

N° 148

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

Enregistré à la Présidence du Sénat le 22 novembre 2012

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

au nom de la commission des finances (1) sur le projet de loi de finances pour 2013, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. François MARC,

Sénateur,

Rapporteur général.

TOME III

MOYENS DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DISPOSITIONS SPÉCIALES

(Seconde partie de la loi de finances)

ANNEXE N° 26

SANTÉ

COMPTE DE CONCOURS FINANCIERS : AVANCES AUX ORGANISMES DE
SÉCURITÉ SOCIALE

Rapporteur spécial : M. Jean-Pierre CAFFET

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Marini, président ; M. François Marc, rapporteur général ; Mme Michèle André, première vice-présidente ; Mme Marie-France Beaufils, MM. Jean-Pierre Caffet, Yvon Collin, Mme Frédérique Espagnac, M. Jean-Claude Frécon, Mme Fabienne Keller, MM. Roland du Luart, Aymeri de Montesquiou, Albéric de Montgolfier, vice-présidents ; MM. Philippe Dallier, Jean Germain, Claude Haut, François Trucy, secrétaires ; MM. Philippe Adnot, Jean Arthuis, Claude Belot, Michel Berson, Éric Bocquet, Yannick Botrel, Joël Bourdin, Christian Bourquin, Serge Dassault, Vincent Delahaye, Francis Delattre, Mme Marie-Hélène Des Esgaulx, MM. Éric Doligé, Philippe Dominati, Jean-Paul Emorine, André Ferrand, François Fortassin, Thierry Foucaud, Yann Gaillard, Charles Guené, Edmond Hervé, Pierre Jarlier, Roger Karoutchi, Yves Krattinger, Dominique de Legge, Marc Massion, Gérard Miquel, Georges Patient, François Patriat, Jean-Vincent Placé, François Rebsamen, Jean-Marc Todeschini, Richard Yung.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 235, 251 à 258 et T.A. 38

Sénat : 147 (2012-2013)

SOMMAIRE

Pages

LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DE VOTRE RAPPORTEUR SPÉCIAL	5
I. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »	7
A. UNE MISSION AU SERVICE D'UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ	7
1. <i>Les objectifs de la mission « Santé »</i>	7
2. <i>Une architecture de la mission stabilisée, malgré un périmètre changeant</i>	7
3. <i>Les réformes intervenues au cours de l'année 2012</i>	8
4. <i>La stratégie nationale de santé</i>	8
B. LA LOI DE PROGRAMMATION DES FINANCES PUBLIQUES POUR LES ANNÉES 2012 À 2017.....	9
C. DES CRÉDITS EN BAISSÉ AU TITRE DE L'EXERCICE 2013	10
D. UNE GESTION CONTRAINTÉ DES CRÉDITS DE LA MISSION.....	12
1. <i>Une répartition rigide</i>	12
2. <i>L'absence de crédits de personnel</i>	13
E. UNE RATIONALISATION PERFECTIBLE DES DÉPENSES FISCALES	13
II. LE PROGRAMME 204 « PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS »	16
A. LA PARTICIPATION DU PROGRAMME À L'EFFORT DE MAÎTRISE DES DÉPENSES.....	16
B. UNE INFORMATION TOUJOURS LIMITÉE SUR LES CRÉDITS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ	17
1. <i>Le financement éclaté</i>	17
2. <i>L'absence de données consolidées</i>	18
3. <i>Les informations disponibles pour l'exercice 2013</i>	20
a) <i>Les dépenses de fonctionnement</i>	20
b) <i>Les dépenses d'intervention</i>	20
c) <i>Le total des crédits confiés aux ARS en 2013</i>	22
C. LES ASSOCIATIONS SUBVENTIONNÉES AU TITRE DU PROGRAMME.....	22
1. <i>17,2 millions d'euros de subventions accordées aux associations</i>	22
2. <i>La doctrine d'attribution des subventions</i>	25
III. LE PROGRAMME 183 « PROTECTION MALADIE »	26
A. LA MISE À ZÉRO DE LA SUBVENTION VERSÉE PAR L'ÉTAT AU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE	26
B. LA STABILISATION DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT.....	27
1. <i>L'Aide médicale d'Etat</i>	27
2. <i>La montée en charge du dispositif</i>	28
3. <i>Des voies critiquables de maîtrise des dépenses d'AME</i>	28
4. <i>Les leviers de la stabilisation des dépenses d'AME</i>	29

C. L'ACCÈS À LA PROTECTION MALADIE COMPLÉMENTAIRE	30
1. <i>Les missions du Fonds CMU</i>	30
2. <i>L'évolution des ressources du Fonds CMU</i>	31
a) L'Etat ne verse plus de subvention d'équilibre depuis 2009.....	31
b) Les taxes affectées	31
3. <i>La montée en charge de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé</i>	33
4. <i>La lutte contre les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU</i>	33
a) Les dispositifs de sanction	34
b) Les mesures d'information	35
IV. LE COMPTE DE CONCOURS FINANCIERS « AVANCES AUX ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE »	35
A. UN COMPTE DE CONCOURS FINANCIERS QUI NE CONCERNERA QUE LES AFFECTATIONS DE TVA À LA SÉCURITÉ SOCIALE	36
B. UN COMPTE DIVISÉ EN DEUX PROGRAMMES	37
LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE	39
EXAMEN EN COMMISSION	41

LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DE VOTRE RAPPORTEUR SPÉCIAL

1°) **La mission « Santé » participe à l'effort de maîtrise des dépenses prévu par la loi de programmation des finances publiques pour 2012 à 2017.** Ainsi, dans le cadre du budget triennal, sa dotation diminue de 1,41 à 1,29 milliard d'euros entre 2012 et 2013, puis est stabilisée à 1,30 milliard d'euros en 2014 et 2015. Cette trajectoire tient compte notamment :

- de la consommation des réserves du **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** ;

- de l'évolution des crédits consacrés au financement de la **formation médicale initiale** ;

- de la stabilisation des dépenses de l'**Aide médicale d'Etat (AME)**.

2°) Au titre de l'exercice 2013, le montant des crédits de la mission est arrêté à **1 289,2 millions d'euros** en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP). A périmètre constant, le budget de celle-ci est réduit de **113,1 millions d'euros**, soit une baisse de 8 % par rapport à 2012. Cette diminution s'explique principalement par :

- **la mise à zéro de la subvention au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**, dont les réserves sont évaluées à 337 millions d'euros à la fin de l'exercice 2012 (la subvention de l'Etat au FIVA était de 50 millions d'euros en AE et CP en 2012) ;

- **l'optimisation des dotations aux services déconcentrés et aux opérateurs de la mission.** Il s'agit notamment des agences régionales de santé (ARS) et des opérateurs qui disposent d'importantes réserves comme l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Les économies dégagées à ce titre représentent **45,7 millions d'euros**.

3°) **L'effort de maîtrise des dépenses ne se fait pas au détriment des finalités essentielles de la mission.** Les dépenses d'AME sont stabilisées à 588 millions d'euros en AE et CP du fait de la **réforme de la tarification des prestations hospitalières** qui permettra 100 millions d'euros d'économies en 2013. Par ailleurs, **les dispositifs d'accès à la protection maladie complémentaire continuent à monter en charge** sans qu'il soit nécessaire pour l'Etat de verser une subvention d'équilibre au Fonds CMU. Ce dernier bénéficie à cet effet de nouvelles taxes affectées à partir de 2013 qui permettront d'assurer sa stabilité financière.

4°) Cette année encore, **votre rapporteur spécial n'a pu bénéficier d'une vision consolidée des crédits attribués aux agences régionales de santé (ARS)**. Cette lacune étant préjudiciable à la bonne information du Parlement, il souhaiterait que soit communiqué à ce dernier, avant l'examen des projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale, une information consolidée sur les ressources attribuées aux ARS et sur leurs dépenses prévisionnelles.

* *
*

Au 10 octobre 2012, 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, 40 % des réponses portant sur la mission « Santé » étaient parvenues à votre rapporteur spécial. Ce taux était de 100 % au 31 octobre 2012.

I. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »

A. UNE MISSION AU SERVICE D'UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ

1. Les objectifs de la mission « Santé »

Le périmètre de la mission « Santé » demeure limité dès lors que **l'essentiel des problématiques de santé relèvent du champ des lois de financement de la sécurité sociale**. Toutefois, cette mission, pilotée par le ministère des affaires sociales, constitue un outil essentiel mis à la disposition du Gouvernement afin de mener une politique basée sur une approche globale de la santé. Aussi cette dernière poursuit-elle trois objectifs :

- promouvoir la **prévention** ;
- assurer l'**égal accès aux soins** ;
- garantir la **protection contre les risques sanitaires**.

2. Une architecture de la mission stabilisée, malgré un périmètre changeant

Les moyens mis à disposition de ces objectifs sont regroupés au sein de deux programmes :

- le programme 204 « **Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins** », piloté par la direction générale de la santé ;
- le programme 183 « **Protection maladie** », piloté par la direction de la sécurité sociale.

La maquette de la mission est restée stable depuis la fusion, en 2011, des anciens programmes 204 « Prévention et sécurité sanitaire » et 171 « Offre de soins et qualité du système de soins » au sein de l'actuel programme 204. Cette opération a permis de réunir dans un programme unique les dépenses d'intervention destinées aux agences régionales de santé (ARS).

Toutefois, il faut rappeler que **l'exercice 2012 a été marqué par une modification conséquente du périmètre de la mission**. En effet, dans le cadre de la rénovation du système de sécurité sanitaire des produits de santé, les crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » ont été augmentés de près de 150 millions d'euros. Il s'agissait de tirer les conséquences de la création **de la nouvelle Agence nationale de sécurité**

du médicament et des produits de santé (ANSM)¹ et, surtout, de la budgétisation des ressources de cette dernière².

En 2013, le périmètre de la mission est, dans une moindre mesure, à nouveau modifié. Les crédits attribués à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, auparavant portés par la mission « Outre-Mer », sont transférés au programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

3. Les réformes intervenues au cours de l'année 2012

La loi de finances pour 2011³ avait institué un droit de timbre que les demandeurs majeurs de l'Aide médicale d'Etat devaient acquitter annuellement afin de pouvoir bénéficier du dispositif, ainsi qu'un agrément préalable pour les soins hospitaliers coûteux. Cependant, **ces dispositifs avaient fortement réduit l'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière.**

Aussi, conformément à un engagement du Président de la République, la deuxième loi de finances rectificative pour 2012⁴ a-t-elle prévu la **suppression du droit de timbre et de l'agrément préalable⁵.**

4. La stratégie nationale de santé

Au cours des années à venir, la mission « Santé » sera mise au service de la **stratégie nationale de santé**, annoncée par le Premier ministre, Jean-Marc Ayrault, lors de sa déclaration de politique générale, le 3 juillet 2012, devant l'Assemblée nationale. Ce dernier a déclaré vouloir « **rebâtir le système de santé** ». Cette stratégie sera définie au cours des mois à venir et devra répondre aux objectifs suivants :

- **favoriser l'accès aux soins**, aujourd'hui contrarié par l'augmentation des « restes à charge », le développement des déserts médicaux et les dépassements d'honoraires pratiqués par certains professionnels de santé ;

- **adapter le système de santé** aux grands enjeux que sont le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, etc.

¹ L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a été créée par la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

² L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), qui a été remplacée par l'ANSM, était essentiellement financée par des taxes affectées acquittées par les laboratoires pharmaceutiques. A la suite de l'affaire du Mediator®, ces taxes affectées ont été remplacées par une subvention de l'Etat afin de supprimer tout lien avec l'industrie pharmaceutique et, ainsi, éviter les conflits d'intérêt.

³ Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

⁴ Loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012.

⁵ Cf. infra, l'analyse de votre rapporteur spécial sur l'Aide médicale d'Etat (AME).

Il faut, en effet, rappeler que les grandes orientations de la politique de santé publique n'ont pas été redéfinies depuis la loi du 9 août 2004¹.

B. LA LOI DE PROGRAMMATION DES FINANCES PUBLIQUES POUR LES ANNÉES 2012 À 2017

L'article 10 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017² a arrêté, **pour les exercices 2013 à 2015, les plafonds des crédits alloués à la mission « Santé »**. Ces plafonds sont repris dans le tableau ci-dessous :

Plafonds des crédits de la mission « Santé » dans le cadre du budget triennal 2013-2015⁽¹⁾

(en milliards d'euros)

LFI 2012 (au format 2013)⁽²⁾	PLF 2013	2014	2015
1,41	1,29	1,30	1,30

(1) Les plafonds de mission « Santé » sont présentés hors contribution directe de l'Etat au compte d'affectation spéciale « Pensions », comme les autres missions du budget général.

(2) Le format 2013 de la mission tient compte du transfert à la mission « Santé » des crédits attribués à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna.

Source : extraits de l'article 10 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017

Aussi **la mission contribue-t-elle pleinement à l'effort de rétablissement des finances publiques**. En effet, entre 2012 et 2013, ses crédits sont **réduits de près de 8 %** (à périmètre constant), puis sont stabilisés au-delà.

Selon le projet annuel de performances de la présente mission, cette trajectoire triennale tient compte notamment :

- d'une **stabilisation des crédits destinés à l'Aide médicale d'Etat (AME)** ;

- de l'**évolution des crédits consacrés au financement de la formation médicale initiale**. En effet, du fait de l'évolution du numerus clausus, la dotation afférente doit diminuer en 2013 (-5 millions d'euros), puis augmenter en 2014 et 2015 (respectivement de 7 et 15 millions d'euros) ;

- de la **consommation des réserves du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**, permettant une réduction de la contribution de l'Etat au cours des trois années à venir.

¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

² Le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 est actuellement en cours d'examen par le Parlement.

Les efforts de maîtrise des dépenses consentis par la mission « Santé » apparaissent clairement dans le cadre de l'exercice 2013.

C. DES CRÉDITS EN BAISSÉ AU TITRE DE L'EXERCICE 2013

La dotation de la mission « Santé » **diminue d'environ 6 %** entre la loi de finances pour 2012 et le présent projet de loi de finances qui l'arrête à **1 289,2 millions d'euros autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP)**. Toutefois, s'il est tenu compte du changement de périmètre occasionné par le transfert des crédits de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna à la mission¹, l'enveloppe de cette dernière enregistre une **baisse de près de 8 % en 2013**, comme on vient de le voir.

La réduction du budget de la mission de **113,1 millions d'euros** en AE et CP, à périmètre constant, s'explique principalement par :

- **la mise à zéro de la subvention au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**. Comme cela a été indiqué précédemment, compte tenu du niveau important des réserves du fonds, il a été décidé de financer ses dépenses prévisionnelles par prélèvement sur le fonds de roulement. Aussi la mission « Santé » n'a-t-elle pas à prévoir, au titre de l'exercice 2013, la subvention de **50 millions d'euros** en AE et CP qui avait été accordée au FIVA en 2012 ;

- **l'optimisation des dotations aux services déconcentrés et aux opérateurs de la mission**. Les enveloppes de ces opérateurs ont notamment été redéfinies en tenant compte de leurs réserves. Ainsi, les subventions à **l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)²** et à **l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)³** sont, à elles deux, réduites de **13,3 millions d'euros** en AE et CP. Par ailleurs, les dépenses du Fonds d'intervention régional (FIR)⁴ sont diminuées à hauteur de **32,4 millions d'euros** en AE et CP.

¹ Ce transfert occasionne une hausse de 26,0 millions d'euros des crédits de l'action 19 « Modernisation de l'offre de soins » du programme 204.

² La subvention à l'EPRUS est comptabilisée au sein de l'action 16 « Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires » du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

³ Les crédits de l'ANSM sont inscrits à l'action 17 « Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain » du programme 204.

⁴ La dotation du FIR relève de l'action 18 « Projets régionaux de santé » du programme 204.

Évolution des crédits de la mission « Santé » 2012-2013

(en millions d'euros)

	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	LFI 2012	PLF 2013	Évolution en %	LFI 2012	PLF 2013	Évolution en %
Programme 204 : Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	738,3	701,2	-5,0 %	738,3	701,2	-5,0 %
Action 11 : Pilotage de la politique de santé publique	84,0	85,6	+1,9 %	84,0	85,6	+1,9 %
Action 12 : Accès à la santé et éducation à la santé	30,7	25,9	-15,6 %	30,7	26,1	-15,0 %
Action 13 : Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	9,7	9,8	+1,0 %	9,7	9,8	+1,0 %
Action 14 : Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	67,3	66,7	- 0,9 %	67,3	66,5	-1,2 %
Action 15 : Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	21,6	21,5	-0,5 %	21,6	21,5	-0,5 %
Action 16 : Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	27,3	20,4	-25,3 %	27,3	20,4	-25,3 %
Action 17 : Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	161,4	150,3	-6,9 %	161,4	150,4	-6,8 %
Action 18 : Projets régionaux de santé	182,5	150,0	-17,8 %	182,5	150,0	-17,8 %
Action 19 : Modernisation de l'offre de soins	153,8	170,9	+11,1 %	153,8	170,9	+11,1 %
Programme 183 : Protection maladie	638,0	588,0	-7,8%	638,0	588,0	-7,8%
Action 01 : Accès à la protection maladie complémentaire	0	0	0,0 %	0	0	0,0 %
Action 02 : Aide médicale de l'Etat	588,0	588,0	0,0 %	588,0	588,0	0,0 %
Action 03 : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amianté	50,0	0	-100,0 %	50,0	0	-100,0 %
Total	1 376,3	1 289,2	-6,3 %	1 376,3	1 289,2	-6,3 %

Source : commission des finances (données du projet annuel de performances pour 2013 de la mission « Santé »)

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du Gouvernement et avec l'avis favorable de la commission des finances, un amendement tendant à **minorer les crédits de la mission « Santé » à hauteur de 2,3 millions d'euros en AE et CP** afin de gager les ouvertures de crédits opérées lors de la discussion de la seconde partie du projet de loi de finances. Cette réduction a exclusivement porté sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

Aussi la mission bénéficiera-t-elle d'une enveloppe de **1 286,9 millions d'euros en AE et CP** au titre de l'exercice 2013.

D. UNE GESTION CONTRAINTE DES CRÉDITS DE LA MISSION

1. Une répartition rigide

Les deux programmes de la mission « Santé » présentent une grande rigidité, inhérente à leur finalité. Le **programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »**, tout d'abord, a principalement vocation à porter les crédits destinés au financement du **système de sécurité sanitaire**, de la mission de prévention, promotion de la santé, veille et sécurité sanitaire dévolue aux **agences régionales de santé (ARS)** et de la **formation des médecins**. Par ailleurs, le programme finance l'expertise utile à la définition d'une politique de santé publique. Assurées dans leur majeure partie par des opérateurs et des entités à l'autonomie relativement prononcée, ces missions ne peuvent faire l'objet que d'un **pilotage limité par les responsables de programme**. A ce titre, le programme 204 est composé à **96 % de subventions pour charge de service public et de transferts aux autres collectivités**, reversées aux ARS ainsi qu'aux nombreux opérateurs qui lui sont rattachés.

Il doit également être souligné qu'en 2013, près de **10 % des crédits en AE et CP de la mission « Santé »**, soit 18 % de ceux consacrés au programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », sont **destinés à un seul opérateur, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**.

Pour ce qui est du **programme 183 « Protection maladie »**, les marges de manœuvre du responsable de programme sont également restreintes dès lors que la **totalité de ses crédits sont contraints**. Le programme a pour finalité exclusive d'apporter les dotations de l'**Aide médicale d'Etat** et du **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**, ainsi qu'une subvention d'équilibre au **Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU)**.

2. L'absence de crédits de personnel

Les marges de manœuvre réduites dont disposent les responsables de programme sont également imputables à l'absence de crédits de personnel au sein de la mission « Santé ». Si, depuis 2009, celle-ci regroupe l'ensemble des crédits « sanitaires » relevant du ministère chargé de la santé, elle ne comprend toujours pas de programme support. Les crédits de rémunération des personnels concourant à la mise en œuvre des différents programmes de la mission sont regroupés, en effet, dans le programme 124 « 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 s'est accentué à partir de 2010, lorsque l'ensemble des **moyens de fonctionnement des ARS** ont été placés dans le programme 124 précité.

Ainsi, les schémas de déversement analytique présentés dans le projet annuel de performance pour 2013 font apparaître une **contribution globale** du programme 124 aux actions de la mission « Santé » à hauteur de **136,2 millions d'euros** en 2013. Plus de **10 % du coût complet** de la mission « Santé » est donc supporté par le programme support de la mission « Solidarité ».

L'affectation des crédits destinés aux fonctions support au sein du programme d'une autre mission semble davantage relever d'une **vision administrative et de respect des périmètres ministériels que de la logique de mission propre à la loi organique relative aux lois de finances (LOLF)**. Une telle logique implique que les responsables de programme disposent de marges de manœuvre suffisantes dans la gestion des ressources qui leur sont confiées, à travers notamment la **fongibilité des crédits**. En effet, **le budget d'un programme doit s'efforcer de regrouper l'ensemble des moyens financiers et humains qui contribuent à la réalisation d'une politique identifiée**, ce qui n'est pas le cas pour la mission « Santé ».

E. UNE RATIONALISATION PERFECTIBLE DES DÉPENSES FISCALES

L'impact total des dépenses fiscales rattachées à la mission « Santé » approche 2 892 millions d'euros en 2013, soit 2 309 millions d'euros pour le programme 204 et 583 millions d'euros pour le programme 183. Cependant, **il est nécessaire de rappeler que la principale d'entre elles a disparu en 2011**. L'exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) en faveur des contrats « responsables et solidaires », transformée en taxation à taux réduit par la loi de finances pour 2011, est désormais affectée à la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et à la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). **Ayant perdu**

son caractère budgétaire, cette dépense fiscale n'est plus rattachée à la mission.

Pour autant, **les dépenses fiscales continuent d'être supérieures (de plus de 124 %) aux crédits dont dispose la mission.** Si cette situation n'est pas, en tant que telle, critiquable, plusieurs éléments conduisent néanmoins à s'interroger :

- sur les 13 dépenses fiscales de la mission, 5 présentent un **coût inférieur à 0,5 million d'euros ou ne sont pas chiffrables** ;

- l'analyse du **rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et de niches sociales**, dit « rapport Guillaume », révèle que **les dépenses fiscales qui ont été évaluées comme inefficaces, soit celles qui ont obtenu un score égal à 0¹, ont représenté un coût de 670 millions d'euros** en 2013, ce qui correspond à un peu plus du quart de l'ensemble des dépenses fiscales associées à la mission.

Tout semble donc indiquer qu'une plus grande rationalisation des dépenses fiscales rattachées à la mission « Santé » reste possible.

Le tableau de la page suivante reprend les dépenses fiscales associées à la mission « Santé » ainsi que l'évaluation qui en a été faite dans le « rapport Guillaume » remis au Parlement en septembre 2011 :

¹ Cf. la légende du tableau ci-dessous.

Dépenses fiscales sur les impôts d'État contribuant au programme de manière principale

	Chiffrage pour 2013 (1)	Évaluation (2)
Taux de 2,10 % de TVA applicable aux médicaments remboursables ou soumis à autorisation temporaire d'utilisation et aux produits sanguins	1 920	3
Exonérations des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies « longues et coûteuses »	320	0
Taux de 5,5 % de TVA pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés	50	3
Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés	10	3
Exonération d'impôts sur le revenu, à hauteur de 60 jours par an, de la rémunération perçue au titre de la permanence des soins par les médecins ou leurs remplaçants installés dans certaines zones rurales ou urbaines	7	1
Exonération des plus-values réalisées à l'occasion de la reconversion des débits de boissons	2	-
Exonération de taxe sur la publicité télévisée sur les messages passés pour le compte d'œuvres d'utilité publique à l'occasion de grandes campagnes nationales	nc	-
Amortissement exceptionnel pour dépenses de mise aux normes dans les hôtels, cafés et restaurants	0	-
Exonération totale puis à hauteur de 50 % des indemnités et prestations servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles	350	0
Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante	8	3
Réserve spéciale de solvabilité constituée par les mutuelles et unions régies par le Code de la mutualité et les institutions de prévoyance régies par les dispositions du Code de la sécurité sociale ou du Code rural à hauteur d'une fraction dégressive de leur résultat imposable des exercices ouverts entre 2009 et 2013	225	-
Exonération de l'impôt sur les sociétés des organismes d'assurance sur les résultats portant sur la gestion des contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative et à des opérations collectives à adhésion obligatoire	ε	-
Déduction de l'actif successoral des rentes ou indemnités versées ou dues en réparation de dommages corporels liés à un accident ou une maladie	nc	-
Coût total des dépenses fiscales	2 892	

(1) en millions d'euros.

(2) Des scores allant de 0 à 3 sont attribués à chaque dépense fiscale ; 0 désigne une dépense inefficace, puis les niches efficaces sont notées de 1 à 3 selon leur efficience, 3 constituant le score maximum.

« ε » : coût inférieur à 0,5 millions d'euros ; « nc » : non chiffrable ; « - » : non évaluée

Sources : projet annuel de performances pour 2013 de la mission « Santé » et rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales

II. LE PROGRAMME 204 « PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS »

A. LA PARTICIPATION DU PROGRAMME À L'EFFORT DE MAÎTRISE DES DÉPENSES

Au titre de l'exercice 2013, l'autorisation de dépenser du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » est arrêtée à **701,2 millions d'euros** en AE et CP. Celle-ci enregistre **une baisse de ses crédits de 5 %** par rapport à 2012, soit une **diminution de 37,1 millions d'euros**.

A périmètre constant, cette réduction est encore plus prononcée. Elle atteint **8,5 %**, ce qui représente **63,1 millions d'euros** en AE et CP. En effet, pour 2013, le programme se voit transférer la dotation (de 26,0 millions d'euros) prévue pour l'**agence de santé de Wallis-et-Futuna**¹, auparavant portée par la mission « Outre-Mer »².

Ainsi **le programme 204 participe-t-il pleinement à l'effort de maîtrise des dépenses** qui est proposé dans le cadre du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017. En 2013, les principales réductions de crédits portent sur :

- les **opérateurs** du programme. Comme cela a été indiqué, les opérateurs disposant d'importantes réserves voient leurs crédits diminuer. Ainsi, la subvention à l'**Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)**³ passe, entre 2012 et 2013, de 26,3 millions d'euros à 19,4 millions d'euros en AE et CP (**-6,9 millions d'euros**). Celle destinée à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)⁴ est, quant à elle, **réduite de 6,4 millions d'euros** pour atteindre 128,5 millions d'euros en AE et CP ;

- les **agences régionales de santé (ARS)**. L'ensemble des crédits de prévention, de promotion de la santé, de veille et de sécurité sanitaires du programme 204 alloués à ces agences sont, depuis 2012, regroupés au sein du fonds régional d'intervention (FIR)⁵. En 2013, la dotation du fonds est revue à

¹ L'agence de santé de Wallis-et-Futuna a été créée par l'ordonnance n° 2000-29 du 13 janvier 2000. Cette agence est un établissement public administratif. Elle regroupe deux hôpitaux et plusieurs dispensaires et prend en charge l'ensemble du système de santé local (ce qui comprend, notamment, l'élaboration du programme de santé du territoire, la mise en œuvre du plan de la médecine, préventive et curative, et la délivrance des médicaments).

² Les crédits de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna sont désormais enregistrés à l'action 19 « Modernisation de l'offre de soins » du programme 204, ce qui explique la hausse de 11,1 % que connaît cette dernière pour 2013.

³ La subvention à l'EPRUS est comptabilisée au sein de l'action 16 « Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires » du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

⁴ Les crédits de l'ANSM sont inscrits à l'action 17 « Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain » du programme 204.

⁵ Cf. infra, l'analyse de votre rapporteur spécial sur le financement des ARS.

la baisse, et passe de 182,5 millions d'euros en 2012 à 150,0 millions d'euros en 2013 en AE et CP (soit une réduction de **32,4 millions d'euros**) ;

- la **formation médicale initiale**¹. Les crédits afférents financent la rémunération des étudiants en médecine en stage extrahospitalier auprès de médecins généralistes (pour 96,7 millions d'euros en 2013), l'indemnisation des maîtres de stage (23,7 millions d'euros) ainsi que l'année de recherche (6,6 millions d'euros)². L'enveloppe prévue au titre de l'exercice 2013 est **réduite de 5 millions d'euros** par rapport à 2012. Il s'agit d'une conséquence de l'évolution de la démographie des étudiants en médecine induite par la politique du numerus clausus³. Aussi les dépenses de la formation médicale initiale augmenteront-elles de nouveau en 2014, à hauteur de 7 millions d'euros, puis en 2015, pour 15 millions d'euros.

Comme cela a été indiqué, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à **minorer les crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » à hauteur de 2,3 millions d'euros en AE et CP** afin de gager les ouvertures de crédits opérées lors de la discussion de la seconde partie du projet de loi de finances. Dès lors, la dotation de celui-ci sera, au titre de l'exercice 2013, de **698,9 millions d'euros en AE et CP**.

B. UNE INFORMATION TOUJOURS LIMITÉE SUR LES CRÉDITS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

1. Le financement éclaté

Cette année encore, **votre rapporteur spécial a souhaité disposer d'une vision consolidée des crédits destinés aux agences régionales de santé (ARS)**. En effet, l'utilisation de ces dotations demeure peu lisible du fait de l'éclatement du financement des agences entre :

- le **programme 124** « 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 fournit aux agences une partie de leur **budget de gestion**⁴ ;

- le **programme 204** « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « Santé », qui porte une part de leurs **dépenses d'intervention** ;

¹ Les crédits prévus pour la formation médicale initiale sont enregistrés au sein de l'action 19 « Modernisation de l'offre de soins » du programme 204.

² Les dépenses rattachées à la formation médicale initiale sont payés par le centre hospitalier universitaire (CHU) de rattachement de l'étudiant. Le CHU est ensuite remboursé par l'ARS compétente.

³ Après une diminution régulière au cours des dernières années, le numerus clausus a été progressivement relevé à partir de 2011.

⁴ Ces crédits sont toutefois enregistrés au titre des subventions pour charge de service public dans le cadre du programme 124.

- les **régimes obligatoires d'assurance maladie** qui participent également au financement du **budget de gestion** et des **actions d'intervention** des agences ;

- la **caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** (CNSA), qui délègue la gestion de crédits aux ARS pour les actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ;

- les **collectivités territoriales**, qui peuvent accorder des subventions aux ARS.

Toutefois, **les réponses fournies par le Gouvernement à votre rapporteur spécial n'ont pas permis, encore une fois, de disposer d'une vision consolidée des dépenses des ARS.**

Les agences régionales de santé (ARS)

Les agences régionales de santé (ARS) ont été créées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)¹.

Les ARS sont des établissements publics administratifs de l'Etat placés sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. **Elles ont été mises en place à compter du 1^{er} avril 2010.**

L'ARS rassemble, au niveau régional, les moyens de l'Etat et de l'assurance maladie, pour renforcer l'efficacité du service public de la santé. Elle regroupe en une seule entité plusieurs organismes chargés des politiques de santé dans les régions et les départements : la majorité des missions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les groupements régionaux de santé publique (GRSP), les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), les missions régionales de santé (MRS) et le volet santé de l'assurance maladie, composé d'une partie du personnel des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), du régime social des indépendants (RSI), de la Mutualité sociale agricole (MSA) et des directions régionales du service médical (DRSM).

2. L'absence de données consolidées

Ces réponses indiquent qu'« *une nomenclature des dépenses a été généralisée à l'ensemble des ARS au cours de l'exercice 2011* » et qu'un « *outil spécifique permettant d'obtenir ce suivi a été également été mis en place à partir des données émanant du système d'information budgétaire et comptable* » de ces agences.

Néanmoins, les données transmises ne permettent qu'une ventilation, pour l'année 2011, des crédits portés par le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » à destination des interventions de santé

¹ Loi n° 2009-879.

publique. **Aussi n'est-il pas possible de disposer des dotations affectées aux différentes actions de santé publique**, comprenant les financements accordés par l'assurance maladie et les autres collectivités publiques.

**Ventilation des crédits affectés aux actions de santé publique
du programme 204 attribués aux ARS (2011)**

(en millions d'euros)

Intitulé de l'action	Montant des crédits
Action 11 : Pilotage de la politique de santé publique	24,90
Action 12 : Accès à la santé et éducation à la santé	17,56
Action 13 : Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	71,53
Action 14 : Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	51,51
Action 15 : Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	12,61
Action 16 : Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	0,12
Total	178,23

Source : réponses aux questionnaires budgétaires

La répartition des crédits n'est pas établie pour 2012 ni, de manière prévisionnelle, pour 2013. Par conséquent, en dépit d'une légère amélioration de l'information concernant l'exécution budgétaire, les données concernant les ARS mises à la disposition du Parlement lors du vote de l'autorisation de dépenser demeurent lacunaires.

Pour la deuxième année consécutive, votre rapporteur spécial ne peut donc qu'insister sur la **nécessité de disposer, lors de l'examen des projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale de l'année, d'une information consolidée sur les crédits destinés aux ARS** (contribution de l'assurance maladie, dotation de l'État 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.**

Certes, la globalisation des crédits d'intervention des agences (auparavant dispersés entre les différentes actions du programme 204) a pour finalité d'assurer aux ARS une certaine autonomie, celles-ci étant libres de définir les dispositifs qu'elles financent. Cependant, **cela ne saurait conduire à une moindre information du Parlement sur l'utilisation des crédits qui leurs sont accordés.**

3. Les informations disponibles pour l'exercice 2013

Malgré l'insuffisance des informations disponibles, **votre rapporteur spécial, par souci de transparence, a souhaité tenter de donner une vision globale des crédits qu'il est proposé d'affecter aux agences régionales de santé (ARS) au titre de l'exercice 2013.** Aussi parvient-il à consolider les dépenses de fonctionnement et d'intervention de ces agences, **sans être toutefois en mesure de produire leur ventilation entre les différentes actions de santé publique** qui relèvent de leur compétence.

a) Les dépenses de fonctionnement

Le versement aux ARS, par le **programme 124** « 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 », **d'une subvention pour charge de service public à hauteur de 591,1 millions d'euros** est prévu au titre de l'exercice 2013. Ces crédits doivent financer les dépenses de fonctionnement des agences.

Dans le cadre de la programmation triennale seront prises des mesures d'économies sur ces charges. A ce titre, 88 suppressions d'emplois liées à l'application du schéma d'emplois pour 2013 sont prévues¹, de même qu'une baisse de 7 % des dépenses de fonctionnement des ARS. L'économie réalisée par les ARS s'élève, sur le programme 124, à **4,9 millions d'euros**.

Ensuite, **la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie**, votée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, devrait rester inchangée en 2013 et être de **160 millions d'euros**².

b) Les dépenses d'intervention

En 2013, **l'assurance maladie versera 40 millions d'euros** au titre des actions de prévention, soit un chiffre identique à celui de 2012.

Concernant le programme 204 de la présente mission, il est proposé de doter les ARS en crédits d'intervention à hauteur de **277,0 millions d'euros**, soit un recul de 37,8 millions d'euros par rapport à 2012³. Cette enveloppe se répartit entre la **formation médicale initiale** et la dotation au **fonds d'intervention régional (FIR)**.

Ainsi, **127 millions d'euros** sont prévus sur le premier poste (stages des internes de médecine auprès de médecins généralistes, année de recherche, etc.).

¹ En outre, les effectifs des ARS font l'objet, pour 2013, d'une correction technique de -130 équivalent temps plein (ETP), correspondant aux emplois vacants non rémunérés en 2012.

² Cf. article 57 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

³ Les économies prévues dans le cadre du programme 204 au titre de l'exercice 2013 sont précisées dans la sous-partie C « La participation du programme à l'effort de maîtrise des dépenses » de la présente partie.

Parallèlement, les agences régionales de santé décideront des **actions de prévention et de sécurité sanitaire** pour lesquelles le programme devrait verser **150 millions d'euros** à travers le fonds d'intervention régional (FIR).

La **contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** (CNSA) atteint, quant à elle, **83,65 millions d'euros** pour l'année 2013.

Le fonds d'intervention régionale (FIR)

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012¹ a créé le fonds d'intervention régional (FIR). Ce fonds globalise, dans une enveloppe fermée, les crédits en provenance de différents organismes :

- **au titre de la continuité de la prise en charge des soins non programmés** : les crédits relatifs à la rémunération des médecins participants à la permanence des soins ambulatoires, les crédits de l'enveloppe « MIGAC » « Permanence des soins » à destination des établissements de santé et une partie des crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) dédiés au soutien à la permanence des soins ;

- **au titre de la performance et la qualité des soins** : les autres crédits régionaux du FIQCS, les crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) hors investissements informatiques et immobiliers ;

- **au titre de la prévention et de la promotion de la santé** : la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie aux ARS au titre de la prévention *via* le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS). Par ailleurs, une dotation du programme 204 de la mission « Santé » abonde ce nouveau fonds.

L'ensemble de ces crédits sont alloués, *in fine*, par les agences régionales de santé (ARS). La vocation du fonds vise à procéder à un **décloisonnement entre les secteurs de la prévention, ambulatoire, hospitalier et médico-social ainsi qu'à donner aux ARS une plus grande souplesse dans la gestion de certains de leurs crédits**. Les dotations sont versées globalement au FIR sous forme de crédits d'intervention, afin de concourir à l'ensemble des actions territoriales mises en œuvre par les ARS.

c) Le total des crédits confiés aux ARS en 2013

Au total, les crédits gérés par les agences régionales de santé (ARS) devraient atteindre **1 151,75 millions d'euros** au titre de l'exercice 2013, dont **868,1 millions d'euros** de subventions de l'Etat. Cela représente une enveloppe d'un peu plus de **44 millions d'euros** en moyenne pour chaque agence.

Le budget des ARS supporte, par conséquent, une diminution totale de **42,7 millions d'euros** en 2013 par rapport à l'année précédente.

C. LES ASSOCIATIONS SUBVENTIONNÉES AU TITRE DU PROGRAMME

1. 17,2 millions d'euros de subventions accordées aux associations

Le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » a pour caractéristique de faire **reposer une partie conséquente de son action sur des associations** qu'il subventionne à ce titre. En effet, les associations

¹ Loi n° 2011-1906.

occupent une place importante en matière de prévention et d'éducation à la santé, notamment. Aussi votre rapporteur spécial a-t-il souhaité, cette année, s'intéresser plus particulièrement aux dotations qui leur sont accordées.

En 2011, sur le programme 204, la direction générale de la santé (DGS) du ministère des affaires sociales a subventionné **177 associations**, pour un total de **17,2 millions d'euros**.

Les dix associations bénéficiant des enveloppes les plus substantielles recueillent au total **8,1 millions d'euros**, soit **47 % des crédits dédiés**. Le tableau ci-dessous indique les associations concernées, en précisant le montant de leur subvention et leur objet.

**Les dix associations les plus subventionnées
par la direction générale de la santé (2011)**

Association	Objet	Montant de la subvention*
AIDES	« AIDES est la première association française de lutte contre le SIDA. La subvention 2011 concerne le financement d'un programme d'actions de l'association prévu dans le cadre d'une nouvelle convention pluriannuelle 2011-2014. Cette subvention contribue à la réalisation des quatre actions de ce programme en direction des populations ou des territoires définis comme prioritaires compte tenu des données épidémiologiques. »	3,12
Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS)	« Le CISS regroupe près de 40 associations intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires de personnes malades et handicapées, de personnes âgées et retraitées, de consommateurs et de familles. »	1,76
Association nationale de prévention en Alcoolologie et addictologie (ANPAA)	« L'ANPAA contribue à ce que des conduites individuelles ou collectives initiées pour la recherche de plaisir et de lien social, de bien-être et de soulagement n'aboutissent pas à des prises de risque inconsidérées et à d'inacceptables pertes de vie ou de liberté. Son domaine d'action couvre l'ensemble des addictions, son intervention s'inscrit dans un continuum allant de la prévention et de l'intervention précoce à la réduction des risques, aux soins et à l'accompagnement. »	0,65
Syndicat National des Entreprises Gaies (SNEG)	« Le SNEG Prévention effectue des actions de prévention sur le champ du VIH/IST auprès des établissements festifs. Les objectifs principaux sont de développer des stratégies d'action de prévention autour du VIH/IST en privilégiant une approche communautaire et en ciblant les lieux de diffusion des messages de prévention. »	0,55
Fédération Nationale des Observatoires de Santé (FNORS)	« La FNORS est une structure qui représente collectivement les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) et assure la coordination des travaux qu'ils mènent en commun. »	0,50
Mouvement français pour le planning familial (MFPF)	« Le MFPF défend le droit à la contraception, à l'avortement et à l'éducation à la sexualité. »	0,36
Comité médical pour les Exilés (COMEDE)	« Le COMEDE a pour objet de promouvoir la santé des exilés. »	0,27
Société Française de Santé Publique (SFSP)	« La SFSP participe au développement de la culture, des échanges et des recherches en santé publique. Ces objectifs se déclinent en quatre actions : l'échange et diffusion de connaissances et de pratiques en santé publique, les débats publics autour de la loi quinquennale de santé publique, les contributions à recommandations pour l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques et la promotion de la santé. »	0,27
Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM)	« L'UNAFAM accueille, soutient, et informe les familles confrontées aux troubles psychiques d'un des leurs. L'association s'engage à mettre en œuvre, en cohérence avec les orientations des politiques publiques, des actions visant à accueillir et informer les familles, former les aidants familiaux ainsi que structurer le développement du tissu associatif. »	0,25
Médecins du Monde (MDM)	« Médecins du Monde soigne les populations les plus vulnérables, les victimes de conflits armés, de catastrophes naturelles, cette association agit au-delà du soin, elle dénonce les atteintes à la dignité et aux droits de l'homme et œuvre pour améliorer la situation des populations. »	0,19

* en millions d'euros

Source : réponses aux questionnaires budgétaires

Les 167 autres associations sont soutenues, au titre du programme, à hauteur de **9,1 millions d'euros**, soit **53 % des crédits**. Le montant moyen de la subvention est de 54 000 euros.

2. La doctrine d'attribution des subventions

La doctrine d'attribution des subventions aux associations repose, pour l'essentiel, sur la **circulaire du 18 janvier 2010 relative aux relations entre les pouvoirs publics et les associations**.

Le responsable du programme indique fonder la sélection des associations subventionnées sur les interrogations suivantes : « *les actions de l'association contribuent-elles aux **politiques publiques mises en œuvre par la [direction générale de la santé]** ? Son positionnement est-il bien national ? Agit-elle en qualité de tête de réseau ? Ses actions sont-elles des **leviers de l'action publique** ? L'action de cette association s'inscrit-elle dans un **plan de santé publique** ? Un opérateur de l'Etat ne peut-il pas prendre en charge le subventionnement de cette association ? »*

Une fois la demande validée, le versement de la subvention est conditionné à un engagement de l'association de poursuivre des **objectifs opérationnels**, fixés par action en **déclinaison des objectifs stratégiques du programme** selon des **indicateurs prédéfinis**. Aussi, si ces objectifs ne sont pas atteints, la subvention de l'association n'est pas renouvelée.

Depuis plusieurs années, la direction générale de la santé (DGS) a commandé, auprès du cabinet Mazars et Guérard, **la réalisation d'audits des associations subventionnées**. Ainsi, 15 audits ont été lancés en 2010, 7 en 2011 et 5 étaient prévus en 2012. Le cabinet précité a alors pour mission de contrôler sur pièces et sur place l'utilisation des subventions et le respect des engagements pris par l'association. Il s'assure que les crédits accordés ont été utilisés conformément aux objectifs et aux actions définis avec la DGS.

Enfin, depuis 2011, **la réduction sensible des crédits gérés en administration centrale a conduit le responsable de programme à déterminer des priorités de financement par domaines et à cibler davantage les crédits alloués sur les grandes associations têtes de réseau et sur les associations contribuant aux plans de santé publique**.

Cette doctrine s'applique également aux subventions allouées par les agences régionales de santé (ARS)¹ pour le financement des actions prévues dans le cadre du projet régional de santé, au titre de la sécurité sanitaire, de la prévention, de la promotion et de l'éducation à la santé. Les subventions accordées par ces agences tiennent compte des **problématiques de santé publique locales** afin de réduire les inégalités entre régions (prise en compte

¹ Les crédits versés aux associations par les agences régionales de santé (ARS) transitent par le fonds d'intervention régional (FIR).

d'indicateurs populationnels, de la mortalité prématurée évitable et du niveau de précarité, notamment, etc.).

Cependant, **le montant des subventions accordées aux associations par les ARS n'a pas été communiqué à votre rapporteur spécial**. Sans aucun doute, ceci est à mettre en lien avec l'information insuffisante du Parlement concernant les crédits affectés à ces agences.

III. LE PROGRAMME 183 « PROTECTION MALADIE »

En 2013, les crédits prévus pour le programme 183 « Protection maladie » sont de **588 millions d'euros** en AE et CP, soit une réduction de **50 millions d'euros** par rapport à 2012 (-6,3 %). Cette évolution s'explique par :

- la **mise à zéro de la subvention versée par l'Etat au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** ;
- la **stabilisation des dépenses de l'Aide médicale d'Etat (AME)**.

A. LA MISE À ZÉRO DE LA SUBVENTION VERSÉE PAR L'ÉTAT AU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

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 2001¹, 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.

En 2012, le Fonds était financé par :

- une **subvention de l'Etat** de 50 millions d'euros ;
- une **contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)** de la sécurité sociale, d'un montant de 315 millions d'euros².

Néanmoins, à la fin de l'exercice 2012, il était prévu que **les réserves du FIVA atteignent 337 millions d'euros**³. C'est la raison pour laquelle il a été décidé de réduire les dotations versées par l'Etat et la sécurité sociale. Aussi est-il prévu qu'en 2013 la contribution de la branche AT-MP soit ramenée à **115 millions d'euros** et celle de l'Etat à zéro.

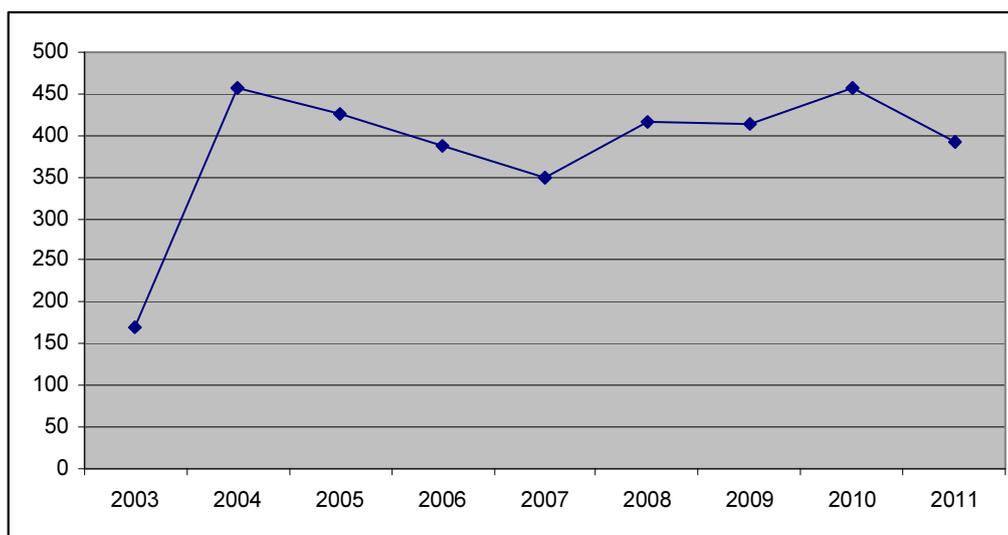
¹ Loi n° 2000-1257.

² Au titre de l'exercice 2012, le montant de la contribution de la branche AT-MP au FIVA avait été réduite de 25 millions d'euros par rapport à 2011 du fait de la réduction des charges d'indemnisation supportées par le Fonds.

³ Cf. annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

De toute évidence, cette décision est soutenable pour le FIVA. Le total des dépenses du Fonds pour 2013 est évalué à **390 millions d'euros** par le Gouvernement¹. Ainsi, à la fin de cet exercice, les réserves du FIVA devraient être encore de 62 millions d'euros. Dans la mesure où les réponses aux questionnaires budgétaires indiquent que la contribution de la sécurité sociale au Fonds devrait être de nouveau augmentée au cours du triennal, **il sera possible pour l'Etat ne lui verser aucune subvention jusqu'en 2015.**

Evolution des dépenses d'indemnisation du FIVA (2003-2011)



Source : rapport d'activité 2011 du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

B. LA STABILISATION DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

Le montant des crédits prévus au titre de l'Aide médicale d'Etat (AME) en 2012 est reconduit en 2013, soit **588 millions d'euros** en AE et CP. La seule maîtrise des dépenses d'AME constitue, en soi, un effort conséquent dans la mesure où ce dispositif a connu une importante montée en charge depuis sa création.

1. L'Aide médicale d'Etat

L'Aide médicale d'Etat (AME) recouvre les dispositifs suivants :

- l'**AME de droit commun** (543 millions d'euros en AE et CP pour 2013) qui assure la couverture des soins des personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois de façon ininterrompue

¹ Cette estimation est cohérente avec les dépenses d'indemnisation versées par le FIVA depuis la montée en charge du dispositif, comme le montre le graphique ci-dessus. En effet, le montant moyen de ces dépenses est de 412,5 millions d'euros par an sur la période 2004-2011.

et remplissant des conditions de ressources identiques à celles fixées pour l'attribution de la CMU-c ;

- les **soins urgents** (40 millions d'euros en AE et CP) pour les personnes qui ne sont pas éligibles à l'AME ;

- les **autres dispositifs** (5 millions d'euros), qui comprennent : l'AME humanitaire accordée au cas par cas pour les personnes ne résidant pas habituellement sur le territoire français (personnes étrangères en situation régulière ou françaises), les hospitalisations de patients évacués par l'hôpital de Mayotte vers des établissements de santé des départements d'outre-mer (DOM) et de métropole ainsi que les frais pharmaceutiques et soins infirmiers des personnes gardées à vue.

2. La montée en charge du dispositif

Les dépenses d'AME de droit commun ont connu une forte montée en charge depuis la création du dispositif. Entre 2002 et 2011, celles-ci sont passées de 377 à 609 millions d'euros, soit **une progression de plus de 60 % sur la période.**

3. Des voies critiquables de maîtrise des dépenses d'AME

Face à l'augmentation des dépenses d'AME, des mesures critiquables ont été adoptées. Comme cela a été indiqué précédemment, la loi de finances pour 2011¹ avait institué un **droit de timbre de 30 euros** que les demandeurs majeurs de l'Aide médicale d'Etat devaient acquitter annuellement afin de pouvoir bénéficier du dispositif, ainsi qu'un **agrément préalable pour les soins hospitaliers coûteux.**

Ces mesures ont eu pour conséquence de **réduire le nombre des bénéficiaires de l'AME**, et ce dès leur entrée en vigueur en mars 2011.

Evolution du nombre des bénéficiaires de l'AME

	Nombre de bénéficiaires	Evolution (en %)
2009	215 763	+6,5 %
2010	228 036	+5,7 %
2011	208 974	-8,4 %

Source : réponses aux questionnaires budgétaires

¹ Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

Pourtant, comme l'indique le responsable de programme dans les réponses aux questionnaires budgétaires de votre rapporteur spécial, « *il apparaît que l'évolution du nombre des bénéficiaires de l'AME n'est pas corrélée directement à l'évolution de la dépense* ». Cette affirmation est confortée par le fait qu'en dépit d'une réduction du nombre des bénéficiaires, les crédits prévus par la loi de finances pour 2011 n'ont pas été suffisants pour assurer les dépenses d'AME¹.

Par conséquent, en plus d'être regrettables d'un point de vue humanitaire, les mesures adoptées en 2011 étaient inutiles pour assurer la maîtrise des dépenses. Tout justifiait donc leur suppression par la deuxième loi de finances rectificative pour 2012².

4. Les leviers de la stabilisation des dépenses d'AME

Malgré la forte montée en charge de l'AME depuis sa création, la stabilisation des dépenses du dispositif semble assurée pour 2013 et les années à venir.

En effet, l'augmentation des charges d'AME était surtout **significative dans les établissements de santé** (+ 14,9 % en 2009) qui concentrent 70 % des dépenses de ce dispositif. Une des explications possibles de cette tendance résidait dans le passage à la tarification à l'activité (T2A), contraignant certains établissements de santé à utiliser le tarif journalier de prestation appliqué aux bénéficiaires de l'AME, propre à chaque établissement, comme un moyen pour desserrer la nouvelle contrainte budgétaire qui s'imposait à eux. Une **réforme de la tarification des prestations hospitalières** a donc été adoptée dans le cadre de la première loi de finances rectificative pour 2011^{3,4}.

Sans conséquence pour les prestations de soins offertes aux bénéficiaires de l'AME, **votre rapporteur spécial estime que cette mesure de rationalisation était opportune**. L'économie permise par cette dernière est estimée à **100 millions d'euros** pour 2013 par le Gouvernement.

¹ Au titre de l'AME, 35 millions d'euros supplémentaires ont dû être ouverts au cours de l'année 2011 pour faire face à une augmentation de la dépense non anticipée en loi de finances initiale.

² Loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012.

³ Loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011.

⁴ Depuis décembre 2011, pour les prestations en médecine, chirurgie et obstétriques en direction des bénéficiaires de l'AME, les modalités de tarification sont désormais quasi-analogues à celles retenues pour les assurés sociaux de droit commun : le montant facturé repose à 80 % sur les tarifs nationaux appliqués pour la tarification à l'activité des hôpitaux (T2A) et à 20 % sur le tarif journalier de prestation.

C. L'ACCÈS À LA PROTECTION MALADIE COMPLÉMENTAIRE

1. Les missions du Fonds CMU

L'**action 1** « Accès à la protection maladie complémentaire » du programme 183 retrace la contribution d'équilibre versée par l'État au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMU-c).

Les dépenses de ce Fonds se répartissent de la manière suivante :

- **les remboursements aux organismes de sécurité sociale de base au titre des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) qu'ils gèrent.** Les versements aux trois principaux organismes de base – la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM), la mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI) - se font sous forme d'acomptes mensuels, avec le cas échéant, une régularisation en début d'année suivante. Quant aux autres régimes, ils reçoivent un versement annuel unique ;

- **les remboursements aux organismes complémentaires au titre des bénéficiaires de la CMU-c et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) qu'ils gèrent.**

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

• 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 bénéficier 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.

Les **frais de gestion administrative** du Fonds CMU ne représentent qu'un million d'euros chaque année environ.

2. L'évolution des ressources du Fonds CMU

a) L'Etat ne verse plus de subvention d'équilibre depuis 2009

L'**action 1** « Accès à la protection maladie complémentaire » du programme 183 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'État n'a été prévue pour alimenter le Fonds de financement de la CMU-c. Cette évolution, qui découlait des mesures prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009¹, était permise par la mise à contribution, à hauteur d'un milliard d'euros, des organismes complémentaires, au financement du Fonds. Cette contribution a été transformée en taxe² par la loi de finances pour 2011³. Son rendement serait de 2 006 millions d'euros en 2012 et devrait atteindre, en 2013, **2 060 millions d'euros.**

L'Etat ne versera donc, à nouveau, pas de subvention d'équilibre au Fonds CMU en 2013.

b) Les taxes affectées

Comme cela a été indiqué, depuis 2009, les ressources du Fonds CMU étaient exclusivement composées du produit de la taxe acquittée par les organismes complémentaires

Toutefois, **lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2012, votre rapporteur spécial s'était inquiété de la stabilité financière du Fonds.** En effet, alors même que ses dépenses étaient en hausse tendancielle (du fait de la crise économique et des revalorisations de l'ACS), **le rendement de la taxe précitée était susceptible d'être moins dynamique en 2012 que les années précédentes⁴.**

¹ Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009.

² Il s'agit de la contribution des organismes de protection sociale complémentaire à la couverture universelle complémentaire du risque maladie.

³ Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010.

⁴ L'application, en 2011, d'un taux réduit de 3,5 % de taxe sur les conventions d'assurance aux contrats d'assurance maladie complémentaire « solidaires et responsables » qui en étaient exonérés jusqu'à fin 2010 avait eu pour conséquence d'accroître le prix de ces contrats. Par conséquent, le nombre de conventions souscrites avait diminué, réduisant l'assiette de la taxe. Pour l'exercice 2012, les craintes de votre rapporteur spécial étaient suscitées par le risque

Les inquiétudes de votre rapporteur spécial se sont révélées fondées. Le Gouvernement annonçait une augmentation de l'assiette de la taxe de 4,1 % dans le projet annuel de performances de la mission « Santé » pour 2012 ; pourtant, **celle-ci n'a cru que de 3,6 % au cours de cet exercice.**

Cette incertitude était d'autant moins acceptable que les prestations financées par le Fonds CMU contribuent pleinement à rendre effectif le principe de solidarité qui structure le système de protection sociale.

C'est pourquoi, **votre rapporteur spécial ne peut qu'être favorable à la diversification des recettes affectées au Fonds CMU décidée dans le cadre du présent projet de loi de finances.** Celui-ci bénéficiera, à compter de 2013, du produit de la taxe sur les boissons contenant des édulcorants (soit 61 millions d'euros) et d'une fraction de celui de la taxe sur les boissons à sucre ajouté (pour un montant de 306 millions d'euros).

Ainsi, au titre de l'exercice 2013, le Fonds CMU devrait bénéficier de ressources à hauteur de **2 427 millions d'euros** (soit une hausse de près de 20 % par rapport à l'exécution prévisionnelle pour 2012). Ces nouvelles affectations de recettes permettront également d'**améliorer et de rationaliser le remboursement, par le Fonds, des organismes gestionnaires de la CMU-c.**

En effet, les restes à charge pour ces organismes, et notamment pour la CNAM, sont restés élevés au cours des dernières années, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Reste à charge des organismes gestionnaires de la CMU-c

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012^(p)	2013^(p)
Dépenses de CMU-c des organismes	1 713	1 768	1 883	1 992	2 123
Dépenses du Fonds CMU au titre de la CMU-c	1 562	1 578	1 623	1 667	1 725
Reste à charge net de la CNAM*	74	98	128	185	251
Reste à charge des autres organismes	-6	-9	3	14	26

(p) : prévisionnel

* Reste à charge net du transfert des réserves du Fonds CMU à la CNAM

Source : réponses aux questionnaires budgétaires

La réduction de ce reste à charge reposera essentiellement sur une **revalorisation du montant forfaitaire versé par le Fonds CMU aux organismes gestionnaires pour chaque bénéficiaire de la CMU-c.** Ce

d'intensification de ce phénomène du fait de la suppression totale de cette exonération par la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificatives pour 2011.

forfait, arrêté à 370 euros depuis 2009, devrait être fixé à **400 euros** par décret pour 2013.

3. La montée en charge de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

L'augmentation des ressources affectées au Fonds CMU permettra également de financer la montée en charge de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2011¹ et 2012² ont **relevé le plafond de ressources de l'ACS**. Celui-ci a été augmenté à + 26 % en 2011 (soit 26 % au-dessus du plafond de ressources pour l'accès à la CMU-c³) et + 35 % en 2012.

En 2011, le coût lié au relèvement du plafond est estimé à **17 millions d'euros**, correspondant à 50 000 bénéficiaires supplémentaires. En 2012, ce rehaussement induirait une augmentation du nombre de bénéficiaires de 123 000 pour une augmentation de la dépense de **31 millions d'euros**.

Au total, le coût de l'ACS devrait être de **233 millions d'euros** en 2013, en évolution positive de près de 20 % par rapport à 2012.

Evolution du nombre de bénéficiaires et du coût de l'ACS

	2009	2010	2011	2012^(p)	2013^(p)
Nombre de bénéficiaires	501 681	532 865	619 957	805 000	889 000
Coût total (en millions d'euros)	110	139	165	196	233

(p) : prévisionnel

Source : Fonds CMU (prévisions de juin 2012)

4. La lutte contre les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU

Lors de l'examen du rapport spécial de la mission « Santé » dans le cadre du projet de loi de finances pour 2012, la commission des finances avait attiré l'attention de votre rapporteur spécial sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU et de la CMU-c. Aussi ce dernier a-t-il souhaité **analyser plus en détail les dispositifs existants de lutte contre le refus de soins**.

Les principales mesures adoptées jusqu'à présent avaient pour objectif :

¹ Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

² Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

³ Pour bénéficier de la CMU-c, une personne seule doit avoir un revenu inférieur à 7 934 euros par an.

- d'interdire la discrimination financière et sociale et de **sanctionner les refus de soins** ;

- d'**informer les bénéficiaires sur leurs droits** et leurs devoirs en matière d'accès aux soins par des actions de communication ;

- de **mettre en place des dispositifs de suivi des signalements de refus de soins** par les caisses d'assurance maladie.

a) Les dispositifs de sanction

Tout d'abord, **la saisine des conseils de l'Ordre des professionnels de santé en cas de refus de soins a été élargie**. Depuis 2007, les instances ordinaires peuvent être saisies par les patients et les associations de défense des droits des patients.

Ensuite, l'article 54 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)¹ a renforcé les dispositifs visant à sanctionner les refus de soins ; ainsi :

- **il interdit la discrimination financière ou sociale**, en visant explicitement les refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Il complète l'article L. 1110-3 du code de la santé publique avec les critères énoncés au sein du code pénal (l'origine, le sexe, les mœurs, la situation de famille, l'âge, le handicap, l'état de santé, l'appartenance ou non appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, etc.) et ajoute le motif tiré du **bénéfice de la CMU complémentaire** ou du **droit à l'ACS** et à l'**aide médicale d'Etat (AME)** ;

- **il instaure une conciliation préalable réalisée par une commission mixte instance ordinaire-assurance maladie**, devant laquelle le professionnel incriminé devra s'expliquer. L'échec de cette conciliation entraîne la saisine de la chambre disciplinaire ordinaire par le conseil de l'Ordre. Si le conseil de l'Ordre ne transmet pas la plainte dans un délai de 3 mois, les directeurs de caisses peuvent sanctionner directement les professionnels de santé par des **pénalités financières**, après avis d'une commission des pénalités composée en partie de professionnels de santé.

Cependant, le responsable de programme a indiqué à votre rapporteur spécial que **le décret d'application, pris après avis du Conseil d'Etat le 27 avril 2010, n'avait pas été publié par le précédent gouvernement**.

Votre rapporteur spécial souhaiterait, par conséquent, savoir à quelle échéance ce décret d'application sera effectivement publié.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée.

Enfin, de son côté, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a mis en place, dès 2008, un **protocole de traitement des signalements de refus de soins**. Ce dispositif organise le traitement par les caisses des signalements en deux temps :

- le traitement est effectué par les conciliateurs locaux par une instruction du dossier afin d'en évaluer le bien fondé ;

- en cas d'échec de la conciliation, le directeur de la caisse peut saisir le conseil de l'Ordre du professionnel concerné.

Pour 2011, la mission conciliation de la CNAM a recensé 1 272 saisines d'assurés, soit une augmentation de 101 % par rapport à 2010, qui avait déjà enregistré une hausse de 151% par rapport à 2009. La moitié de ces saisines concerne, à part quasi égale, des refus de prise en charge de la CMU-c et des dépassements d'honoraires. L'augmentation du nombre des saisines n'est toutefois pas nécessairement le signe d'une hausse du nombre de refus de soins mais témoigne d'une amélioration sensible du fonctionnement du dispositif.

Selon la CNAM, au terme de la procédure de conciliation, **la majorité des signalements trouve une solution qui passe notamment par le rappel aux praticiens, par les directeurs des caisses d'assurance maladie, des textes en vigueur**. Ainsi, dans 92 % des cas de signalements enregistrés entre 2009 et 2010 (soit 883 cas en tout), la procédure de conciliation a permis de trouver une issue favorable.

b) Les mesures d'information

En septembre 2007, la CNAM a diffusé **1,1 million de plaquettes sur les droits et obligations des bénéficiaires de la CMU complémentaire**. La CNAM a également mis à disposition des caisses, en juin 2009, plusieurs supports d'informations pour accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches administratives et rappeler le fonctionnement des différents dispositifs d'accès aux soins des publics précaires.

IV. LE COMPTE DE CONCOURS FINANCIERS « AVANCES AUX ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE »

Le I de l'article 38 du projet de loi de finances pour 2013 propose de **rétablir le compte de concours financiers intitulé « Avances aux organismes de sécurité sociale »** qui avait été introduit par la loi de finances rectificative du 14 mars 2012 et supprimé par la loi de finances rectificative du 16 août 2012.

Le collectif de mars 2012 avait en effet proposé la mise en place de ce compte en raison de la forte augmentation de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale suite à l'instauration du mécanisme de « TVA sociale ». La loi

de finances rectificative d'août 2012 a supprimé ce dispositif, ainsi que le compte de concours financiers.

Pour rappel, **les comptes de concours financiers sont définis par l'article 21 de la LOLF** (*cf.* encadré suivant).

Les comptes de concours financiers – article 21 de la LOLF

« Les comptes de concours financiers retracent les prêts et avances consentis par l'Etat. Un compte distinct doit être ouvert pour chaque débiteur ou catégorie de débiteurs.

« Les comptes de concours financiers sont dotés de crédits limitatifs, à l'exception des comptes ouverts au profit des Etats étrangers et des banques centrales liées à la France par un accord monétaire international, qui sont dotés de crédits évaluatifs.

« Les prêts et avances sont accordés pour une durée déterminée. Ils sont assortis d'un taux d'intérêt qui ne peut être inférieur à celui des obligations ou bons du Trésor de même échéance ou, à défaut, d'échéance la plus proche. Il ne peut être dérogé à cette disposition que par décret en Conseil d'Etat.

« Le montant de l'amortissement en capital des prêts et avances est pris en recettes au compte intéressé.

« Toute échéance qui n'est pas honorée à la date prévue doit faire l'objet, selon la situation du débiteur :

« - soit d'une décision de recouvrement immédiat, ou, à défaut de recouvrement, de poursuites effectives engagées dans un délai de six mois ;

« - soit d'une décision de rééchelonnement faisant l'objet d'une publication au Journal officiel ;

« - soit de la constatation d'une perte probable faisant l'objet d'une disposition particulière de loi de finances et imputée au résultat de l'exercice dans les conditions prévues à l'article 37. Les remboursements ultérieurement constatés sont portés en recettes au budget général. »

A. UN COMPTE DE CONCOURS FINANCIERS QUI NE CONCERNERA QUE LES AFFECTATIONS DE TVA À LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le présent compte est destiné à retracer, respectivement en dépenses et en recettes, **les versements à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et les remboursements des avances sur le montant de TVA affectée à la sécurité sociale**, en application :

- du 3° de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, soit la **fraction de TVA affectée à la branche maladie** (affectation qui résulte en partie du schéma complexe de financement de la réforme des retraites de 2010¹) ;

¹ Sur ce point ce reporter au rapport de notre collègue Nicole Bricq, rapporteure générale, sur la loi de finances rectificative du 14 mars 2012 (Rapport n° 390 (2011-2012)).

- du A du II de l'article 38 du projet de loi de finances pour 2013, soit **la fraction de TVA affectée aux caisses et régimes de sécurité sociale en compensation des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires** qui ont été maintenues pour les entreprises de moins de 20 salariés.

Les affectations de taxes à la sécurité sociale retracées dans le compte de concours financier sont donc **limitées à la seule TVA** pour deux raisons principales :

- **les volumes de TVA affectés à la sécurité sociale sont relativement importants** par rapport aux autres recettes affectées à la sécurité sociale : 9,3 milliards d'euros ;

- **les autres recettes fiscales sont quasiment entièrement affectées aux organismes de sécurité sociale**, contrairement à la TVA qui demeure pour sa majeure partie affectée à l'Etat.

B. UN COMPTE DIVISÉ EN DEUX PROGRAMMES

Le présent compte est subdivisé en deux programmes :

- **le programme 837 qui retrace les avances à l'ACOSS de la fraction de TVA versée à la branche maladie (5,88 %), soit 8,8 milliards d'euros pour 2013.** Comme l'indique le projet annuel de performances, « *le compte d'avance effectue les versements en fonction des prévisions d'encaissement de recettes, suivant un échéancier fixé par convention entre les parties concernées en fonction des contraintes qui pèsent sur la trésorerie de l'Etat et de l'ACOSS. Une régularisation annuelle s'effectue, le cas échéant, en janvier N+1 au vu des données d'exécution de l'exercice* ».

Ce programme est assorti d'**un indicateur** : le respect de l'échéancier conventionnel des avances aux organismes de sécurité sociale, dont la cible est fixée à 100 % dès 2013 ;

- **le programme 840 qui retrace, quant à lui, les avances de la fraction de TVA affectée aux organismes de sécurité sociale en compensation des exonérations de cotisations patronales sur les heures supplémentaires (0,33 %), soit 500 millions d'euros pour 2013.** Les caisses et régimes recevront une quote-part, fixée par arrêté, de cette fraction au prorata de leur part relative dans la perte de recettes résultant des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires. L'ACOSS centralise le produit de cette fraction de TVA et effectue sa répartition entre les caisses et régimes concernés.

Ce programme est assorti du **même indicateur** que le programme 837.

LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

I. À TITRE RECONDUCTIBLE

En **seconde délibération**, l'Assemblée nationale a adopté un amendement, à l'initiative du Gouvernement, **minorant les crédits de la mission « Santé », à hauteur de 2 260 000 euros en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP)** afin de gager les ouvertures de crédits opérées lors de la discussion de la seconde partie du projet de loi de finances. Cette minoration a exclusivement porté sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

II. À TITRE NON RECONDUCTIBLE

En **seconde délibération**, l'Assemblée nationale a **majoré, à titre non reconductible, les crédits de la mission « Santé » à hauteur de 1 138 200 euros en AE et CP**, ainsi répartis :

- 337 000 euros sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 11 « Pilotage de la politique de santé publique » ;

- 230 200 euros sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 12 « Accès à la santé et éducation à la santé » ;

- 153 000 euros sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 13 « Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins » ;

- 327 000 euros sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 14 « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades » ;

- 36 000 euros sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 15 « Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation » ;

- 22 500 euros sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 17 « Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain » ;

- 1 500 euros sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 18 « Projets régionaux de santé » ;

- 31 000 euros sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », action 19 « Modernisation de l'offre de soins ».

III. SOLDE DE CES MODIFICATIONS DE CRÉDITS

Le solde de ces modifications **aboutit à réduire les autorisations d'engagement et les crédits de paiement de la mission « Santé » de 1 121 800 euros.**

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le jeudi 15 novembre 2012, sous la présidence de M. Albéric de Montgolfier, vice-président, la commission a procédé à l'examen du rapport de M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur spécial, sur la mission « Santé » et sur le compte de concours financiers « Avances aux organismes de sécurité sociale ».

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur spécial. – Bien que ses crédits soient limités, la mission « Santé » est un outil essentiel de la politique de santé : promotion de la prévention, accès aux soins et protection contre les risques sanitaires. Elle contribue à la maîtrise des dépenses ; sa dotation diminue de 1,41 à 1,29 milliard d'euros entre 2012 et 2013, puis sera stabilisée en 2014 et 2015. Le budget se réduit de 8 % en autorisations d'engagement et en crédits de paiement, à périmètre constant, c'est-à-dire en tenant compte du transfert des crédits de l'agence sanitaire de Wallis-et-Futuna à la mission. Toutefois, ces réductions de crédits ne se font pas au détriment des finalités essentielles de la mission « Santé ».

Les économies du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » portent sur les opérateurs disposant d'importantes réserves, notamment sur l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dont les crédits sont réduits de 13,3 millions d'euros. Les agences régionales de santé (ARS), quant à elles, enregistrent une diminution de leur enveloppe pour les dépenses d'intervention de 32,4 millions d'euros. Enfin, la dotation de la formation médicale initiale baisse de 5 millions d'euros, ce qui est une conséquence de l'évolution démographique des étudiants en médecine.

Le programme 183 « Protection maladie » concourt, lui aussi, à la maîtrise des dépenses : le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ne reçoit pas de contribution de l'Etat puisque ses réserves sont évaluées à 337 millions d'euros. La dotation de l'Aide médicale d'Etat (AME) est stabilisée, à 588 millions d'euros, sans préjudice pour les bénéficiaires. Le droit de timbre de 30 euros et l'agrément préalable pour les soins hospitaliers coûteux ont été supprimés par le collectif budgétaire de juillet dernier. Si elles réduisaient le nombre des bénéficiaires de l'AME, ces mesures n'entraînaient paradoxalement pas d'économies. En revanche, les dépenses seront contenues en 2013 du fait de la réforme de la tarification des prestations délivrées aux bénéficiaires par les hôpitaux, représentant une économie de 100 millions d'euros.

Les dispositifs d'accès à la protection maladie complémentaire continuent à monter en charge sans qu'il soit nécessaire pour l'Etat de verser une subvention d'équilibre au Fonds CMU. Par ailleurs, ce dernier bénéficie d'une

diversification de ses ressources, deux nouvelles taxes, l'une sur les boissons contenant des édulcorants et l'autre sur les boissons à sucre ajouté, lui étant nouvellement affectées.

Suite à vos questions de l'an dernier, je me suis intéressé aux refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU et de la CMU complémentaire. La loi HPST de 2009 a renforcé les sanctions... mais j'ai découvert que la précédente équipe gouvernementale n'avait pas publié le décret d'application ! J'interrogerai donc le nouveau Gouvernement afin de savoir à quelle échéance il sera effectivement publié.

Cette année encore, le fait ne pas disposer d'une vision consolidée des crédits attribués aux agences régionales de santé (ARS) a constitué une difficulté.

Enfin, j'en viens au nouveau compte de concours financiers « Avances aux organismes de sécurité sociale ». Celui-ci retrace, en dépenses, les versements à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) et, en recettes, les remboursements des avances de TVA affectée à la sécurité sociale. Aussi ce nouveau compte de concours financiers permet-il de clarifier les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Il n'enregistre que les flux de TVA : cet impôt affecté à la sécurité sociale représente près 9 milliards d'euros. Les autres taxes affectées bénéficient de manière quasi exclusive aux organismes de sécurité sociale.

Je vous propose d'adopter sans modification les crédits de la mission « Santé » et du compte de concours financiers « Avances aux organismes de sécurité sociale ».

M. François Trucy. – Si les réserves du FIVA sont importantes, les critiques qui avaient été émises contre ce budget ne sont pas fondées. Pouvez-vous nous le confirmer ? Je ne vois pas dans la masse des crédits ceux qui sont consacrés à la lutte contre les addictions, tabac, alcool, drogues, mais aussi le jeu. Je suis président du comité consultatif des jeux, or je ne parviens pas à savoir ce que l'on fait des crédits destinés, dans la loi de 2010 sur les jeux en ligne, à la lutte contre l'addiction aux jeux. On me promène d'un service à l'autre depuis deux ans ! Aussi, je demande l'assistance du rapporteur pour obtenir des informations claires.

Mme Marie-France Beaufile. – Sur quoi porteront les baisses de crédits de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ? Alors qu'il y a deux ans, les ARS nous incitaient à mener des actions de prévention dans les quartiers d'habitat social, elles ont l'an dernier annoncé qu'elles ne pourraient pas poursuivre cette action. Cette année, leurs moyens baissent encore de 44 millions d'euros. Cela va-t-il continuer ? Au final, tout l'effort va reposer sur les collectivités.

M. Yvon Collin. – L'indemnisation des victimes des essais nucléaires figure-t-elle dans ces lignes budgétaires ?

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur spécial. – Monsieur Trucy, je vous confirme que le FIVA n'aura aucun problème pour prendre en charge les indemnisations des victimes de l'amiante et de leurs ayants droit. Je prends acte de votre demande d'assistance sur les addictions aux jeux. Nous irons voir ce qu'il en est.

M. François Trucy. – D'accord.

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur spécial. – Madame Beaufile, les opérateurs seront effectivement mis à contribution sans que, de mon point de vue, cela remette en cause leurs missions. Ils vivaient confortablement depuis plusieurs années, assis sur d'importantes réserves. Cependant, il s'agit d'une mesure « *one shot* » qui ne jouera qu'une ou deux années. Il est difficile d'appréhender les ressources des ARS composées à la fois de crédits budgétaires, de dotations de l'assurance maladie et de concours des collectivités territoriales. Faut-il s'inquiéter ? Cela n'est pas impossible. J'attirerai une nouvelle fois l'attention du Gouvernement sur ce manque de lisibilité des moyens et de leur utilisation.

Enfin, les actions à destination des victimes des essais nucléaires sont inscrites dans la mission « Anciens combattants, mémoire et liens avec la nation ».

M. Albéric de Montgolfier, président. – Je viens d'identifier l'une des causes de la disparition des débits de boisson... Il s'agit d'une niche fiscale de deux millions d'euros : l'exonération des plus-values réalisées lors de la reconversion des débits de boisson !

Mme Marie-France Beaufile. – Nous nous abstenons sur les crédits de la mission « Santé ».

A l'issue de ce débat, la commission décide de proposer au Sénat l'adoption, sans modification, des crédits de la mission « Santé » et du compte de concours financiers « Avances aux organismes de sécurité sociale ».

*

* *

Réunie à nouveau le jeudi 22 novembre 2012, sous la présidence de M. Philippe Marini, président, la commission, après avoir pris acte des modifications apportées par l'Assemblée nationale, a décidé de proposer au Sénat l'adoption, sans modification, des crédits de la mission « Santé » et du compte de concours financiers « Avances aux organismes de sécurité sociale ».