d'euros**, contre 3,34 millions d'euros en 2010, soit une très légère augmentation. L'ATIH recevra également une contribution de la sécurité sociale à hauteur de 7,15 millions d'euros. Cette légère augmentation des moyens de l'ATIH s'explique par l'accroissement progressif des missions de l'agence qui a nécessité un renforcement de ses effectifs (extension des études nationales de coûts aux champs de l'hospitalisation à domicile et des soins de suite et de réadaptation (SSR), préparation d'une expérimentation de la tarification à l'activité des SSR, conception de logiciels informatiques pour les établissements de santé) ;

- d'autre part, **au centre national de gestion (5,1 millions d'euros, comme en 2009 et en 2010)**, chargé de gérer la carrière de médecins hospitaliers et de directeurs d'hôpitaux, ainsi que d'autres personnels de catégorie A de la fonction publique hospitalière. Le CNG recevra également une dotation de l'assurance maladie et une contribution des établissements de santé qui devraient ainsi porter le budget global du CNG à 53,5 millions d'euros, soit une augmentation de 4,5 millions d'euros par rapport à 2010. **Cet accroissement est cohérent avec les nouvelles attributions qui lui ont été confiées par la loi HPST :** la prise en charge des dépenses afférentes au remboursement des professionnels en surnombre, la gestion statutaire et le développement des ressources humaines des directeurs de soins, la rémunération des personnels de direction bénéficiant d'un congé spécial et le versement de l'allocation de service public exclusif.

---

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 427 (2007-2008).

#### **D. DES OPÉRATEURS FORTEMENT TOUCHÉS PAR LES OBJECTIFS D'ÉCONOMIES DU GOUVERNEMENT**

Comme l'a déjà rappelé votre rapporteur spécial, les opérateurs du programme 204 sont quasiment tous, notamment l'AFSSAPS, **concernés par les objectifs du Gouvernement de réduction des effectifs et des moyens de fonctionnement.**

##### **1. Une réduction importante des subventions versées à certains opérateurs**

Comme le montre le tableau suivant, le montant total des subventions pour charges de service public versées aux opérateurs de la mission diminue de **36 millions d'euros** sur la période 2010-2011, soit une réduction de près de 14 %.

Si la contraction est particulièrement forte entre 2010 et 2011, le montant global des dotations destinées aux opérateurs devrait se stabiliser sur le reste du triennal (2012-2013), selon les données du ministère de la santé.

##### **Evolution des subventions versées aux opérateurs du programme 204 entre 2010 et 2011**

*(en milliers d'euros)*

	PLF 2010		PLF 2011	
	AE	CP	AE	CP
<b>ABM</b>	13 518	13 518	13 000	13 000
<b>ANSES</b>	13 000	13 000	13 700	13 700
<b>AFSSAPS</b>	10 061	10 061	0	0
<b>EHESP</b>	12 354	12 354	11 200	11 200
<b>EPRUS</b>	43 200	59 200	18 800	18 800
<b>INCa</b>	40 700	40 700	59 000	59 000
<b>INPES</b>	34 242	34 242	30 000	30 000
<b>INVS</b>	56 522	56 522	55 500	55 500
<b>HAS</b>	6 230	6 230	8 500	8 500
<b>CNG</b>	5 180	5 180	5 104	5 104
<b>ATIH</b>	3 420	3 420	3 588	3 588
<b>Total</b>	<b>238 427</b>	<b>254 427</b>	<b>218 392</b>	<b>218 392</b>

*Source : projet annuel de performances pour 2011 de la mission « Santé »*

**De façon générale, votre rapporteur spécial est favorable à ces mesures.** En effet, il avait, à de nombreuses reprises, attiré l'attention sur l'augmentation peu maîtrisée des moyens et des effectifs dédiés aux opérateurs du ministère de la santé.

Plus spécifiquement, il souhaite souligner deux points :

- **Il accueille, en premier lieu, favorablement la quasi-stabilisation des crédits de la nouvelle agence ANSES.** En effet, lors de

l'examen du projet de loi de finances pour 2010, il avait regretté que la fusion de l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), mesure préconisée par la révision générale des politiques publiques (RGPP), se soit réalisée à moyens et à effectifs croissants. **Si votre rapporteur spécial comprenait qu'il était difficile, la première année, de prévoir une réduction des crédits destinés aux deux agences, il considérerait néanmoins qu'à terme, il n'était pas compréhensible que ce type de rapprochement ne permette pas une optimisation des moyens consacrés aux fonctions support de ces agences.** La mutualisation des achats publics, ainsi que celle des fonctions budgétaires, financières et de gestion des ressources humaines, constitue en effet un levier puissant d'économies qui ne doit pas être sous-estimé.

• **Votre rapporteur spécial est, en revanche, dubitatif quant à la suppression pour 2011, 2012 et 2013 de la subvention pour charge de service public versée à l'AFSSAPS.** Le projet annuel de performances de la mission « Santé » précise que le montant prévisionnel des taxes et redevances de l'agence (qui devraient représenter plus de 90 % des ressources de l'AFSSAPS en 2010), ainsi que le niveau du fonds de roulement de l'agence conduisent l'Etat à ne pas verser de subvention à l'agence pour les trois prochaines années. Outre qu'il convient de s'assurer que cette décision **ne remette pas en cause la capacité de l'agence à remplir ses missions**, votre rapporteur spécial s'interroge sur le message négatif qu'une telle mesure pourrait entraîner : une agence de sécurité sanitaire, chargée notamment de délivrer des autorisations de mise sur le marché de produits de santé, serait désormais **en quasi totalité financée par des taxes affectées** issues du secteur de l'industrie du médicament.

## **2. Une réduction de 15 ETP du plafond d'emplois**

Du côté des emplois, les opérateurs sont également touchés par les objectifs de réduction des effectifs : **le plafond global des emplois est réduit de 15 équivalents temps plein (ETP) en 2011.** Cette mesure concerne tous les opérateurs, à l'exception de l'ATIH, du CNG et de l'EHESP.

### Emplois des opérateurs de la mission (2010-2011)\*

(équivalents temps plein)

	Réalisation 2009	Prévision 2010	Prévision 2011
<b>ABM</b>	257	270	267
<b>ADALIS</b>	53	45	42
<b>AFSSAPS</b>	979	991	978
<b>ATIH</b>	96	104	109
<b>CNG</b>	105	115	120
<b>EHESP</b>	356	357	364
<b>EPRUS</b>	35	35	35
<b>INCa</b>	159	165	160
<b>INPES</b>	143	148	146
<b>INVS</b>	422	433	427
<b>Total</b>	<b>2 605</b>	<b>2 663</b>	<b>2 648</b>

\*Sous plafond

Source : projet annuel de performances pour 2011 de la mission « Santé »

### 3. Une exception notable, l'INCa

Un opérateur de la mission « Santé » échappe, en revanche, aux réductions d'effectifs et de moyens de fonctionnement, l'INCa. Cette agence enregistre, au contraire, une forte progression de sa subvention pour charge de service public : **celle-ci passe entre 2010 et 2011 de 40,7 millions à 59 millions d'euros**. Cette forte augmentation s'explique par la volonté du Gouvernement de faire de cet opérateur le « pivot » de la mise en œuvre du deuxième plan Cancer.

#### Le plan cancer II (2009-2013)

Le plan cancer 2009-2013, rendu public par le Président de la République le 2 novembre 2009, est la déclinaison opérationnelle du rapport du Professeur Jean-Pierre Grünfeld en février 2009 : « Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 ».

Il s'inscrit dans la continuité du plan précédent, mais s'engage également sur des voies nouvelles, en particulier pour faire face à trois nouveaux défis qui correspondent aux trois thèmes transversaux et prioritaires du plan :

- une meilleure prise en compte des inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers ;
- l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
- le renforcement du rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

Construit autour de cinq axes (Recherche, Observation, Prévention-Dépistage, Soins, Vivre pendant et après le cancer), le nouveau plan comprend trente mesures qui correspondent à 118 actions concrètes. Six mesures parmi les trente ont été identifiées comme « phare ».

Le coût total des mesures du plan cancer est supporté à hauteur de 35 % par l'Etat.

**Ventilation des crédits par catégories de financeurs**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2009-2013</b>	
Etat	107,2	126,5	153,6	149,6	154,1	691	35 %
Assurance maladie	135,4	187,7	277,3	317,6	336,6	1 255	65 %
<b>Total</b>	<b>242,6</b>	<b>314,2</b>	<b>430,9</b>	<b>467,2</b>	<b>490,7</b>	<b>1 946</b>	<b>100 %</b>

Source : annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

**Votre rapporteur spécial accueille favorablement le choix du Gouvernement de faire de la lutte contre le cancer une priorité nationale. Il sera néanmoins attentif au suivi des crédits destinés à l'INCa et plus largement à la lutte contre le cancer.** Il rappelle en effet que le premier plan Cancer (2003-2007) avait fait l'objet de plusieurs critiques tant de la part du Haut conseil de la santé publique (HCSP), de la Cour des comptes que de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Tout en reconnaissant que le plan cancer représentait un cadre cohérent dans la lutte contre le cancer, **ces travaux soulignaient les difficultés rencontrées par la mise en œuvre des mesures énoncées dans le plan.**

Du point de vue du HCSP<sup>1</sup>, le bilan était « *positif mais contrasté* » : « **un tiers seulement des 70 mesures du Plan cancer auraient été pleinement réalisées** ». Un des échecs du premier plan proviendrait du **manque de dispositifs de suivi ou d'évaluation.**

Lors de la présentation du rapport public annuel de 2009, le premier Président de la Cour des comptes s'était également montré sévère à l'égard du plan cancer et plus particulièrement de l'INCa, soulignant que « *Dans le domaine sanitaire, l'Etat a de plus en plus recours à des opérateurs. Nous en avons réexaminé deux cette année : le GIP chargé du dossier médical personnel et l'INCa. Dans les deux cas, la tutelle n'a pas joué correctement son rôle et l'intendance n'a pas été à la hauteur des ambitions affichées. Ceci pourrait être d'autant plus préjudiciable au Plan cancer que l'INCa est considéré comme sa mesure phare. Pour le DMP, tout cela aura conduit à un échec cuisant* ». Dans un rapport thématique de juin 2008<sup>2</sup>, la Cour avait également souligné la mise en œuvre parcellaire du plan cancer.

<sup>1</sup> Haut conseil de la santé publique, « *Evaluation du plan cancer, rapport final* », janvier 2009.

<sup>2</sup> Cour des comptes, « *La mise en œuvre du plan cancer* », rapport public thématique (juin 2008).

### **La mise en œuvre parcellaire du plan cancer, selon la Cour des comptes**

Dans un récent rapport public thématique, la Cour des comptes relève que seul un tiers des 70 mesures du plan cancer ont été complètement réalisées, tandis qu'un autre tiers l'ont été modérément ou inégalement et le dernier tiers, peu ou pas du tout.

La Cour des comptes note que, grâce à ce plan, les crédits consacrés à la lutte contre le cancer ont crû de 4 % environ, mais précise que les dépenses effectives en matière de prévention et de dépistage n'ont pas exactement été recensées ni par le ministère, ni par l'assurance maladie, ni par l'INCa.

En outre, elle observe que les faiblesses des indicateurs et des tableaux de bord empêchent de mesurer l'apport précis du plan, même si certains progrès ont été accomplis en matière de registres et de dépistage. Elle estime également que le plan a joué un rôle significatif de catalyseur auprès des professionnels de santé ainsi que des bénévoles et que certaines mesures auront un effet structurant pour l'amélioration de la prise en charge du patient. La Cour des comptes regrette, au total, l'absence d'évaluation du plan, dispositif qui avait été prévu mais qui n'a pas été mis en œuvre.

*Source : Cour des comptes, « La mise en œuvre du plan cancer », rapport public thématique (juin 2008).*

Quant au rapport de l'IGAS publié en juin 2009<sup>1</sup>, il mettait en avant trois faiblesses principales du plan :

- la généralisation des dépistages pâtit d'**inégalités territoriales** et de **freins en termes de communication, de même qu'en termes économiques et culturels** ;
- la stratégie nationale des dépistages n'est pas toujours articulée, de façon efficiente, avec l'organisation des soins ;
- l'articulation entre l'hôpital et la médecine ambulatoire nécessite un approfondissement.

### ***E. UNE TENDANCE AU SAUPOUDRAGE***

En conclusion de l'analyse du programme 204, votre rapporteur spécial souhaite attirer l'attention sur la tendance au **saupoudrage de certains crédits de la mission** qu'il s'agisse du financement de nombreuses études, colloques ou ateliers, ou du versement de subventions à certaines associations. **La pertinence de certaines de ces mesures au regard de leur coût n'est pas aisée et leur rattachement à la mission « Santé » non évident.**

#### **1. La pertinence en question de certaines mesures au regard de leur coût**

A titre d'exemple, votre rapporteur spécial est dubitatif à l'égard des mesures suivantes :

---

<sup>1</sup> *Inspection générale des affaires sociales, « Evaluation des mesures du plan cancer 2003-2007 relatives au dépistage et à l'organisation des soins », juin 2009.*

- le soutien à l'association des épidémiologistes de langue française (ADELF), l'association pour le développement de l'épidémiologie de terrain (EPITER) et l'association épidémiologie et santé publique en ligne (50 000 euros) ;

- le « démarrage du soutien à la mobilisation de l'Institut Pasteur dans l'appui à la DGS sur les grandes menaces sanitaires intentionnelles ou non liées à des agents infectieux »<sup>1</sup> (500 000 euros). Si le but recherché paraît légitime, sa motivation gagnerait quelques éclaircissements ;

- l'exploitation des rapports annuels d'activité et de performance des centres de prévention de vaccination et de lutte contre la tuberculose dans le cadre de la recentralisation de ces activités (10 000 euros) ;

- la finalisation d'une étude confiée au laboratoire national de métrologie et d'essais relative aux marchés des appareils à rayonnements électromagnétiques pour les actes à visée esthétique (30 000 euros) ;

- la finalisation de l'étude d'évaluation, auprès des personnes se rendant en officine et des pharmaciens, de la mise à disposition des médicaments devant le comptoir des officines de pharmacie suite à la publication du décret n° 2008-641 du 30 juin 2008 (70 000 euros) ;

- le soutien et le partenariat avec l'Académie nationale de pharmacie dont la convention pour l'année 2011 vise à « identifier, parmi tous les thèmes de travail de l'Académie, ceux pour lesquels la DGS souhaite avoir une contribution et des recommandations »<sup>2</sup> ;

- le soutien et le partenariat avec « les rencontres annuelles de pharmacologie clinique de Giens ».

## **2. Un rattachement non évident à la mission de certaines dépenses**

Votre rapporteur spécial s'interroge, en outre, sur la pertinence du rattachement à la mission « Santé » des actions suivantes :

- le financement de l'expérimentation « *Housing first* » (« priorité au logement ») qui trouverait davantage sa place au sein de la mission « Ville et logement » (210 000 euros) ;

- le soutien à des associations dont la finalité vise la lutte contre les violences faites aux femmes, alors que la mission « Solidarité » comprend une action dédiée à ce sujet ;

- le financement des analyses de diagnostic/dépistage de la rage des animaux suspects ou celui de l'observatoire de la qualité de l'alimentation, dont le rattachement à la mission « Agriculture » pourrait être envisagé. Votre

---

<sup>1</sup> *Projet annuel de performances pour 2011 de la mission « Santé ».*

<sup>2</sup> *Projet annuel de performances pour 2011 de la mission « Santé ».*

rapporteur spécial note que cette mission comprend notamment un programme 206 « Sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation » (respectivement 480 000 euros et 300 000 euros).

### III. LE PROGRAMME 183 : PROTECTION MALADIE

Le programme 183 « Protection maladie » rassemble, quant à lui, **638 millions d'euros** répartis en trois actions, ainsi que le montre le tableau ci-après :

#### Récapitulation des crédits du programme par action

(en euros)

Numéro et intitulé de l'action		AE		CP	
		LFI 2010	PLF 2011	LFI 2010	PLF 2011
01	Accès à la protection maladie complémentaire	0	0	0	0
02	Aide médicale de l'Etat	535 000 000	588 000 000	535 000 000	588 000 000
03	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	50 005 000	50 000 000	50 005 000	50 000 000
P. 183	Protection maladie	585 005 000	638 000 000	585 005 000	638 000 000

Source : projet annuel de performances pour 2011 de la mission « Santé »

Ce programme ne devrait recevoir aucune contribution par voie de fonds de concours. En revanche, le schéma de déversement analytique fait apparaître une **contribution du programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »**, inscrit sur la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances », qui s'élève à **2,77 millions d'euros**.

La forte augmentation des crédits du programme en 2011 (+ 9 %) résulte intégralement de la réévaluation de la dotation destinée à l'aide médicale de l'Etat.

#### **A. LE FONDS « CMU-C » NE RECEVRA PAS DE SUBVENTION DE L'ETAT EN DÉPIT D'UNE FORTE REVALORISATION DE L'AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ**

##### **1. Une contribution des complémentaires santé qui devrait être suffisante pour équilibrer le fonds « CMU-c »**

L'**action 1** « Accès à la protection maladie complémentaire » retrace la contribution d'équilibre versée par l'Etat au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMU-c).

Celle-ci a connu **une forte baisse au cours des années passées** : 660,58 millions d'euros en 2005 ; 323,53 millions en 2006 ; 114,66 millions en 2007 et 50 millions en 2008.

**L'année 2009 a marqué une nouvelle étape dans ce processus puisqu'aucune subvention de l'Etat n'a été prévue pour alimenter le fonds de financement de la CMU-c.** Cette évolution, qui découlait des mesures prévues par l'article 12 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, était permise par la mise à contribution, à hauteur d'un milliard d'euros, des organismes complémentaires, qui versent une contribution à ce fonds. Cette question ayant fait l'objet d'une analyse détaillée dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, votre rapporteur spécial vous renvoie à son analyse présentée au sein de son rapport pour avis sur ce projet de loi<sup>1</sup>.

**Pour 2011, la dotation prévue est, comme en 2009 et 2010, nulle.** En effet, le résultat prévisionnel du fonds sera positif, comme le montre le tableau suivant :

#### **Evaluation des recettes et des dépenses du fonds CMU en 2011**

*(en millions d'euros)*

<b>Recettes</b>	<b>1 885</b>
Contribution des organismes complémentaires (OC)	1 885
Dotation de l'Etat	0
<b>Dépenses</b>	<b>1 798</b>
Remboursement aux régimes de base d'assurance maladie au titre des dépenses de CMU-C qu'ils gèrent	1 636
Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé	161
Dépenses de gestion administrative du fonds	1
<b>Solde</b>	<b>87</b>

*Source : projet annuel de performances pour 2011*

## **2. Une forte revalorisation de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé**

### *a) Des revalorisations récentes qui ont accru l'attractivité du dispositif*

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article L. 863-1 du code de la sécurité sociale) a créé, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, **un crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels, en faveur des personnes modestes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire et ce même plafond majoré de 15 %. Ce dispositif est financé par le fonds « CMU-c ».**

<sup>1</sup> Rapport pour avis n° 84 (2008-2009) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

**Couverture maladie universelle (CMU), couverture maladie universelle – complémentaire (CMU-c), aide à l'acquisition d'une complémentaire santé**

• **La CMU de base**

La CMU de base permet à toute personne résidant en France de manière stable et régulière et **qui ne peut ouvrir des droits à un autre titre de bénéficiaire des prestations en nature du régime général**. Elle est gérée par les caisses primaires d'assurance maladie. En fonction de ses revenus, l'intéressé peut être redevable d'une cotisation. La CMU de base est gratuite pour les bénéficiaires de la CMU-complémentaire ou de l'ACS.

• **La CMU-c**

La CMU-c est une **protection gratuite et complémentaire à la sécurité sociale pour les personnes disposant de faibles ressources** financières. Les prestations sont prises en charge à 100 % et sans avance des frais, sachant que les professionnels de santé doivent respecter les tarifs opposables, les dépassements d'honoraires étant interdits.

• **L'ACS**

L'ACS vise à éviter les effets de seuils créés par le dispositif de la CMU-c, en aidant financièrement ceux dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de la CMU-c à acquérir une assurance complémentaire santé de droit commun. L'aide est différenciée selon l'âge du bénéficiaire et représente environ la moitié du coût moyen des contrats aidés.

*Source : d'après les données de la CNAM et du projet de performances pour 2011 de la mission « Santé »*

La montée en charge du dispositif s'est avérée lente et difficile à ses débuts. C'est pourquoi, plusieurs mesures ont été prises afin d'en renforcer l'attractivité :

- **le montant de l'aide a dans un premier temps été substantiellement revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier 2006 ;**

- **le plafond de ressources ouvrant droit à l'ACS a ensuite été réévalué à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au niveau du plafond de la CMU complémentaire majoré de 20 %, au lieu de 15 % précédemment ;**

- la loi HPST a, quant à elle, **augmenté le montant de l'ACS pour les personnes âgées de plus de 60 ans et a créé une nouvelle tranche d'attribution pour les personnes âgées de 50 à 59 ans ;**

- la loi de finances pour 2010 a, enfin, **doublé l'aide pour les jeunes âgés de 16 à 24 ans.**

**Plafonds de ressources pour l'attribution de l'ACS applicables à compter du  
1<sup>er</sup> juillet 2010**

<b>Nombre de personnes composant le foyer</b>	<b>Plafond annuel en France métropolitaine</b>	<b>Plafond annuel dans les départements d'outre-mer</b>
1 personne	9 134 euros	10 166 euros
2 personnes	13 700 euros	15 249 euros
3 personnes	16 441 euros	18 298 euros
4 personnes	19 181 euros	21 348 euros
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 653,45 euros	+ 4 066,29 euros

Source : CNAM

**Montant de l'aide pour une complémentaire santé applicable  
à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010**

<b>Age du bénéficiaire</b>	<b>Montant de l'aide</b>
Moins de 16 ans	100 euros
De 16 à 49 ans	200 euros
De 50 à 59 ans	350 euros
60 ans et plus	500 euros

Source : CNAM

La revalorisation du plafond de ressources de l'ACS en 2007 s'est traduite par une **augmentation mécanique du nombre de bénéficiaires** du dispositif. Cette augmentation se poursuit en 2008 et en 2009, comme le montre le tableau suivant.

**Evolution du nombre de bénéficiaires de l'ACS\***

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Nombre de bénéficiaires	177 710	240 664	329 669	442 283	501 681

\* Ayant utilisé leur attestation auprès d'un organisme complémentaire.

Source : projet annuel de performances pour 2011 de la mission « Santé »

*b) Une nouvelle revalorisation des plafonds de ressources*

L'article 18 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoit une nouvelle revalorisation du dispositif en proposant de **relever le plafond de ressources de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé**. Celui-ci passera de 20 % à 26 % du plafond de ressources retenus pour la CMU-c en 2011 et de 26 % à 30 % en 2012.

Selon l'étude annexée au projet de loi de financement, le relèvement du plafond de ressources permettrait à **294 000 bénéficiaires supplémentaires** d'intégrer le dispositif d'ici 2013 pour un coût :

- pour le fonds « CMU-c », de **23 millions d'euros en 2011**, 64 millions en 2012 et 82 millions en 2013 et en 2014 ;

- **pour la CNAMTS, du fait d'un moindre report d'excédents du fonds, de 23 millions d'euros en 2012**, 64 millions en 2013 et 82 millions en 2014.

### **3. La manque de lisibilité sur la situation financière à moyen terme du fonds « CMU-c »**

Votre rapporteur spécial accueille favorablement les mesures proposées par le PLFSS pour 2011 qui vise à **étendre l'accès à la couverture complémentaire** (6 % de la population restant sans couverture complémentaire) et à **maintenir les titulaires de minima sociaux dans le dispositif d'ACS**. La revalorisation quinquennale de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) conduit en effet à la sortie du dispositif des bénéficiaires de ces minima.

Cet élargissement paraît d'autant plus justifié que **la suppression partielle de l'exonération de taxe spéciale sur les conventions d'assurance** dont bénéficient aujourd'hui les contrats solidaires et responsables (article 7 du projet de loi de finances pour 2011) **pourrait être répercutée sur le prix des contrats des complémentaires santé**.

**Votre rapporteur spécial attire néanmoins l'attention sur le manque de lisibilité sur la situation financière du fonds « CMU-c » à moyen terme**. En effet, celle-ci est assez difficile à appréhender :

- d'un côté, **les dépenses du fonds devraient s'accroître** en raison des dispositions du PLFSS pour 2011, mais également de la crise économique qui a un effet différé sur le nombre de bénéficiaires de la CMU-c et de l'ACS, ainsi qu'en raison de la montée en charge des deux revalorisations de l'ACS prévues par la loi HPST et la loi de finances pour 2010 ;

- d'un autre côté, **le rendement de la contribution des complémentaires santé au fonds « CMU-c » devrait augmenter**. En effet, l'élargissement de l'accès au dispositif d'ACS devrait faire progresser le chiffre d'affaires des organismes complémentaires par un accroissement du nombre de leurs souscripteurs. Leur contribution au Fonds « CMU-c » étant assise sur leur chiffre d'affaires, les mesures proposées dans le cadre du projet de loi de financement devraient dynamiser cette recette.

Il est à noter que l'Assemblée nationale a adopté un dispositif tendant à transformer la contribution CMU acquittée par les organismes complémentaires d'assurance santé en une taxe assise sur les cotisations payées par les assurés ayant souscrit un contrat d'assurance santé complémentaire. Cette mesure est neutre pour les ressources du fonds (cf. article 86 *septies* rattaché à la présente mission).

## ***B. UNE RÉÉVALUATION BIENVENUE DE LA DOTATION DESTINÉE À L'AIDE MÉDICALE DE L'ETAT***

### **1. Un effort d'assainissement mené depuis 2008**

Les crédits destinés à assurer le financement de l'aide médicale de l'Etat (AME), qui ont longtemps été sous-évalués, ont connu une **revalorisation importante depuis 2008** : ces crédits ont ainsi été portés de 233,48 millions d'euros en 2007 à 413 millions d'euros en 2008, à 490 millions en 2009 et à 535 millions en 2010.

D'autre part, **les dettes dues au financement de l'aide médicale de l'Etat** ont été progressivement apurées.

Ainsi, ces dettes, qui représentaient 920 millions d'euros au 31 décembre 2006, **ont été remboursées aux organismes de sécurité sociale en octobre 2007**.

Une dette s'est néanmoins reconstituée à hauteur de 264 millions d'euros en 2007, pour s'élever à 278 millions d'euros à la fin de l'année 2008. Malgré la forte augmentation des dépenses d'AME de droit commun en 2009 (+ 13,3%), l'augmentation de la dotation initiale 2009 (+ 77 millions d'euros), les redéploiements internes au programme 183 (10 millions d'euros) et l'ouverture de crédits supplémentaires en loi de finances rectificative pour 2009 (378 millions d'euros) ont permis de **couvrir la totalité des dépenses de 2009** (540 millions d'euros) **et d'apurer la dette enregistrée à fin de l'année 2008** (278 millions d'euros). Un trop versé a même été enregistré en fin d'exercice.

### **2. Une nouvelle revalorisation en 2011**

Compte tenu de l'analyse qui précède, on ne peut donc que se féliciter que les crédits prévus pour 2011 fassent l'objet d'une nouvelle réévaluation significative, puisque **53 millions d'euros supplémentaires** sont inscrits, à ce titre, sur ce programme.

**Le montant de 588 millions d'euros prévu pour 2011 se décompose en :**

- 8 millions d'euros pour l'aide médicale humanitaire et les évacuations sanitaires de l'hôpital de Mayotte (soit une diminution de 6 millions d'euros par rapport à 2010) ;

- 40 millions d'euros pour les soins urgents (soit le même montant qu'en 2010) ;

- enfin, **540 millions d'euros pour le financement de l'AME de droit commun, soit 59 millions d'euros de plus que l'an passé**. Le projet annuel de performances précise que ce montant a été arrêté en retenant le

montant de dépenses constatées de 2009 (540 millions d'euros) et une stabilisation tendancielle de la dépense entre 2010 et 2011.

Au total, **la réévaluation de la dotation prévue pour 2011 devrait certainement limiter la formation de nouvelles dettes, mais on ne peut affirmer, compte tenu des précédents des années passées, qu'elle suffira à couvrir les besoins**. Votre rapporteur spécial note ainsi que le projet de loi de finances rectificative pour 2010 prévoit l'ouverture de crédits supplémentaires à ce titre à hauteur de 98 millions d'euros.

### **3. Une forte augmentation des dépenses d'AME qui a conduit à la mise en place d'une nouvelle mission d'audit**

Alors que jusqu'ici, les dépenses d'AME de droit commun progressaient sur un rythme comparable à celui des dépenses d'assurance maladie, **une forte augmentation de ces dépenses a été constatée en 2009 (+ 13,3 %)**, soit plus de 60 millions d'euros de dépenses supplémentaires d'une année sur l'autre.

Selon le ministère de la santé et des sports, cette évolution s'expliquerait, pour moitié, par la **hausse du nombre des bénéficiaires** de l'AME qui est passé de 202 503 à 215 763 entre décembre 2008 et décembre 2009, soit une augmentation de 6,5 %.

On constate ensuite que l'augmentation des dépenses d'AME est surtout **significative dans les établissements de santé** (+ 14,9 % en 2009) qui concentrent 70 % des dépenses d'AME. Une des explications de cette tendance serait à rechercher dans le passage à la tarification à l'activité à 100 % qui aurait pu conduire les hôpitaux à être plus vigilants sur l'exhaustivité des facturations adressées à l'assurance maladie.

Une mission conjointe des inspections générales des affaires sociales et des finances (IGAS-IGF) a été mise en place pour analyser plus précisément les causes de cette forte évolution des dépenses en 2009. Les conclusions de cette mission doivent être rendues à la fin du mois de novembre 2010.

### **4. Des propositions récentes pour maîtriser le dispositif de l'AME**

Une mission d'audit de modernisation confiée en 2007 aux mêmes inspections avait déjà formulé un certain nombre de propositions tendant à mieux maîtriser le dispositif d'AME. Elles ont, pour la plupart, été mises en œuvre : extension du dispositif « **tiers payant contre génériques** » ; mise en place à titre expérimental d'un **titre sécurisé** qui devrait être généralisé à la fin de l'année ; extension du champ de la **mise sous accord préalable** à l'AME.

Une mesure relative à l'AME a, par ailleurs, été adoptée lors des débats sur le projet de loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la

nationalité, en cours d'examen par le Parlement : **la limitation aux seules caisses primaires d'assurance maladie des lieux de dépôts de demandes d'AME.**

Sans attendre les conclusions de la nouvelle mission d'inspection, l'Assemblée nationale a enfin adopté plusieurs mesures (*cf.* articles 86 *bis* à 86 *quinquies*), lors de l'examen de la présente mission, tendant à :

- créer un **droit d'entrée** annuel par adulte bénéficiaire de l'AME ;
- **limiter le nombre des ayants-droit** aux seuls enfants et conjoints ;
- **restreindre le panier de soins** aux seuls actes dont le service médical est important ou modéré ;
- déléguer le **pouvoir de récupération des indus** aux caisses primaires d'assurance maladie.

Votre rapporteur spécial reviendra plus en détails sur ces dispositifs dans la suite du présent rapport. **S'il comprend le souhait de mieux maîtriser ces dépenses, il regrette que de telles mesures aient été adoptées avant même que la mission conjointe ait pu rendre ses conclusions.**

Surtout il insiste sur **la nécessité de veiller au juste équilibre entre l'amélioration de l'efficacité du dispositif et le maintien d'un accès aux soins satisfaisant des étrangers en situation irrégulière.**

### ***C. UNE CONTRIBUTION DE L'ETAT AU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE (FIVA) QUI RESTE STABLE***

#### **1. Une dotation de l'Etat stable, mais une subvention de l'assurance maladie en légère augmentation**

Comme tous les ans depuis 2006, une contribution de l'Etat, à hauteur de **50 millions d'euros**, est prévue au profit du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Elle est inscrite sur l'action 3 de ce programme.

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été institué par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, afin de procéder à la réparation intégrale des préjudices subis par les personnes ayant obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante ou par les personnes ayant été directement exposées à l'amiante.

Le fonds bénéficie parallèlement d'une **dotation de l'assurance maladie** qui s'élève pour 2011 à **340 millions d'euros**, soit 25 millions d'euros de plus que pour 2010 pour tenir compte des nouvelles dépenses qui lui incomberont à compter de 2011 en raison, d'une part, de l'allongement des délais de prescription des demandes à dix ans au lieu de quatre ans et, d'autre part, de l'ouverture d'un délai supplémentaire pour les personnes dont les

dossiers ont été rejetés en 2009 et 2010 pour prescription, pour un coût total de 25 millions d'euros (article 49 du PLFSS pour 2011).

Selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, les charges du FIVA devraient très largement augmenter (+ 22 %) pour atteindre 600 millions d'euros. **Le déficit du fonds pourrait ainsi être plus élevé en 2011 qu'en 2010 pour atteindre 184 millions d'euros, ce qui conduirait à réduire les excédents cumulés du fonds à 34 millions d'euros.**

### Les comptes du FIVA

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2009/ 2010	2011 (p)*
<b>Charges</b>	<b>356</b>	<b>424</b>	<b>424</b>	<b>490</b>	<b>16 %</b>	<b>600</b>
<i>Indemnisations</i>	350	416	418	483	16 %	592
<i>Autres charges</i>	6	8	6	7	17 %	8
<b>Produits</b>	<b>402</b>	<b>419</b>	<b>418</b>	<b>414</b>	<b>-1 %</b>	<b>416</b>
<i>Contribution CNAM</i>	315	315	315	315	0 %	315
<i>Contribution Etat</i>	48	47	48	48	0 %	50
<i>Autres produits</i>	39	57	55	51	-7 %	51
<b>Résultat net</b>	<b>45</b>	<b>-6</b>	<b>-6</b>	<b>-76</b>		<b>-184</b>
<b>Résultat cumulé depuis 2001</b>	<b>306</b>	<b>300</b>	<b>294</b>	<b>218</b>	<b>-26 %</b>	<b>34</b>

\* Les données de la commission des comptes n'intègrent pas les mesures du PLFSS pour 2011, soit une augmentation de 25 millions d'euros des dépenses du fonds, compensée par une majoration à due concurrence de la contribution de la CNAM. L'impact de ces mesures est donc nul sur le déficit prévisionnel du fonds et son résultat cumulé depuis 2001.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport de septembre 2010

## **2. Un allongement de la durée de prescription des actions en indemnisation devant le FIVA que le fonds devrait pouvoir absorber**

**Votre rapporteur spécial est favorable aux dispositions du PLFSS pour 2011 qui tendent à sécuriser le régime de prescription des demandes d'indemnisation adressées au FIVA, dans un sens favorable aux victimes.**

Il convient néanmoins de s'assurer de la « **capacité d'absorption** » de ces nouvelles demandes par le fonds. Votre rapporteur spécial rappelle en effet qu'un rapport conjoint de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de juillet 2008 avait mis en évidence de graves difficultés d'organisation du FIVA (*cf.* encadré).

### **Les conclusions de la mission d'audit IGAS/IGF**

Un rapport conjoint de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de juillet 2008 a mis en évidence de graves difficultés d'organisation du FIVA. A cette date, près de **24 000 demandes d'indemnisation étaient en instance d'instruction ce qui représentait environ vingt mois de traitement** alors que la loi impose au FIVA de faire une offre dans les six mois après que le dossier ait été jugé recevable. Seules 18 % des demandes étaient ainsi instruites dans ce délai et près de **150 000 euros d'intérêts de retard** avait été payés sur les cinq premiers mois de l'année 2008. Ce montant était en croissance rapide puisqu'il était quasi nul en 2006.

Selon les réponses au questionnaire budgétaire de votre rapporteur pour avis, suivant les recommandations de la mission conjointe d'inspection, un « **dispositif d'urgence** » a été mis en place en 2009, et prolongé en 2010, pour traiter le stock très important de demandes simples. Une extension des locaux du fonds est intervenue en juin 2010. En 2011, les pistes de réorganisation du fonds formulées par la mission IGAS-IGF et tendant à **formaliser et à fiabiliser les procédures de traitement des dossiers seront mises en place.**

Un **contrat de performance** a été signé entre l'Etat et le fonds le 15 février 2010.

L'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2011 prévoit néanmoins un **afflux modéré de dossiers nouveaux**. Par ailleurs, selon les informations fournies à votre rapporteur spécial, les pistes de réorganisation du fonds formulées par la mission conjointe IGAS-IGF et tendant à formaliser et à fiabiliser les procédures de traitement des demandes, permettront de répondre à ce nouvel afflux de demandes.

## EXAMEN DES ARTICLES RATTACHÉS

*ARTICLE 86 bis (nouveau)*  
(Art. L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles)

### **Panier de soins des bénéficiaires de l'AME**

**Commentaire :** le présent article, inséré à l'Assemblée nationale, tend à recentrer le panier de soins des bénéficiaires de l'AME sur les actes, les produits et les prestations dont le service médical rendu a été qualifié de moyen ou d'important ou lorsqu'il n'est pas destiné directement au traitement ou à la prévention d'une maladie.

## **I. LE DISPOSITIF DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT**

### ***A. UN DISPOSITIF PARALLÈLE À LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE***

#### **1. Une création dans le cadre de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle**

A côté de la couverture maladie universelle (CMU), a été mis en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, un dispositif particulier destiné à assurer **la protection de la santé des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois**, mais ne remplissant pas la condition de régularité de séjour exigée pour l'admission à la CMU et dont les ressources sont inférieures au plafond de ressources de la CMU-c.

Ce dispositif, relevant de la solidarité nationale, est financé par une **dotations budgétaires** inscrite sur le programme 183 « Protection maladie » de la mission « Santé ».

#### **2. Une couverture sociale avec dispense d'avance de frais**

L'AME offre une couverture sociale avec dispense d'avance de frais à près de **215 763 personnes**. Elle comprend trois dispositifs :

- le dispositif « **de droit commun** », géré par la caisse nationale d'assurance maladie pour le compte de l'Etat ;
- les soins urgents des personnes françaises ou étrangères qui ne résident pas en France (l'AME « **humanitaire** ») ;

- les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux de la Réunion et éventuellement vers la métropole, ainsi que les soins des personnes retenues dans les locaux de rétention administrative.

### 3. Une montée en charge rapide du nombre de bénéficiaires qui a conduit à resserrer les conditions d'accès au dispositif

Le nombre de bénéficiaires de l'AME a rapidement augmenté (cf. tableau) ce qui a conduit au resserrement des conditions d'accès à ce dispositif.

#### Nombre d'usagers concernés par l'AME

Au 31 décembre 2002	154 015
Au 31 décembre 2003	180 415
Au 31 décembre 2004	154 971
Au 31 décembre 2005	189 284
Au 31 décembre 2006	202 396
Au 31 décembre 2007	194 615
Au 31 décembre 2008	202 503
Au 31 décembre 2009	251 763

Source : projet annuel de performances pour 2011 de la mission « Santé »

#### a) Une première vague de mesures entre 2002 et 2006

A la fin du mois de décembre 2006, l'AME prenait en charge près de 202 396 bénéficiaires, contre 154 015 en 2002. Cette forte évolution a conduit à renforcer les conditions d'accès au dispositif :

- la loi de finances rectificative pour 2002 a ainsi introduit le **principe d'un ticket modérateur**, qui n'a cependant jamais été mis en œuvre (cf. commentaire de l'article 86 *quinquies*) ;

- la loi de finances rectificative pour 2003 a, quant à elle, introduit une **condition de résidence ininterrompue** sur le territoire français de trois mois ;

- enfin, deux décrets du 28 juillet 2005 ont renforcé le **contrôle des conditions légales d'accès** au dispositif en mettant fin aux déclarations sur l'honneur à l'exception de celle portant sur la condition de ressources.

#### b) Une nouvelle vague de mesures traduisant les conclusions de la mission d'audit de 2007

Compte tenu de la forte croissance des dépenses d'AME, une mission d'audit de modernisation a été mise en place en 2007 sur la gestion de l'AME<sup>1</sup>. Ses principales préconisations ont depuis lors été mises en œuvre :

- l'extension du dispositif « **tiers payant contre génériques** » ;

---

<sup>1</sup> IGF-IGAS, Mission d'audit de modernisation sur la gestion de l'aide médicale de l'Etat – mai 2007.

- la mise en place à titre expérimental d'un **titre sécurisé** qui devrait être généralisé à la fin de l'année ;

- l'extension du champ de la **mise sous accord préalable** à l'AME.

*c) Une forte augmentation des dépenses d'AME en 2009 qui a conduit à la mise en place d'une nouvelle mission d'audit*

**Une forte augmentation des dépenses d'AME a, de nouveau, été constatée en 2009 (+ 13,3 %)**, soit plus de 60 millions d'euros de dépenses supplémentaires d'une année sur l'autre.

Selon le ministère de la santé et des sports, cette évolution s'expliquerait, pour moitié, par la **hausse du nombre des bénéficiaires** qui est passé de 202 503 à 215 763 entre décembre 2008 et décembre 2009, soit une augmentation de 6,5 %.

On constate ensuite que la progression des dépenses d'AME est surtout **significative dans les établissements de santé** (+ 14,9 % en 2009) qui concentrent 70 % des dépenses d'AME. Une des explications de cette tendance serait à rechercher dans le passage à la tarification à l'activité à 100 % qui aurait conduit les hôpitaux à être plus vigilants quant à l'exhaustivité des facturations à l'assurance maladie.

Une **nouvelle mission** conjointe des inspections générales des affaires sociales et des finances (IGAS-IGF) a ainsi été créée pour analyser plus précisément les causes de cette forte évolution des dépenses d'AME en 2009. Les conclusions de cette mission doivent être rendues à la fin du mois de novembre 2010.

## II. LE DISPOSITIF INTRODUIT PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

### *A. LE PANIER DE SOINS ACTUEL DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME*

En application de l'article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles, les bénéficiaires de l'AME bénéficient de la **prise en charge à 100 %**, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, des soins médicaux et hospitaliers en cas de maladie ou de maternité, soit :

- la couverture des **frais de médecine générale et spéciale**, des frais de **soins et de prothèses dentaires**, des **frais pharmaceutiques et d'appareils**, des **frais d'examens de biologie médicale**, des **frais d'hospitalisation** et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives (*1° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale*) ;

- la couverture des **frais de transport** de l'assuré se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état de santé (2° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale) ;

- la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse (4° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale) ;

- la couverture des frais relatifs aux **actes et traitements à visée préventive** réalisés dans le cadre des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités (6° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale) ;

- les frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à **l'accouchement** et à ses suites (article L. 331-2 du code de la sécurité sociale) ;

- enfin, le **forfait journalier hospitalier** pour les mineurs et, dans des conditions particulières, pour les autres bénéficiaires de l'AME (article L. 174-4 du code de la sécurité sociale).

#### ***B. UN RECENTRAGE SUR LES ACTES, PRODUITS ET PRESTATIONS POUR LESQUELS LE SERVICE MÉDICAL RENDU EST IMPORTANT***

Adopté à l'initiative de notre collègue député, Dominique Tian, et avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article propose que les frais définis aux 1° et 2° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale (soit, notamment, les frais de médecine générale et spéciale, et les frais de transport) puissent **ne plus être pris en charge par l'assurance** maladie lorsqu'ils résultent d'**actes**, de **produits** et de **prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important** ou lorsqu'ils ne sont **pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie**.

Les **mineurs ne seront pas concernés** par cette mesure, conformément à l'article 3.1 de la convention internationale des droits de l'enfant.

Les conditions d'application de ce dispositif seront précisées par **un décret en Conseil d'Etat**.

Le **reste du panier de soins** des bénéficiaires de l'AME **demeure inchangé**.

### III. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION DES FINANCES

#### *A. DES ÉCONOMIES SUBSTANTIELLES DIFFICILES À RECHERCHER DANS CE TYPE DE DISPOSITIF*

L'AME constitue un **dispositif de taille modeste** lorsqu'on le compare à l'ensemble des prestations de l'assurance maladie. Il revêt néanmoins une **importance symbolique** forte.

Comme le notait également la mission d'audit de 2007, il est assez **illusoire d'attendre des économies importantes d'une réforme de l'AME**, sauf à remettre en cause la politique d'immigration de notre pays ou à encourir des risques graves en matière de santé publique. Les dépenses d'AME sont, en effet, largement **liées au nombre d'étrangers en situation irrégulière** sur le territoire national et répondent à un **double objectif humanitaire et de santé publique**.

Les mesures proposées pour en maîtriser le coût doivent donc rechercher un **juste équilibre** entre l'amélioration de l'efficacité du dispositif et le maintien d'un accès aux soins satisfaisant des étrangers en situation irrégulière.

#### *B. LES RISQUES LIÉS À LA SEULE PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS*

La **seule prise en charge des soins urgents de cette population particulière**, parfois proposée, aurait ainsi des conséquences lourdes :

- d'une part, **une renonciation aux soins et un suivi défaillant de l'état de santé** de ces personnes qui accroîtrait à terme le coût des soins délivrés ;

- d'autre part, **le report sur les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé de la majeure partie des économies réalisées**. En effet, comme le rappelle la mission d'audit précitée, « *les actes gratuits de praticiens libéraux, les créances irrécouvrables des hôpitaux et les fonds des associations (le plus souvent subventionnées par l'Etat) se substitueraient aux crédits de l'Etat* ».

#### *C. LA REDÉFINITION DU PANIER DE SOINS PROPOSÉE PAR LE PRÉSENT ARTICLE NE SERA PAS SANS POSER DE DIFFICULTÉS*

La **redéfinition du panier de soins des bénéficiaires de l'AME proposée par nos collègues députés est plus limitée**.

Elle ne viserait en réalité qu'à ne **plus prendre en charge les soins dits de confort**. Or, comme le soulignait la mission d'audit de modernisation de 2007, l'AME couvre très peu de soins de confort. Le seul type de soins

mentionné par les interlocuteurs de la mission comme pouvant être exclu d'une prise en charge par l'AME concerne les fécondations *in vitro*, dont le nombre apparaît très limité.

Par ailleurs, **ce nouveau dispositif est encadré** puisque, d'une part, les mineurs ne sont pas concernés et que, d'autre part, les conditions de l'application du nouvel article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles seront précisées par un décret en Conseil d'Etat.

**Il convient néanmoins de s'interroger sur les modalités d'application de ce dispositif** : il est vraisemblable que les professionnels de santé soigneront les patients qui viendront les consulter, également pour des soins exclus du « panier » de AME, et que les coûts correspondants seront supportés *in fine* par les professionnels de santé ou les établissements de santé.

De façon plus générale, **il apparaît nécessaire de veiller au juste équilibre entre l'amélioration de l'efficacité du dispositif et le maintien d'un accès aux soins satisfaisant des étrangers en situation irrégulière**. Il est, en outre, regrettable que ces propositions soient mises en œuvre sans attendre les conclusions de la mission commune d'inspection, prévues pour la fin du mois de novembre.

**Décision de la commission : sous réserve de ces observations, votre commission des finances vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*ARTICLE 86 ter (nouveau)*  
(Art. L. 251-2 et L. 252-3 du code de l'action sociale et des familles)

**Contrôle systématique de la condition de résidence**

**Commentaire : le présent article, inséré à l'Assemblée nationale, tend à soumettre à un agrément préalable la prise en charge de certains soins des bénéficiaires de l'AME.**

**I. LE DISPOSITIF INTRODUIT PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE**

Le **I** du présent article, introduit à l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Claude Goasguen, avec l'avis favorable du Gouvernement, tend à prévoir que, sauf pour les soins délivrés aux mineurs et pour les soins inopinés, la prise en charge des bénéficiaires de l'AME est subordonnée, pour **les soins hospitaliers dont le coût dépasse un seuil fixé par décret en Conseil d'Etat, à l'agrément préalable** du représentant de l'Etat dans le département ou du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Cet agrément sera accordé dès lors que la **condition de stabilité de la résidence** (résidence ininterrompue depuis plus de trois mois) est respectée et que la **condition de ressources** (7 611,36 euros par an pour une personne seule) est remplie.

La procédure de demande d'agrément est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Le **II** du présent article complète, par coordination, l'article L. 252-3 du code de l'action sociale et de la famille, en précisant que **le service des prestations d'AME est conditionné au respect de la stabilité de la résidence** en France, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

**II. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION DES FINANCES**

Votre commission des finances renvoie à ses observations générales formulées dans le cadre de l'examen de l'article 86 *bis* rattaché à la présente mission.

Si ce dispositif d'agrément préalable est également relativement encadré - ne sont **pas concernés les mineurs** ou **les soins inopinés** et ne seront touchés que les soins hospitaliers dont le coût dépasse un seuil fixé par décret en Conseil d'Etat -, il convient néanmoins de s'interroger sur **sa lourdeur dont il faut s'assurer qu'elle ne fasse pas obstacle à la délivrance des soins des bénéficiaires de l'AME.**

**Décision de la commission : sous réserve de ces observations, votre commission des finances vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*ARTICLE 86 quater (nouveau)*  
*(Art. L. 252-3 du code de l'action sociale et des familles)*

**Récupération des sommes indûment versées aux bénéficiaires de l'AME**

**Commentaire : le présent article, inséré à l'Assemblée nationale, vise à donner aux caisses d'assurance maladie la possibilité de récupérer les sommes indûment versées aux bénéficiaires de l'AME.**

**I. LE DISPOSITIF INTRODUIT PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE**

Le présent article, introduit à l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Claude Goasguen, avec l'avis favorable du Gouvernement, tend à prévoir que **les caisses générales de sécurité sociale et les caisses primaires d'assurance maladie puissent obtenir le remboursement des prestations qu'elles ont versées à tort dans le cadre de l'AME**. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite.

L'auteur de l'amendement justifie cette mesure par le fait que le code de l'action sociale et des familles ne prévoit la délégation du pouvoir du représentant de l'Etat au directeur de la caisse d'assurance maladie que pour prononcer l'admission à l'AME, et non pour récupérer les sommes indûment versées.

**II. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION DES FINANCES**

Votre commission des finances renvoie à ses observations générales formulées dans le cadre de l'examen de l'article 86 *bis* rattaché à la présente mission.

Plus spécifiquement, il convient de rappeler, comme l'avait souligné la mission d'audit précitée de 2007, que **le public concerné par cette mesure est une population souvent très précaire ne disposant pas toujours d'une adresse fixe et dont la solvabilité est faible**. Le risque que les sommes indues ne puissent être récupérées est donc important.

**Décision de la commission : sous réserve de ces observations, votre commission des finances vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*ARTICLE 86 quinquies (nouveau)*  
(Art. 968 E [nouveau] du code général des impôts, art. L. 251-1 et art. L.253-3-1[nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

### **Droit de timbre annuel de 30 euros et limitation des ayants-droit**

**Commentaire : le présent article, inséré à l'Assemblée nationale, vise à créer un droit de timbre annuel de trente euros pour les bénéficiaires de l'AME et à limiter le nombre d'ayants-droit.**

## **I. LES DIFFICULTÉS LIÉES À LA MISE EN PLACE D'UN TICKET MODÉRATEUR**

L'introduction d'un **ticket modérateur a été prévue par la loi de finances rectificative pour 2002** afin de permettre de limiter la consommation de soins des bénéficiaires de l'AME. **Le décret d'application de ce dispositif n'a cependant jamais vu le jour.**

L'instauration du ticket modérateur se heurte, en effet, à des **obstacles politiques**, compte tenu de l'opposition des associations et de certains professionnels de santé, mais aussi **techniques**. Sa mise en œuvre reposerait en effet sur les professionnels de santé qui seraient remboursés du solde dû par l'Etat. Or, comme cela a été précisé à l'occasion du commentaire de l'article 86 *quater*, le public visé est une population précaire ne disposant pas toujours d'une adresse fixe et dont la solvabilité est faible. **Le risque que ces montants ne puissent être récupérés et donc soient *in fine* à la charge des professionnels de santé est donc important.**

La mission d'audit de modernisation de 2007 était, elle aussi, réservée quant à la mise en œuvre de ce dispositif, « *sauf à déroger aux principes de la comptabilité publique en instituant une contribution qui ne ferait l'objet d'aucune mesure coercitive de recouvrement en l'absence de paiement* ».

## **II. LE DISPOSITIF INTRODUIT PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE : L'INSTAURATION D'UN DROIT DE TIMBRE ANNUEL ET LA LIMITATION DU NOMBRE D'AYANTS-DROIT**

### **A. LA CRÉATION D'UN DROIT DE TIMBRE**

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député, Dominique Tian, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement portant article additionnel introduisant un nouvel intitulé XII « Aide publique à une couverture de santé » au sein de la section 2 « Droits de délivrance de documents et perceptions diverses » du chapitre II « Droits de

timbre » du titre IV « Enregistrement, publicité foncière , impôt de solidarité sur la fortune, timbre » de la première partie « Impôts d'Etat » du Livre premier « Assiette et liquidation de l'impôt » du code général des impôts (CGI).

Le nouvel article 968 E, ainsi introduit dans le CGI, prévoit le conditionnement de la prise en charge des soins des bénéficiaires de l'AME à **l'acquittement d'un droit de timbre annuel de trente euros par bénéficiaire majeur.**

Selon les informations fournies par le ministère de la santé, ce versement prendrait la forme d'un timbre fiscal acquitté lors de la remise de l'attestation d'admission au dispositif.

En seconde délibération, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement complétant le présent article additionnel et prévoyant la **création d'un fonds destiné à collecter cette nouvelle recette et à prendre en charge les dépenses d'AME.**

Il est ainsi proposé d'insérer un nouvel article L. 253-3-1 dans le code de l'action sociale et des familles instituant le fonds national de l'aide médicale de l'Etat.

Ce fonds prendra en charge les dépenses de l'aide médicale de l'Etat et ses propres frais de fonctionnement.

Il sera administré par un conseil de gestion dont la composition, les modalités de désignation des membres et les modalités de fonctionnement seront fixées par décret. Sa gestion sera assurée par la Caisse des dépôts et consignations.

En recettes, le fonds sera alimenté par le produit issu du droit de timbre créé, par ailleurs, par le présent article. Un arrêté des ministres chargés de la santé et du budget constatera, chaque année, le montant du produit collecté et versé au fonds. L'Etat assurera l'équilibre du fonds en dépenses et en recettes.

#### ***B. LA LIMITATION DU NOMBRE D'AYANT-DROITS***

Le présent article propose, par ailleurs, de **limiter la notion d'ayant droits aux conjoints et enfants**, en excluant les ascendants et les autres descendants ou les collatéraux jusqu'au troisième degré.

Pour bénéficier de l'AME, ces personnes devront effectuer une demande individuelle auprès de la caisse primaire d'assurance maladie dont ils dépendent et remplir les conditions de résidence et de ressources pour être admises dans le dispositif.

### **III. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION DES FINANCES**

Votre commission des finances renvoie à ses observations générales formulées dans le cadre de l'examen de l'article 86 *bis* rattaché à la présente mission.

De façon plus spécifique, s'il est vrai que la mise en place d'un droit de timbre annuel présente l'avantage – par rapport à l'instauration d'un ticket modérateur – de ne pas peser sur les professionnels de santé en cas de non recouvrement, **ce dispositif risque néanmoins de se heurter aux mêmes difficultés liées à la potentielle insolvabilité des bénéficiaires de l'AME**. Le risque que ces montants ne puissent être acquittés est toujours important.

**Il convient également de s'assurer qu'un tel dispositif n'entraîne pas de renonciation aux soins.**

**Décision de la commission : sous réserve de ces observations, votre commission des finances vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*ARTICLE 86 sexies (nouveau)*  
*(Art. L. 1142-23 et L. 3131-5 du code de la santé publique)*

**Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes  
et des infections nosocomiales imputables à des activités de prévention,  
de diagnostic ou de soins réalisées en application de mesures sanitaires  
graves**

**Commentaire : le présent article, inséré à l'Assemblée nationale, vise à aligner le financement de l'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales imputables à des activités de prévention, de diagnostic ou de soins réalisées en application de mesures sanitaires graves sur le régime de l'indemnisation des vaccinations obligatoires.**

**I. LE DISPOSITIF INTRODUIT PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE**

La réparation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales est confiée à l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales).

En vertu de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, celui-ci est financé, pour ce volet de son activité, par le biais du fonds prévu par l'article L. 3131-5 du même code, qui finance plus largement l'ensemble des actions nécessaires à la préservation de la santé de la population en cas de menace sanitaire grave ou d'alerte épidémique.

Le présent article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, propose de **substituer, à la dotation versée par le fonds, un financement direct de l'État.**

Le **I** du présent article remplace ainsi la dotation versée par le fonds précité à l'ONIAM par une dotation versée par l'État en application de l'article L. 3131-4 du code de la santé publique (mesures sanitaires d'urgence).

Le **II** supprime l'article L. 3131-5 du code de la santé publique qui instituait le fonds précité et qui était destiné à financer l'ensemble des actions nécessaires à la préservation de la santé de la population en cas de menace sanitaire grave ou d'alerte épidémique.

Cette mesure a été justifiée par la ministre de la santé et des sports, alors Roselyne Bachelot-Narquin, devant l'Assemblée nationale par trois motifs :

- **préciser le rôle de l'Etat** pour l'indemnisation des préjudices résultant des mesures de santé publique qu'il met en place en cas de menace sanitaire grave ;

- **homogénéiser les modes de financement de l'ONIAM**, qui est par ailleurs financé directement par l'Etat pour l'indemnisation des préjudices résultant de vaccinations obligatoires ;

- **raccourcir les circuits de financement** et permettre de limiter le nombre d'acteurs sollicités.

## **II. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION DES FINANCES**

**Votre commission des finances est favorable à cette mesure de simplification.**

**Décision de la commission : votre commission des finances vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*ARTICLE 86 septies (nouveau)*  
(Art. L. 862-2, L. 862-3, L. 862-4, L. 862-5, L. 862-6,  
L. 862-7, L. 862-8 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale)

### **Transformation de la contribution CMU en taxe**

**Commentaire : le présent article, adopté par l'Assemblée nationale, transforme la contribution CMU acquittée par les organismes complémentaires d'assurance santé en une taxe assise sur les cotisations payées par les assurés ayant souscrit un contrat d'assurance santé complémentaire.**

#### **I. LE DROIT EXISTANT**

##### ***A. LE FONDS CMU EST FINANCÉ PAR UNE « CONTRIBUTION » ASSISE SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE SANTÉ***

L'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale (CSS) créé le « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie », communément appelé « Fonds CMU ». Il finance le volet complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-c) et assure la gestion de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

L'article L. 862-3 du même code dispose que les recettes du Fonds sont constituées par le **produit d'une contribution**, dite « contribution CMU », et d'une dotation budgétaire de l'Etat destinée à assurer son équilibre.

La « contribution CMU » est prévue par l'article L. 862-4 du même code. Les mutuelles, les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance y sont assujetties **au titre de leur activité réalisée en France**. Elle est assise sur le « *montant hors taxes des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations ou remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances* ».

La contribution frappe donc les **organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé**, soit, en 2009, 781 organismes<sup>1</sup>, **sur leur chiffre d'affaires santé**.

L'article 12 de la loi n° 2008-1330 du 18 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fixé **le taux de la contribution à 5,9 %** (contre 2,5 % auparavant).

---

<sup>1</sup> 653 mutuelles, 93 sociétés d'assurance et 35 institutions de prévoyance (source : Fonds CMU).

En 2009, d'après les données du rapport d'activité du Fonds CMU, **l'assiette de la contribution représentait environ 30,5 milliards d'euros. Son produit s'est élevé à près de 1,8 milliard d'euros, soit l'intégralité des ressources du Fonds.**

Il convient de noter que le III de l'article L. 862-4 précité prévoit que les organismes complémentaires peuvent déduire du montant dû au titre de la contribution, une somme forfaitaire résultant de la prise en charge, directement par l'organisme complémentaire, de la personne bénéficiant de la CMU-c. Ils peuvent également déduire le « *quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due* ».

Enfin, l'article L. 862-5 du CSS fixe les conditions du recouvrement par les URSSAF et du contrôle de la contribution.

## ***B. LA CONTRIBUTION CMU EST CRITIQUÉE POUR SES « EFFETS ANTI-ÉCONOMIQUES » ET POUR SON MANQUE DE TRANSPARENCE***

### **1. La contribution a pour effet de majorer le prix de la cotisation hors taxe payée par l'assuré**

Comme le rappelle une circulaire du ministère de la santé<sup>1</sup>, la contribution CMU « *est due pas les organismes de couverture complémentaire et non par les assurés* ». Elle est assise sur le chiffre d'affaires réalisé, c'est-à-dire la totalité des cotisations que l'organisme a collectée.

La cotisation hors taxe acquittée par l'assuré se compose *a minima* d'un montant destiné à couvrir le risque et de la marge de l'organisme complémentaire. Dans le cas d'une contribution, **si l'organisme veut répercuter son coût – ce qu'il est contraint de faire pour conserver sa marge – il doit l'intégrer dans le calcul initial de la cotisation.**

Par exemple, une cotisation hors taxe de 100 euros se décompose ainsi en 93 euros au titre du risque à couvrir, 1,1 euro pour la marge de l'organisme et 5,9 euros afin de compenser le coût de la contribution.

A l'inverse, dans le cas d'une taxe assise sur la cotisation, le montant hors taxe de la cotisation est – logiquement – moins élevé puisqu'il ne comprend que la couverture du risque et la marge, soit 94,1 euros. Il convient alors de prélever 6,27 % de ce montant pour obtenir un produit fiscal de 5,9 euros.

**Au final, l'assuré acquitte la même somme mais la cotisation hors taxe est plus élevée dans le cas d'une contribution que dans celui d'une taxe.**

---

<sup>1</sup> Circulaire DSS/5A/2004/ n° 155 du 29 mars 2004.

## **2. La contribution emporte des conséquences financières indésirables pour les organismes complémentaires**

Comme indiqué précédemment, **la contribution assise sur le chiffre d'affaires a pour conséquence de le majorer artificiellement** puisqu'elle est intégrée dans le prix de la cotisation hors taxe, qui constitue le chiffre d'affaires.

Or la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), dans un document transmis à votre rapporteur, fait valoir que *« compte tenu des règles de marge de solvabilité applicables à l'assurance, la majoration du chiffre d'affaires [...] conduit à augmenter indûment les exigences de capitaux propres des assureurs à hauteur de 16 % du montant de la contribution CMU »*.

Cet effet, réel dans le cadre actuel de « Solvabilité 1 », va **s'accroître avec la mise en place des nouvelles règles dites « Solvabilité 2 »** à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013 qui renforcent le niveau des fonds propres que doivent détenir les assureurs – même si son impact définitif n'est pas encore connu avec précision.

## **3. Les organismes complémentaires estiment que la contribution n'est pas transparente pour les assurés**

La FFSA, dans le document précité, indique que *« les cotisations d'assurance maladie constituent les plus importantes cotisations d'assurance payées par les ménages. [...] Compte tenu de l'importance que ces cotisations ont dans leur budget, les assurés ont le droit à une vraie transparence sur leur évolution en distinguant ce qui provient de l'augmentation de la sinistralité et ce qui provient de l'augmentation des taxes »*.

Au final, la profession plaide pour une « **individualisation** » de la contribution, c'est-à-dire pour qu'elle soit transformée en une taxe assise sur les cotisations que les assurés acquitteraient. Les organismes complémentaires pourraient alors faire figurer sur les contrats le montant de la cotisation hors taxe. Il semblerait néanmoins que, dans la pratique, plusieurs assureurs signalent déjà l'existence de la contribution CMU au sein du montant total de la cotisation.

## **II. LE DISPOSITIF INTRODUIT PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE : LA TRANSFORMATION DE LA CONTRIBUTION EN TAXE**

A l'initiative de nos collègues députés Yves Bur, Marie-Anne Montchamp et Jean-Pierre Door, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article additionnel qui **transforme la**

**contribution CMU en une taxe assise sur les cotisations payées par les assurés ayant souscrit un contrat d'assurance santé complémentaire.**

Le 3° du I du présent article (**alinéas 4 à 10**) réécrit intégralement l'article L. 862-4 du CSS qui régit la contribution CMU.

Le I de ce nouvel article (**alinéa 5 à 8**) dispose que le Fonds CMU perçoit une « *taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances* ».

Ces garanties doivent être souscrites auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance française ou d'un organisme d'assurance maladie étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.

**Les redevables de la taxe ne sont donc plus les organismes complémentaires mais bien les assurés.** En revanche, l'alinéa 7 prévoit qu'elle est collectée, pour le compte des URSSAF, par les organismes complémentaires ou leurs représentants fiscaux.

La taxe est « *liquidée sur le montant des cotisations émises ou [...] recouvrées* ».

Le II du nouvel article (**alinéa 9**) fixe son **taux à 6,27 %**.

Enfin le III du nouvel article (**alinéa 10**) prévoit « *l'imputation* » sur le montant de la taxe collectée par l'organisme complémentaire de la somme forfaitaire résultant de la prise en charge, directement par lui, de la personne bénéficiant de la CMU-c et du quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur. Il s'agit, en fait, de la transposition du droit en vigueur au sein des nouvelles dispositions. Par coordination, les 5° et 6° du I du présent article (**alinéas 14 à 19**) modifient, respectivement, l'article L. 862-6 et L. 862-7 du code de la sécurité sociale.

Les 1° (**alinéa 2**), 2° (**alinéa 3**), 4° (**alinéas 11 à 13**), 7° (**alinéa 20**) et 8° (**alinéa 21**) du I du présent article effectuent des **coordinations**.

Le II du présent article (**alinéa 22**) prévoit qu'il **s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011**.

### **III. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION DES FINANCES**

Il convient tout d'abord de noter que **la transformation opérée par le présent article est indolore tant pour le Fonds CMU**, qui percevra un niveau de recettes identique, **que pour les assurés**, qui acquitteront un montant global au titre de leur complémentaire santé analogue.

Les dispositions du présent article auront pour conséquence de neutraliser les effets des augmentations ou diminutions de la contribution sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires et, corrélativement, sur le niveau de fonds propres qu'ils doivent posséder. Il s'agit là d'une **exigence de compétitivité bienvenue pour notre secteur assurantiel** alors même qu'il va devoir s'adapter en profondeur avec le nouveau cadre de « Solvabilité 2 ».

Les seuls « perdants » à ce changement sont les **intermédiaires en assurance**. En effet, comme indiqué précédemment, la transformation va entraîner une diminution de la cotisation hors taxe. Or la commission des intermédiaires en assurance est calculée en proportion des cotisations hors taxe. Par conséquent, une diminution de celles-ci conduit à une **baisse des commissions versées aux intermédiaires**.

Par ailleurs, l'article 7 du présent projet de loi de finances prévoit de supprimer l'exonération de **taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA)** dont bénéficient les contrats d'assurance maladie complémentaires « solidaires » et « responsables » et de la remplacer par un taux d'imposition intermédiaire de 3,5 %. Son **rendement attendu est de 1,1 milliard d'euros**.

Dès lors que les cotisations hors taxe vont mécaniquement diminuer par l'effet du présent article, **l'assiette sur laquelle portera la TSCA sera également réduite et son produit devrait être inférieur à la prévision, ce que votre rapporteur spécial regrette**.

La TSCA fait en effet partie du panier de recettes initialement affecté à la CADES dans le cadre du financement de la reprise de dette de la sécurité sociale prévue pour les années 2011-2018 et qui a ensuite été transféré, à l'initiative de l'Assemblée nationale, à la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF). Votre commission des finances a longuement insisté, dans le cadre de l'examen du PLFSS pour 2011, sur **les faiblesses de ce panier de recettes dont le rendement devrait diminuer de près d'un tiers dès 2018**. La présente mesure ne fait donc d'accentuer sa première analyse.

**Décision de la commission : sous le bénéfice de ces observations, votre commission des finances vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*ARTICLE 86 octies (nouveau)*  
*(Art. 23 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005)*

**Prorogation de quatre ans de la taxe assurant le financement du centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS)**

**Commentaire : le présent article, inséré à l'Assemblée nationale, prévoit de proroger de quatre ans la taxe additionnelle à la taxe sur les médicaments et les produits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, destinée à financer le centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS).**

**I. LA CRÉATION D'UNE TAXE ADDITIONNELLE DESTINÉE À FINANCER LE CENTRE NATIONAL DE GESTION DES ESSAIS DE PRODUITS DE SANTÉ**

***A. LA CRÉATION D'UNE TAXE ADDITIONNELLE « PROVISoire »...***

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, l'article 23 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005 a créé une taxe additionnelle à la taxe sur les médicaments et les produits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, telle que prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique.

**1. La taxe annuelle sur les médicaments et les produits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché**

L'article L. 5121-17 du code de la santé publique dispose que les médicaments et les produits bénéficiaires d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation d'importation parallèle délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ou par la Communauté européenne sont frappées d'une taxe annuelle perçue au profit de l'AFSSAPS et des comités de protection des personnes.

**Le montant de cette taxe est fixé par décret dans la limite de 26 000 euros par spécialité pharmaceutique et produit bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché.** Elle est due par le titulaire de cette autorisation.

**Son assiette est constituée par le montant des ventes de chaque médicament ou produit réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes à l'exportation.** Il est précisé que le barème de la taxe comporte au moins cinq tranches.

En outre, l'article L. 5121-17 précité précise que, lorsqu'un médicament ou produit est présenté en plusieurs conditionnements d'une contenance différente, c'est le montant total des ventes du médicament ou produit, sous ses différents conditionnements, qui doit être retenu pour l'établissement de la taxe.

En revanche, pour les médicaments à base de préparations homéopathiques ou d'allergènes, la taxe est perçue une seule fois pour une même famille de produits : dans ce cas, le montant annuel des ventes à prendre en considération est celui qui est réalisé pour l'ensemble des produits de la même famille.

## 2. La taxe additionnelle à la taxe annuelle sur les médicaments

La taxe additionnelle créée par la loi de finances rectificative pour 2005 correspond à une **majoration de 50 % de la taxe annuelle** prévue par l'article L. 5121-17 précité.

L'article D. 5121-67 du code de la santé publique prévoit le barème de cette taxe dont le plafond s'élève à 21 760 euros pour un montant de ventes supérieur à 30 millions d'euros.

Cette taxe additionnelle est **recouvrée par l'AFSSAPS**, comme l'est la taxe annuelle à laquelle elle s'ajoute.

### Barème de la taxe additionnelle sur les spécialités pharmaceutiques

(en euros)

Montant des ventes hors taxes au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes à l'exportation, par spécialité pharmaceutique	Montant de la taxe
≤ 76 000	320
≤ 380 000	1 050
≤ 760 000	1 690
≤ 1 500 000	2 496
≤ 5 000 000	4 224
≤ 10 000 000	8 448
≤ 15 000 000	12 672
≤ 30 000 000	16 896
>30 000 000	21 760

Source : article D. 5121-67 du code de la santé publique

Le produit de cette taxe est **réparti**, par arrêté du ministre chargé de la santé, **entre les centres de gestion des essais de produits de santé**.

Cette taxe est provisoire : elle doit être perçue au titre des **ventes réalisées au cours des années 2005 à 2008**.

## ***B. ...DESTINÉE AU FINANCEMENT DU CENGEPS***

Dans l'exposé des motifs de son amendement, notre collègue député Yves Bur indiquait que cette nouvelle taxe servirait à financer des centres de gestion des essais de produits de santé (CEGEPS)<sup>1</sup>, dont la mission consisterait, d'une part, à prendre en charge la gestion financière des moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation des essais de produits de santé et à l'établissement de contrats, d'autre part, à assurer l'interface régionale entre les promoteurs et les différents partenaires régionaux.

Il relevait qu'un appel à projets national devait être lancé pour « labelliser les CEGEPS ».

**Un centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS) a ainsi été mis en place au mois de mars 2007** par décision du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la recherche, approuvant la convention constitutive de ce groupement d'intérêt public (GIP). Regroupant des représentants de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), du syndicat des entreprises du médicament (LEEM), de l'AFSSAPS et des établissements de santé, le CeNGEPS est chargé d'améliorer les aspects logistiques et administratifs des essais cliniques et de maintenir l'attractivité du territoire français pour leur réalisation.

**Le CeNGEPS est essentiellement financé par le produit de la taxe additionnelle à la taxe sur les médicaments et les produits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché.** Pour 2009, le CeNGEPS a ainsi reçu, à ce titre, près de 10 millions d'euros.

## **II. LE DISPOSITIF INTRODUIT PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE : UNE NOUVELLE DEMANDE DE PROROGATION**

### ***A. UNE PREMIÈRE PROROGATION D'UN AN DANS LE CADRE DE LA LOI DE FINANCES POUR 2010***

Le CeNGEPS est un groupement d'intérêt public institué au mois de mars 2007 pour une période de quatre ans. Or la période de recouvrement de la taxe additionnelle qui lui était affectée était initialement fixée sur les ventes réalisées au titre des exercices 2005 à 2008.

Le projet de loi de finances pour 2010 a ainsi proposé **la prorogation d'un an de la perception de la taxe additionnelle sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique afin de mettre en concordance la durée de financement du GIP CeNGEPS avec celle de sa durée d'existence, et ainsi assurer le maintien des financements du GIP pour sa dernière année d'activité.**

---

<sup>1</sup> La création de ces centres avait notamment été envisagée par le Conseil stratégique des industries de santé du 25 avril 2005.

Le maintien de cette taxe devait engendrer une recette supplémentaire de l'ordre de 10 millions d'euros pour le CeNGEPS.

### ***B. UNE NOUVELLE PROROGATION DE QUATRE ANS***

Introduit à l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, le présent article additionnel propose de **proroger de quatre ans** la perception de la taxe additionnelle mise en place par la loi de finances rectificative pour 2005.

### **III. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION DES FINANCES**

A l'occasion de l'examen du projet de loi de finances rectificative pour 2005, votre commission des finances avait proposé de supprimer la disposition portant création de la taxe additionnelle à la taxe sur les médicaments.

Sur le fond, s'il paraissait effectivement important d'encourager la recherche clinique, **deux constats s'imposaient** :

- d'une part, **la création d'une nouvelle taxe assise sur le montant des ventes de médicaments apparaissait inopportune** : la taxation des industries pharmaceutiques avait donné lieu à de nombreux débats à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et la commission mixte paritaire avait abaissé le niveau de taxation initialement proposé par le Gouvernement, afin de ne pas trop alourdir les charges pesant sur ces entreprises ;

- d'autre part, **le dispositif proposé suscitait également de profondes réserves, en l'absence d'évaluations sur la nécessité de créer des centres de gestion des essais de produits de santé.**

**Lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2010, votre commission des finances s'est interrogée sur l'utilité même de ce centre de gestion des essais de produits de santé, compte tenu du rôle dévolu à l'AFSSAPS.**

S'il paraissait difficile de ne pas assurer le financement du CeNGEPS jusqu'à la fin de son mandat, elle estimait néanmoins qu'un **bilan** du soutien effectif apporté par le groupement à l'organisation des essais cliniques industriels en France devait être un **préalable indispensable à une éventuelle décision de renouvellement du mandat du GIP en 2011.**

Elle souhaite que l'examen de la mission « Santé » en séance publique soit l'occasion pour le Gouvernement d'apporter ces éléments d'évaluation. Elle regrette, en outre, que cette disposition ait été introduite par voie d'amendement par le Gouvernement, alors que la nécessité d'assurer la pérennité du financement du CeNGEPS était connue dès la présentation du présent projet de loi de finances.

**Décision de la commission : sous réserve de ces observations, votre commission des finances vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*ARTICLE 86 nonies (nouveau)*

**Indemnisation des personnes exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle ou volontaire au sein de services d'incendie et de secours (SDIS) vaccinées contre l'hépatite B**

**Commentaire : le présent article, inséré à l'Assemblée nationale, tend à permettre l'indemnisation des personnes, exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle ou volontaire au sein de services d'incendie et de secours (SDIS), vaccinées contre l'hépatite B.**

**I. LE DISPOSITIF INTRODUIT PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE**

***A. L'INDEMNISATION DES PRÉJUDICES IMPUTABLES À UNE VACCINATION OBLIGATOIRE***

L'article L. 3111-9 du code de la santé publique prévoit que sans préjudice des actions qui pourraient être exercées conformément au droit commun, la réparation intégrale des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire, est assurée par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), au titre de la solidarité nationale.

***B. UNE EXTENSION AUX PERSONNES, EXERÇANT OU AYANT EXERCÉ UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE OU VOLONTAIRE AU SEIN DE SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS, VACCINÉES CONTRE L'HÉPATITE B***

Le présent article additionnel, introduit à l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, vise à étendre ce dispositif d'indemnisation aux personnes exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle ou volontaire au sein de services d'incendie et de secours (SDIS) et qui ont été vaccinées contre l'hépatite B depuis la date d'entrée en vigueur de l'arrêté du 6 mai 2000 fixant les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des SDIS.

Comme l'a rappelé la ministre de la santé et des sports devant l'Assemblée nationale, par l'arrêté du 6 mai 2000, **le ministre de l'intérieur a étendu l'obligation de vaccination aux sapeurs-pompiers professionnels et volontaires des SDIS** ; cette obligation incluait la vaccination contre l'hépatite B.

Certes, le Conseil d'Etat, dans une décision du 15 février 2002, a estimé que le ministre de l'intérieur ne pouvait en 2000 légalement rendre obligatoire pour ces personnels les vaccinations prescrites à l'article L. 10 du code de la santé publique, dont la vaccination contre l'hépatite B fait partie, l'arrêté des ministres de la santé et du travail du 15 mars 1991 relatif aux obligations de vaccination ne mentionnant pas les SDIS. Ce n'est donc qu'avec l'arrêté du 29 mars 2005, complétant l'arrêté du 15 mars 1991, par l'adjonction des SDIS aux catégories d'établissements et d'organismes concernés par les obligations de vaccination que la vaccination en question des sapeurs-pompiers est juridiquement devenue obligatoire.

Pour autant, comme l'a rappelé la ministre de la santé et des sports, dès l'entrée en vigueur de l'arrêté du 6 mai 2000, **les personnels des SDIS ont pu légitimement croire que l'obligation de vaccination s'appliquait pleinement.** C'est pourquoi, dans un souci d'équité, le présent article propose d'assurer l'indemnisation des personnels vaccinés depuis cette date.

Selon les données du ministère de la santé, cette mesure concernerait **vingt sapeurs pompiers.** À ce stade, le coût moyen des indemnisations par sapeur pompier a été estimé à environ 100 000 euros.

## **II. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION DES FINANCES**

**Votre commission des finances est favorable à cette mesure d'équité.**

**Décision de la commission : votre commission des finances vous propose d'adopter cet article sans modification.**

## LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

### I. MODIFICATION DES CRÉDITS

#### *A. À TITRE RECONDUCTIBLE*

A l'initiative du Gouvernement, dans le cadre de la seconde délibération, l'Assemblée nationale a **réduit de 471 129 euros les autorisations d'engagement (AE)** et de **514 540 euros les crédits de paiement (CP)** de la mission « Santé », **afin de gager les ouvertures de crédits opérées lors de la seconde délibération**. Cet effort est porté par le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

#### *B. À TITRE NON RECONDUCTIBLE*

L'Assemblée nationale a ensuite **majoré, à titre non reconductible**, les crédits de la mission « Santé », pour un montant global de **676 400 euros en AE et en CP**, ainsi répartis :

- 147 000 euros sur le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 11 « Pilotage de la politique de santé publique », titre 6 ;

- 87 500 euros sur le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 12 « Accès à la santé et éducation à la santé », titre 6 ;

- 48 000 euros sur le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 13 « Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins », titre 6 ;

- 295 900 euros sur le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 14 « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades », titre 6 ;

- 48 500 euros sur le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 17 « Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain », titre 6 ;

- 40 000 euros sur le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 19 « Modernisation de l'offre de soins », titre 6 ;

- 9 500 euros sur le programme « Protection maladie », action 03 « Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante », titre 6.

### **C. SOLDE DE CES MODIFICATIONS DE CRÉDITS**

Le solde de ces modifications aboutit donc à augmenter, globalement, les crédits de la mission « Santé » de 205 271 euros en autorisations d'engagement et de 161 860 euros en crédits de paiement. Ces modifications de crédits sont ainsi réparties :

- + 195 771 euros en AE et + 152 360 euros en CP sur le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » ;

- + 9 500 euros en AE et en CP sur le programme « Prévention et sécurité sanitaire ».

## **II. ARTICLES RATTACHÉS ADOPTÉS PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE**

L'Assemblée nationale adopté huit articles additionnels :

- l'**article 86 bis** recentrant le panier de soins des bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat (AME) sur les actes à service médical suffisant ;

- l'**article 86 ter** tendant à soumettre à un agrément préalable la prise en charge de certains soins des bénéficiaires de l'AME ;

- l'**article 86 quater** tendant à donner aux caisses d'assurance maladie la possibilité de récupérer les sommes indûment versées aux bénéficiaires de l'AME ;

- l'**article 86 quinquies** tendant à limiter le nombre d'ayants-droit et à créer un droit de timbre annuel pour les bénéficiaires de l'AME ;

- l'**article 86 sexies** tendant à aligner le financement de l'indemnisation des accidents médicaux imputables à des activités de prévention en application de mesures sanitaires graves sur le régime de l'indemnisation des vaccinations obligatoires ;

- l'**article 86 septies** tendant à transformer la contribution CMU acquittée par les organismes complémentaires d'assurance santé en une taxe assise sur les cotisations payées par les assurés ;

- l'**article 86 octies** tendant à proroger de quatre ans la taxe assurant le financement du centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS) ;

- l'**article 86 nonies** tendant à permettre l'indemnisation des personnes, exerçant au sein de services d'incendie et de secours (SDIS), vaccinées contre l'hépatite B.

Ces articles sont commentés ci-dessus, dans la rubrique « Examen des articles ».

## EXAMEN EN COMMISSION

**Réunie le mercredi 17 novembre sous la présidence de M. Jean Arthuis, président, la commission a procédé à l'examen du rapport de M. Jean Jacques Jégou, rapporteur spécial, sur la mission « Santé » et les articles 86 bis à 86 nonies du projet de loi de finances pour 2011.**

**M. Jean Arthuis, président.** – Nous reprenons l'examen des rapports de nos rapporteurs spéciaux sur le projet de loi de finances pour 2011.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur spécial.** – La mission « Santé » rassemble pour 2011 1,22 milliard d'euros d'autorisations d'engagement (AE) et de crédits de paiement (CP). Comme j'ai l'habitude de le rappeler chaque année, le poids de cette mission doit être relativisé : d'une part, elle ne comprend pas de crédits de personnel - tous les crédits de rémunération des personnels concourant à la mise en œuvre des différents programmes de la mission sont regroupés dans la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » - ; d'autre part, cette mission est modeste lorsqu'on la rapporte aux dépenses d'assurance maladie (moins de 1 %).

L'architecture budgétaire de la mission est, une nouvelle fois, profondément remaniée cette année. Elle ne comprendra plus désormais que deux programmes : un programme 204 élargi « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » et le programme 183 « Protection maladie ». Si ce remaniement a le mérite de renforcer la lisibilité de la mission en regroupant dans un même programme l'ensemble des crédits destinés au financement des politiques de santé mises en œuvre par les agences régionales de santé (ARS), elle se réalise cependant au prix d'une plus grande rigidité de l'architecture de la mission.

En effet, le programme 204 est désormais composé à 90 % de subventions pour charge de service public et autres transferts destinés aux vingt-six ARS et aux onze opérateurs de la mission. Quant au programme 183, les marges de manœuvre du responsable de programme sont également étroites puisqu'il regroupe des crédits « contraints » : les dotations destinées à l'aide médicale de l'Etat (AME) et celles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

A la veille du dixième anniversaire de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), je m'interroge sur ces modifications successives qui sont en quelque sorte symptomatiques de certaines faiblesses de la LOLF, qu'il s'agisse de l'échec de l'interministérialité budgétaire ou des faibles marges de manœuvre des responsables de programme.

Je rappelle, en effet, que l'architecture de la mission « Santé » est issue, pour partie, de la suppression de la mission interministérielle « Sécurité sanitaire », dont notre collègue Nicole Bricq était rapporteure spéciale. La suppression de cette mission, qui faisait pourtant sens à son origine compte

tenu des liens étroits entre la santé humaine et la santé animale, a résulté de l'échec de l'interministérialité budgétaire : les deux programmes constituant la mission étaient totalement indépendants l'un de l'autre et ne faisaient pas l'objet d'une réelle concertation entre responsables de programme.

Enfin, le rattachement des crédits de personnel et de fonctionnement courant de la mission « Santé » à une autre mission budgétaire, ainsi que la désormais forte rigidité de l'architecture budgétaire de la mission, sont également assez éloignés de l'esprit de la LOLF. Ces deux éléments ôtent toute marge de manœuvre au Parlement s'agissant des moyens affectés à la politique publique de santé et de sécurité sanitaire, ainsi que tous moyens d'arbitrage au responsable de programme pour le pilotage des programmes de la mission dans une logique de performance.

Venons-en aux crédits de la mission. De façon générale, je relève que la programmation pluriannuelle de la mission « Santé » reflète les contraintes fixées à l'ensemble du budget général de l'Etat : si les plafonds de crédits de la mission augmentent de 2 % en 2011, ils progressent de seulement 0,4 % en 2012 et diminuent de 0,2 % en 2013.

Ce sont surtout les opérateurs qui subissent les objectifs d'économies du Gouvernement : leurs subventions pour charge de service public et leur plafond d'emplois sont globalement en forte diminution.

De façon générale, je suis favorable à ces mesures. En effet, j'ai, à de nombreuses reprises, attiré l'attention sur l'augmentation des moyens et des effectifs dédiés aux nombreux opérateurs du ministère de la santé. Plus spécifiquement, je souhaite souligner deux points. J'accueille, en premier lieu, favorablement la réduction des crédits de la nouvelle agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail, l'ANSES. En effet, lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2010, j'avais regretté que la fusion de l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) - mesure préconisée par la révision générale des politiques publiques (RGPP) -, se soit réalisée à moyens et à effectifs croissants. Si je comprenais qu'il était difficile, la première année, de prévoir une réduction des crédits destinés aux deux agences, je considérais néanmoins qu'à terme, il n'était pas compréhensible que ce type de rapprochement ne permette pas une optimisation des moyens consacrés aux fonctions support de ces agences. L'impulsion semble être donnée cette année.

Une autre agence est frappée de plein fouet, cette année, par les objectifs d'économies du Gouvernement : l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) puisqu'elle ne recevra pas de subvention en 2011, 2012 et 2013. Ceci n'est pas sans poser certaines difficultés : outre qu'il convient de s'assurer que cette décision ne remette pas en cause la capacité de l'agence à remplir ses missions, je m'interroge sur le message négatif qu'une telle mesure pourrait entraîner : une agence de sécurité sanitaire, chargée de délivrer des autorisations de mise sur le marché de

produits de santé, serait désormais en quasi totalité financée par des taxes affectées issues du secteur de l'industrie du médicament.

Je voudrais maintenant dire quelques mots sur les deux programmes de la mission, en commençant par le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

Si la forte révision à la baisse des dépenses liées à la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1)v est positif tant du point de vue de la santé publique que des finances publiques, elle n'en entraîne pas moins de nouvelles difficultés de suivi des crédits destinés à la gestion des risques sanitaires : la résiliation d'une partie des commandes de vaccins conduit en effet à « une remise à zéro des compteurs », qu'il s'agisse des dotations pour 2010 et 2011 de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) ou de la contribution exceptionnelle des complémentaires santé aux dépenses liées à la grippe A.

Dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, n'ayant pas été satisfait par les réponses de la ministre de la santé sur la question du renouvellement d'une partie des stocks de produits de santé gérés par l'EPRUS, le Sénat a adopté l'amendement présenté par les deux commissions des finances et des affaires sociales tendant à supprimer la dotation de l'assurance maladie à l'EPRUS pour 2011. La tâche revient à la ministre de nous fournir des éléments plus précis d'ici la commission mixte paritaire.

L'année 2011 sera, en outre, marquée par la première année de plein exercice des ARS. Si j'approuve la mise en place de ces structures qui constitue une réforme majeure du pilotage territorial des politiques de santé, j'insiste sur la nécessité de renforcer l'information sur les crédits qui leur sont destinés. La globalisation de leurs dotations d'intervention est certes la contrepartie de l'autonomie accordée à ces agences qui sont libres de définir les dispositifs qu'elles financent. Il apparaît néanmoins indispensable de disposer, en amont, au moment de l'examen du projet de loi de finances initiale, d'une information consolidée sur les crédits destinés aux ARS et, en aval, au moment de l'examen du projet de loi de règlement, d'un suivi de la consommation de leurs crédits d'intervention par grand axe de santé publique. Or ces informations sont encore lacunaires aujourd'hui.

Plus ponctuellement, je souhaite attirer l'attention sur une certaine tendance au saupoudrage des crédits de la mission, qu'il s'agisse du financement de nombreuses études, colloques ou ateliers, ou du versement de subventions à certaines associations. La pertinence de certaines de ces mesures au regard de leur coût n'est pas aisée et leur rattachement à la mission « Santé » non évident.

Deux exemples parmi beaucoup d'autres : l'exploitation des rapports annuels d'activité et de performance des centres de prévention « vaccination et lutte contre la tuberculose » (10 000 euros) ; le financement des analyses de diagnostic/dépistage de la rage chez certains animaux ou celui de

l'observatoire de la qualité de l'alimentation, qui trouveraient davantage leur place au sein de la mission « Agriculture ». Cette mission comprend notamment un programme 206 « Sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation ».

Je voudrais terminer par le programme « Protection maladie », qui ne porte quasiment plus qu'une seule dépense. En effet, l'Etat ne versera pas de subvention au fonds « CMU » en 2011, comme en 2009 et en 2010, en raison du doublement du taux de la contribution des organismes complémentaires au fond intervenue en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Ceci en dépit de la forte revalorisation, bienvenue, de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Dans ces conditions, la principale dépense du programme est l'aide médicale de l'Etat, les crédits inscrits dans le présent projet de loi progressant fortement, pour la troisième année consécutive, pour atteindre 588 millions d'euros.

Il convient de rappeler que ces crédits ont longtemps été sous-évalués mais qu'un assainissement de la situation est intervenu depuis 2007 : les dotations initiales ont été régulièrement réévaluées et les dettes à l'égard de la sécurité sociale à ce titre apurées en 2007 et en 2009.

Dans ce contexte, la réévaluation de la dotation prévue pour 2011 de 53 millions d'euros représente un effort bienvenu qui devrait certainement limiter la formation de nouvelles dettes.

Des propositions pour mieux maîtriser le dispositif de l'AME ont récemment vu le jour. Une mission d'audit de modernisation, confiée en 2007 aux inspections générales des affaires sociales et des finances, avait déjà formulé un certain nombre de pistes de réforme qui ont été, pour la plupart, mises en œuvre : extension du dispositif « tiers payant contre génériques » ; mise en place à titre expérimental d'un titre sécurisé ; extension du champ de la mise sous accord préalable à l'AME.

Sans attendre les conclusions de la nouvelle mission d'inspection sur ce sujet qui devrait rendre ses conclusions à la fin du mois de novembre, l'Assemblée nationale a adopté plusieurs mesures, lors de l'examen de la présente mission, tendant à créer un droit d'entrée annuel par adulte bénéficiaire de l'AME ; limiter le nombre des ayants-droit aux seuls enfants et conjoints ; restreindre le panier de soins aux seuls actes dont le service médical rendu est important ou modéré ; déléguer le pouvoir de récupération des indus aux caisses primaires d'assurance maladie.

Si l'on peut comprendre ce souhait de mieux maîtriser ces dépenses, il convient néanmoins de ne pas se méprendre. L'AME constitue un dispositif de faible taille au regard de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie et il est assez illusoire d'attendre des économies substantielles d'une réforme de l'AME, sauf à remettre en cause la politique d'immigration de notre pays ou à encourir des risques graves en matière de santé publique. Le niveau de la

dépense d'AME est, en effet, largement corrélé au nombre d'étrangers en situation irrégulière sur le territoire national et répond à un double objectif humanitaire et de santé publique.

J'insiste surtout en ce domaine sur la nécessité de veiller au juste équilibre entre l'amélioration de l'efficacité du dispositif et le maintien d'un accès aux soins satisfaisant des étrangers en situation irrégulière. Je regrette que ces mesures aient été adoptées avant même que la mission conjointe d'inspection ait pu rendre ses conclusions.

Sous réserve de ces observations, je vous propose d'adopter les crédits de la mission « Santé » sans modification.

Venons-en aux huit articles rattachés à la mission. L'Assemblée nationale a adopté quatre articles relatifs à l'aide médicale de l'Etat :

- l'article 86 *bis* (nouveau) tend à recentrer le panier de soins pris en charge à 100 % des bénéficiaires de l'AME sur les actes à service médical suffisant ou important ;

- l'article 86 *ter* (nouveau) tend à soumettre à un agrément préalable la prise en charge de certains soins des bénéficiaires de l'AME ;

- l'article 86 *quater* (nouveau) vise à donner aux caisses d'assurance maladie la possibilité de récupérer les sommes indûment versées aux bénéficiaires de l'AME ;

- l'article 86 *quinquies* (nouveau) vise à créer un droit de timbre annuel de trente euros pour les bénéficiaires de l'AME et à limiter le nombre d'ayants-droit.

Sans revenir sur les observations que j'ai formulées dans mon intervention liminaire, j'insiste sur les difficultés techniques que certains de ces dispositifs risquent d'entraîner, notamment compte tenu de la faible solvabilité des populations concernées.

Quatre autres dispositifs ont été introduits par nos collègues députés :

- l'article 86 *sexies* (nouveau) vise à aligner le financement de l'indemnisation des accidents médicaux imputables à des activités de prévention, de diagnostic ou de soins réalisées en application de mesures sanitaires graves sur le régime de l'indemnisation des vaccinations obligatoires : c'est une mesure de simplification bienvenue ;

- l'article 86 *septies* (nouveau) propose de transformer la contribution CMU acquittée par les organismes complémentaires d'assurance santé en une taxe assise sur les cotisations payées par les assurés ayant souscrit un contrat d'assurance santé complémentaire. La transformation opérée est indolore tant pour le Fonds CMU, que pour les assurés. Cette mesure aura pour conséquence de neutraliser les effets des augmentations ou diminutions de la contribution sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires et, corrélativement, sur le niveau de fonds propres qu'ils doivent posséder. Il s'agit là d'une exigence de compétitivité bienvenue pour notre secteur

assurantiel alors même qu'il va devoir s'adapter en profondeur avec le nouveau cadre de « Solvabilité 2 ». Mais cette mesure risque de diminuer l'assiette et donc le rendement de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à laquelle sont assujettis les contrats « responsables et solidaires ». Cette mesure fait partie du « panier percé » affecté à la branche famille...

- l'article 86 *octies* (nouveau) proroge de quatre ans la taxe assurant le financement du centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS). C'est la deuxième fois que le Gouvernement nous propose une prorogation. Je souhaite que l'examen de la mission en séance publique soit l'occasion pour le Gouvernement de nous dresser un bilan de l'activité de ce centre ;

- enfin, l'article 86 *nonies* (nouveau) tend à permettre l'indemnisation des personnes, exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle ou volontaire au sein de services d'incendie et de secours (SDIS), vaccinées contre l'hépatite B. C'est une mesure également bienvenue.

Sous réserve de ces observations, je vous propose d'adopter les huit articles rattachés à la mission « Santé » sans modification.

**M. Jean Arthuis, président.** – Vous avez insisté sur le caractère modeste des crédits de la mission « Santé » au regard des dépenses d'assurance maladie. Vous soulignez également la revalorisation de la dotation au dispositif de l'AME qui concourt à une meilleure sincérité budgétaire.

**M. Michel Sergent.** – Où en est le dossier médical personnel (DMP) ?

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur spécial.** – Le DMP a été créé en 2004 par Philippe Douste-Blazy. J'ai mené une mission de contrôle sur ce sujet en 2005. Les systèmes d'information dans le secteur de la santé montraient alors de nombreuses faiblesses. Par exemple, à cette époque, l'informatique était encore un enseignement optionnel des futurs directeurs d'hôpitaux. Roselyne Bachelot-Narquin, alors ministre de la santé et des sports, m'avait assuré que le dossier redémarrerait. Attendons ce que feront Xavier Bertrand et Nora Berra, récemment nommés. Mais, je suis assez inquiet sur ce sujet, pourtant essentiel.

**M. Jean Arthuis, président.** – Mais le DMP ne peut être en quelque sorte que « la cerise sur le gâteau » ! Il faut auparavant que l'ensemble du système de soins soit informatisé et interopérable.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur spécial.** – Des progrès ont été réalisés par les médecins de ville. Mais les liens entre l'hôpital et la médecine de ville sont encore trop limités.

**M. Jean Arthuis, président.** – C'est une question de pilotage. Des économies importantes peuvent être attendues d'une meilleure gestion de l'hôpital.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur spécial.** – Le problème tient aussi au fait que chaque établissement de santé a tendance à développer son propre système d'information qui n'est pas interopérable avec les autres.

**M. Jean Arthuis, président.** – Les pratiques et les dotations de moyens sont en effet très variables d'une région à l'autre.

**M. Adrien Gouteyron.** – Où en est-on de la mise en place des maisons de santé ?

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur spécial.** – C'est davantage un sujet relevant du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). La mission « Santé » ne comporte en effet pas de crédits destinés aux maisons de santé. Cette année, au cours de l'examen du PLFSS, ce sont surtout les maisons de naissance qui ont fait débat. L'article proposant leur mise en place a, d'ailleurs, été supprimé par le Sénat.

**M. François Trucy.** – Le recours à l'informatique dans le secteur des soins de ville s'est amélioré. Mais il est vrai que des efforts supplémentaires sont nécessaires. Il y a là des sources d'économies indéniables.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur spécial.** – Non seulement un dossier médical personnel permettrait d'éviter certains troubles iatrogènes, mais en plus il serait sources d'efficience et donc d'économies.

**A l'issue de ce débat, la commission des finances a alors décidé de proposer au Sénat l'adoption, sans modification, des crédits de la mission « Santé » ainsi que des articles 86 *bis* à 86 *nonies*.**

\*

\* \*

**Réunie à nouveau le jeudi 18 novembre 2010 sous la présidence de Jean Arthuis, président, la commission, après avoir pris acte des modifications apportées par l'Assemblée nationale, a confirmé sa décision de proposer au Sénat l'adoption, sans modification, des crédits de la mission « Santé » et des articles 86 *bis* à 86 *nonies*.**