

N° 108

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

Enregistré à la Présidence du Sénat le 23 novembre 2017

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

au nom de la commission des finances (1) sur le projet de loi de finances pour 2018, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Albéric de MONTGOLFIER,
Rapporteur général,
Sénateur

TOME III

LES MOYENS DES POLITIQUES PUBLIQUES ET LES DISPOSITIONS SPÉCIALES

(seconde partie de la loi de finances)

ANNEXE N° 27

SANTÉ

Rapporteur spécial : M. Alain JOYANDET

(1) *Cette commission est composée de* : M. Vincent Éblé, *président* ; M. Albéric de Montgolfier, *rapporteur général* ; MM. Éric Bocquet, Emmanuel Capus, Yvon Collin, Bernard Delcros, Mme Fabienne Keller, MM. Philippe Dominati, Charles Guéné, Jean-François Husson, Georges Patient, Claude Raynal, *vice-présidents* ; M. Thierry Carcenac, Mme Nathalie Goulet, MM. Alain Joyandet, Marc Laménie, *secrétaires* ; MM. Philippe Adnot, Julien Bargeton, Arnaud Bazin, Yannick Botrel, Michel Canevet, Vincent Capo-Canellas, Philippe Dallier, Vincent Delahaye, Mme Frédérique Espagnac, MM. Rémi Féraud, Jean-Marc Gabouty, Jacques Genest, Alain Houpert, Éric Jeansannetas, Patrice Joly, Roger Karoutchi, Bernard Lalande, Nuihau Laurey, Mme Christine Lavarde, MM. Antoine Lefèvre, Dominique de Legge, Gérard Longuet, Victorin Lurel, Sébastien Meurant, Claude Nougéin, Didier Rambaud, Jean-François Rapin, Jean-Claude Requier, Pascal Savoldelli, Mmes Sophie Taillé-Polian, Sylvie Vermeillet, M. Jean Pierre Vogel.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 235, 264 *rect.*, 266 *rect.*, 273 à 278, 345 et T.A. 33

Sénat : 107 et 109 à 114 (2017-2018)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DU RAPPORTEUR SPÉCIAL.....	5
 PREMIÈRE PARTIE ANALYSE GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »	
I. UNE NOUVELLE MODIFICATION DE PÉRIMÈTRE TRADUISANT UN DÉSENGAGEMENT DE L'ÉTAT DU FINANCEMENT DES OPÉRATEURS DE LA SANTÉ	8
II. UNE PROGRESSION DES CRÉDITS RÉSULTANT D'UNE DÉMARCHE DE SINCÉRITÉ BUDGÉTAIRE	9
1. <i>Une augmentation des crédits de la mission à périmètre constant...</i>	9
2. <i>... qui procède d'une démarche de sincérité budgétaire</i>	10
III. UNE STRATÉGIE DE PILOTAGE DE LA MISSION JUSQU'À PRÉSENT LARGEMENT PERFECTIBLE	13
1. <i>Une trajectoire contraire des deux programmes de la mission</i>	13
2. <i>Des résultats insuffisants en termes de performance</i>	14
3. <i>Au total, une stratégie de pilotage défaillante</i>	15
 SECONDE PARTIE LES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS DE LA MISSION SANTÉ EN 2018	
I. UNE MISE À CONTRIBUTION DES OPÉRATEURS SANITAIRES QUI SE POURSUIT	17
A. UNE STABILISATION DES SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC, MAIS UNE DIMINUTION DES EFFECTIFS DES OPÉRATEURS SANITAIRES	17
1. <i>Un recentrage de la participation de l'État au financement des opérateurs sanitaires</i>	17
2. <i>Un schéma d'emploi concernant tous les opérateurs sanitaires</i>	19
B. DES MUTUALISATIONS AU SEIN DES AGENCES SANITAIRES À APPROFONDIR	21
1. <i>L'Agence nationale de santé publique : des économies en suspens</i>	21
2. <i>Les mutualisations entre agences sanitaires constituent une piste d'économies plus sérieuse que les rabots successifs</i>	22
II. L'AUGMENTATION DES CRÉDITS DÉDIÉS À L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT APPELLE UNE RÉFORME STRUCTURELLE DU DISPOSITIF.....	23
A. UN NOMBRE CROISSANT DE BÉNÉFICIAIRES TRÈS CONCENTRÉS SUR LE TERRITOIRE NATIONAL.....	23
1. <i>L'aide médicale d'État comporte trois dispositifs</i>	23
2. <i>Une évolution du nombre de bénéficiaires très dynamique en dépit d'une légère baisse en 2016</i>	25

B. LA DÉPENSE D'AME EST MINORÉE DEPUIS DES ANNÉES PAR DES SOUS-BUDGÉTISATIONS À RÉPÉTITION	27
1. En hausse de 35 % depuis 2012, la dépense d'AME n'est pas maîtrisée	27
2. Vers la fin de la sous-budgétisation récurrente des dépenses d'AME ?	29
C. UNE RÉFORME DE L'AME S'IMPOSE POUR GARANTIR LA SOUTENABILITÉ DE LA DÉPENSE	30
1. Le contrôle et la lutte contre la fraude ne sauraient suffire à contenir la progression de la dépense d'AME	30
2. Au regard de la générosité du système français, une réflexion devrait s'engager sur l'opportunité d'une réforme de l'AME, seule à même de contenir la dépense de la mission « Santé »	32
a) Un accès gratuit aux soins large en comparaison aux dispositifs étrangers	32
b) La nécessité absolue d'une réforme de l'AME ne fait plus doute	33
LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE	35
AMENDEMENT PROPOSÉ PAR LA COMMISSION DES FINANCES	37
EXAMEN EN COMMISSION	39

LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DU RAPPORTEUR SPÉCIAL

1. Des mesures de périmètre conduisent à un transfert net de dépenses de la mission « Santé » vers l'assurance maladie de 23 millions d'euros en 2018. Les crédits de paiement demandés pour 2018 s'élèvent à 1 417 millions d'euros. À périmètre constant, ce montant correspond à une augmentation de 10 % par rapport à 2017.
2. Alors que les plafonds de crédits fixés pour la mission par la loi de programmation des finances publiques (LPFP) 2014-2019 ont été dépassés entre 2015 et 2017, la trajectoire haussière des plafonds de crédits prévus pour la mission « Santé » par le budget triennal 2018-2020 traduit une démarche de sincérité budgétaire bienvenue.
3. La trajectoire divergente des deux programmes de la mission révèle les carences d'une stratégie de pilotage ayant privilégié des rabots successifs sur les crédits du programme 204. Les crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » ont diminué de 23,5 %, tandis que les crédits du programme 183 « Prévention maladie » ont progressé de 25 %.
4. Les subventions pour charges de service public des opérateurs sanitaires diminuent de 6 % par rapport à 2017 à périmètre courant, mais augmentent de 1 % à périmètre constant. Les fonds de roulement des agences se rapprochent de leur niveau prudentiel.
5. Les dépenses totales de l'État et de l'assurance maladie, tous types d'aide médicale d'État confondus, se sont élevées à 863 millions d'euros en 2016, en hausse de 6 % par rapport à 2015. La dépense au titre de l'aide médicale d'État de droit commun atteint 784 millions d'euros, soit 91 % du coût total.
6. Le dynamisme de l'aide médicale d'État de droit commun met sous tension la soutenabilité de la mission « Santé », avec une dépense exécutée en croissance de 40 % entre 2009 et 2016 et un nombre de bénéficiaires en hausse de 44 % sur la même période.

PREMIÈRE PARTIE ANALYSE GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »

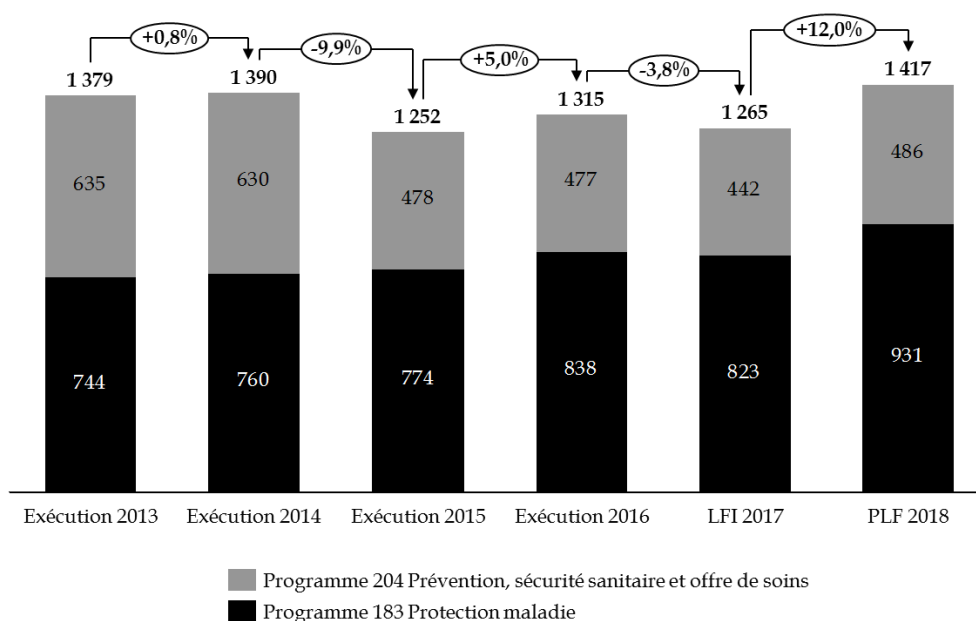
La mission « Santé » du budget général a un périmètre limité. **L'essentiel des actions sanitaires relève en effet du champ des lois de financement de la sécurité sociale.** La mission est composée de deux programmes :

- le **programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »**, piloté par la direction générale de la santé. Représentant 34 % des crédits de la mission, il vise à développer la politique de prévention, à garantir la protection contre les risques sanitaires et à organiser une offre de soins de qualité sur tout le territoire ;

- le **programme 183 « Protection maladie »**, qui représente 66 % des crédits de la mission. Piloté par la direction de la sécurité sociale, il est **essentiellement consacré à l'aide médicale d'État (AME).**

La mission « Santé » ne comporte **pas de crédits de personnel** ; les crédits de rémunération des personnels concourant à la mise en œuvre des programmes de la mission sont regroupés au sein du 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 ».

Évolution des crédits de la mission « Santé » par programme
(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat (à partir des données des projets annuels de performances pour 2017 et 2018 et des rapports annuels de performances de la mission « Santé » pour 2013, 2014, 2015 et 2016).

I. UNE NOUVELLE MODIFICATION DE PÉRIMÈTRE TRADUISANT UN DÉSENGAGEMENT DE L'ÉTAT DU FINANCEMENT DES OPÉRATEURS DE LA SANTÉ

La loi de finances pour 2017 a supprimé l'action 13 « Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins », et réparti les crédits entre les actions 12, 14, 16 et 17¹.

L'article 48 de la loi de finances pour 2017 a en outre procédé à **deux transferts de dépenses** :

- la fin du cofinancement de l'Agence nationale de santé publique par l'assurance maladie, pour un montant de 65 millions d'euros ;

- d'autre part, la suppression du cofinancement par l'État du fonds d'intervention régional, pour un montant de 116 millions d'euros.

De nouveau, l'article 26 du projet de loi de finances pour 2018 prévoit deux transferts de dépenses :

- d'une part, la **suppression du financement de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) par l'État**, pour un montant de **9 millions d'euros** ;

- d'autre part, la **suppression du cofinancement par l'État de l'Agence de la biomédecine (ABM)**, pour un montant de **14 millions d'euros**.

Ainsi, **ces transferts conduisent à réduire les crédits portés par la mission de 23 millions d'euros**.

La modification de périmètre proposée par le présent projet de loi de finances s'ajoute ainsi à celle opérée en 2015, qui avait transféré 134 millions d'euros de dépenses de la mission « Santé » vers l'assurance maladie², et à celle de 2017, qui a réduit les crédits de la mission de 51 millions d'euros.

Aussi traduit-elle, au-delà d'une logique de rationalisation, **l'instabilité du périmètre de la mission « Santé »**.

¹ Respectivement : action 12 « Santé des populations », action 14 « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades », action 16 « Veille et sécurité sanitaire » et action 17 « Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins ».

² Il s'agissait principalement du financement de la formation médicale initiale, transféré du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

II. UNE PROGRESSION DES CRÉDITS RÉSULTANT D'UNE DÉMARCHE DE SINCÉRITÉ BUDGÉTAIRE

1. Une augmentation des crédits de la mission à périmètre constant...

Le montant global des crédits de la mission « Santé » s'élève à 1 416 millions d'euros en autorisations d'engagement (AE) et à 1 417 millions d'euros en crédits de paiement (CP) pour l'exercice 2018.

L'analyse des crédits demandés doit **distinguer la part imputable aux modifications de périmètre** présentées précédemment :

- à **périmètre courant**, c'est-à-dire sans tenir compte de leur effet, **les crédits de paiement seraient en augmentation, en hausse de 12 %** par rapport au montant inscrit en loi de finances pour 2017 ;

- à **périmètre constant**, c'est-à-dire corrigé des deux transferts de dépenses, **les crédits de paiements augmenteraient de 10 %** entre les deux exercices.

Il s'agit ainsi d'une **augmentation importante des crédits de la mission** : en 2017, les crédits de paiement augmentaient à périmètre constant de 4,5 % par rapport à 2016, d'une proportion analogue à la hausse enregistrée entre 2015 et 2016 (+ 4,6 %).

Cette augmentation découle en partie de la **budgetisation d'une dotation de 78 millions d'euros** sur l'action 11 : « Pilotage de la politique de santé publique », **dédiée au financement du dispositif d'indemnisation des victimes du valproate de sodium et ses dérivés (Dépakine)**, géré pour le compte de l'État par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), contre 10 millions d'euros en loi de finances initiale pour 2017.

Observation n° 1 : Des mesures de périmètre conduisent à un transfert net de dépenses de la mission « Santé » vers l'assurance maladie de 23 millions d'euros en 2018.

Les crédits de paiement demandés pour 2018 s'élèvent à 1 417 millions d'euros. À périmètre constant, ce montant correspond à une augmentation de 10 % par rapport à 2017.

**Évolution des crédits de la mission « Santé »
à périmètre courant en 2018**

(en euros)

	LFI 2017	PLF 2018	Évolution 2018/2017
Programme 204 : Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	442 719 625	486 142 584	9,8 %
Action 11 : Pilotage de la politique de santé publique	196 394 306	251 786 677	28,2 %
Action 12 : Santé des populations	1 817 015	945 000	- 48,0 %
Action 14 : Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	56 640 048	52 723 547	- 6,9 %
Action 15 : Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	19 466 889	18 308 000	- 6,0 %
Action 16 : Veille et sécurité sanitaire	1 365 674	1 142 401	- 16,3 %
Action 17 : Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	130 373 889	121 743 155	- 6,6 %
Action 18 : Projets régionaux de santé	35 000		-
Action 19 : Modernisation de l'offre de soins	36 626 804	39 493 804	7,8 %
Programme 183 : Protection maladie	823 213 193	931 703 824	13,2 %
Action 02 : Aide médicale de l'État	815 213 193	923 703 824	13,3 %
Action 03 : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 0000	8 000 0000	0,0 %
Total	1 265 932 818	1 417 846 408	12,0 %

Source : commission des finances du Sénat (à partir des réponses du ministère des affaires sociales et de la santé au questionnaire de votre rapporteur spécial)

2. ... qui procède d'une démarche de sincérité budgétaire

Les plafonds de crédits fixés pour la mission « Santé » par la **loi de programmation des finances publiques (LPFP)** pour les années 2014 à 2019 ont été dépassés de façon systématique entre 2015 et 2017.

**Plafonds des crédits de la mission « Santé »
dans le cadre du budget triennal 2015-2017⁽¹⁾**

(en millions d'euros)

	2015	2016	2017
Plafonds inscrits en LFPF⁽¹⁾	1 203	1 220	1 228
Montants inscrits en LFI ou PLF	1 203	1 251	1 256
Montant inscrit en PLF 2017 corrigé des transferts			1 307

(1) Les plafonds de la mission « Santé » sont présentés hors contribution directe de l'État au compte d'affectation spéciale « Pensions ».

Source : questionnaire budgétaire et projet annuel de performances pour 2017

Récapitulatif des mesures de transfert intervenues depuis 2012

(en millions d'euros)

Exercice	Transfert	Impact financier
2013	Recentralisation de compétences sanitaires Transfert du financement de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna du programme 123 « Conditions de vie Outre-mer » vers le programme 204	+ 29,2
2014	Recentralisation de compétences sanitaires Budgétisation de taxes précédemment affectées à la HAS	+ 10,9
2015	Recentralisation de compétences sanitaires Transfert vers l'assurance maladie des dépenses liées à la formation médicale, au financement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), de la HAS et de l'ATIH Transfert des crédits d'intervention destinés à la prise en charge des frais de jury des diplômes sanitaires du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » vers le programme 204	- 133,7
2016	Transfert des personnels des Cellules de l'institut de veille sanitaire en région (CIRE) des ARS	+ 1,1
2017	Suppression du cofinancement de l'ANSP et du FIR	- 51
2018	Suppression du cofinancement de l'EHESP et de l'ABM	- 23

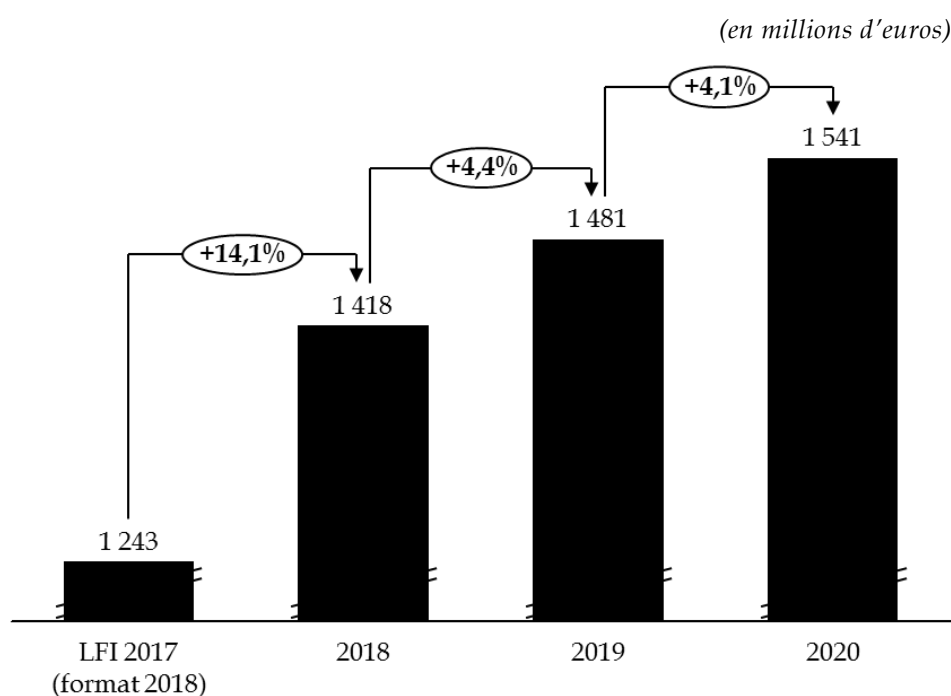
Source : commission des finances du Sénat, à partir du questionnaire budgétaire

Les évolutions répétées du champ de la mission n'ont ainsi pas suffi à contenir une progression non maîtrisée de la dépense. Votre rapporteur spécial relève en ce sens la faiblesse du pilotage depuis 2012 de l'ensemble composite que constitue la mission « Santé ». La concentration des efforts sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », conjuguée à de multiples transferts de dépenses, n'ont pas permis de

compenser le dynamisme non maîtrisé des dépenses du programme 183 « Protection maladie ».

L'augmentation des plafonds des crédits de la mission prévue dans le cadre du budget triennal 2018-2020 témoigne d'une démarche de sincérité budgétaire bienvenue.

Évolution des crédits prévue par l'article 12 du projet de loi de programmation des finances publiques pour 2018-2022



Source : commission des finances du Sénat, d'après le projet de loi de programmation des finances publiques pour 2018-2022

Observation n° 2 : alors que les plafonds de crédits fixés pour la mission par la loi de programmation des finances publiques (LPFP) 2014-2019 ont été dépassés entre 2015 et 2017, la trajectoire haussière des plafonds de crédits prévus pour la mission « Santé » par le budget triennal 2018-2020 traduit une démarche de sincérité budgétaire bienvenue.

III. UNE STRATÉGIE DE PILOTAGE DE LA MISSION JUSQU'À PRÉSENT LARGEMENT PERFECTIBLE

1. Une trajectoire contraire des deux programmes de la mission

À titre de rappel, les deux programmes de la mission « Santé » recouvrent des dépenses de nature distincte :

- le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » est composé à 70 % de crédits de titre 3 (dépenses de fonctionnement), à savoir principalement des subventions pour charges de service public à destination des opérateurs sanitaires, et à 30 % de crédits de titre 6 (dépenses d'intervention) ;

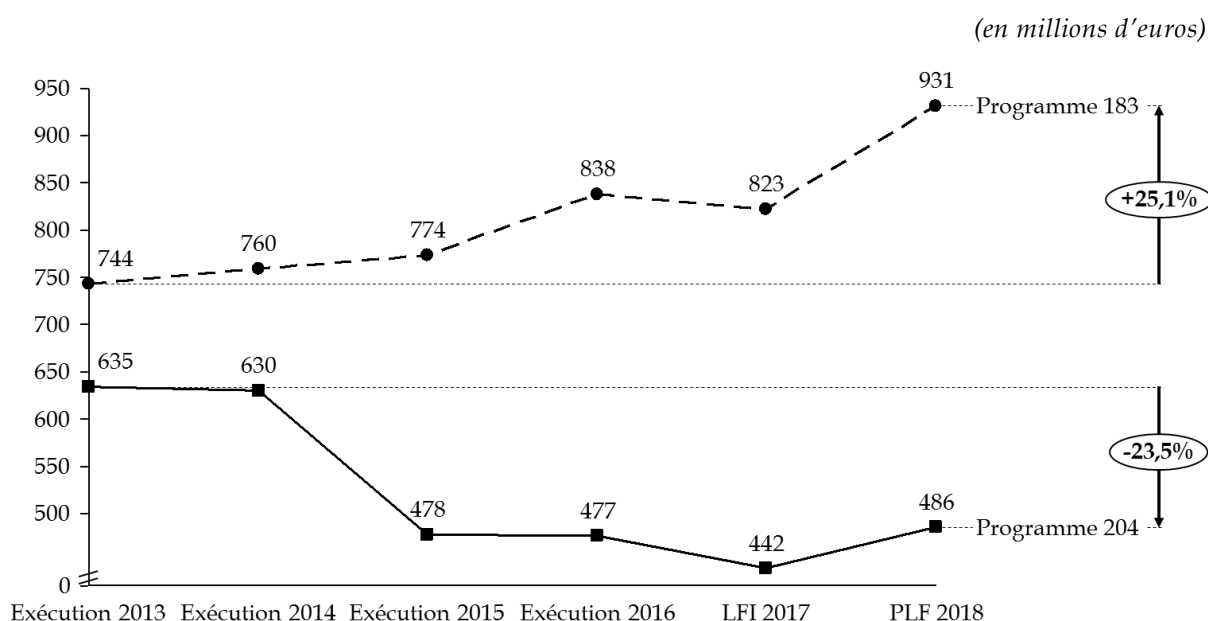
- le programme 183 « Protection maladie » ne porte que des dépenses d'intervention.

Les deux programmes de la mission connaissent des dynamiques divergentes, comme l'illustre le graphique ci-dessous :

- les crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » ont diminué de 23,5 % à périmètre courant entre 2013 et 2018 ;

- parallèlement, les crédits du programme 183 « Protection maladie » ont augmenté de 25 % entre 2013 et 2018 à périmètre courant.

Évolution des crédits de la mission « Santé » à périmètre courant



Source : commission des finances du Sénat (à partir des données du rapport annuel de performances pour 2016 et des projets annuels de performances pour 2017 et 2018 de la mission « Santé »)

En outre, **la dynamique contraire en prévision se renforce en exécution**. Si les crédits de paiement effectivement consommés en 2016 ont dépassé de 5,1 % la prévision en loi de finances initiale, la consommation des crédits est différente entre les deux programmes. En effet, 96 % des crédits de paiement du programme 204 ont été effectivement consommés en 2016, alors que les crédits de paiement du programme 183 ont fait l'objet d'une sur-exécution à hauteur de 111 %. De fait, 20 millions d'euros de crédits de paiement ont été annulés en régulation budgétaire infra-annuelle sur le programme 204, tandis que des crédits supplémentaires d'un montant de 85,3 millions d'euros ont été ouverts en loi de finances rectificative pour 2016 sur le programme 183.

2. Des résultats insuffisants en termes de performance

Les objectifs et indicateurs de performance du programme 204

	2015 Réalisation	2016 Réalisation	2017 Prévision actualisée	2018 Prévision	2020 Cible
Objectif n° 1 : Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé					
Indicateur 1.1 Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus (en %)	50,2	49,2	50	52	60
Indicateur 1.2. Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 à 74 ans (en %)	ND	29,3	39,2	42,8	50
Indicateur 1.3 Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (en %)	28,8	28,7	27,4	26,6	25
Objectif n° 2 : Prévenir et maîtriser les risques sanitaires					
Indicateur 2.1 Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique	12,5	12,4	14,25	NC	13,25
Indicateur 2.2 Pourcentage de signalements traités en 1 heure	80	82	85	86	87
Indicateur 2.3 : Délai de traitement des autorisations de mise sur le marché par l'ANSM*					
<i>Autorisation nationale (en nombre de jours)</i>	152	ND	150	150	150
<i>Reconnaissance mutuelle et décentralisée (en nombre de jours)</i>	330	ND	200	30	30

Source : projet annuel de performances pour 2018 de la mission « Santé »

S'agissant du programme 204, la loi de finances pour 2017 a modifié l'indicateur relatif au taux de prévalence du tabagisme chez les adultes, afin de prendre en compte la population de 15 à 75 ans, contre 18 à 75 ans précédemment, conformément aux actions du programme national de réduction du tabagisme (PNRT).

L'analyse de ces indicateurs en exécution 2016 révèle que **les prévisions en matière de dépistage n'ont pas été atteintes**, avec seulement 49,2 % de personnes de 65 ans et plus vaccinées contre la grippe en 2016 alors que la cible se situait à 75 %. Il en va de même en ce qui concerne le dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 à 74 ans, où le taux de participation s'élève à 29,3 % en 2016.

3. Au total, une stratégie de pilotage défailante

Si la hausse des crédits de la mission traduit une budgétisation plus sincère, son dynamisme résulte essentiellement du mouvement opposé des deux programmes qui la composent. Cette trajectoire divergente révèle les carences d'une stratégie de **pilotage ayant privilégié des rabots successifs sur les crédits du programme 204**.

Le présent projet de loi de financement poursuit néanmoins dans cette voie, **repoussant de nouveau toute réflexion et toute action sur les déterminants de la dépense d'AME** du programme 183, privilégiant de nouveaux transferts de dépenses vers l'assurance maladie. **Or cette stratégie met en péril l'exercice des missions dévolues aux opérateurs de la mission par le législateur.**

Observation n° 3 : la trajectoire divergente des deux programmes de la mission révèle les carences d'une stratégie de pilotage ayant privilégié des rabots successifs sur les crédits du programme 204. Les crédits du programme 204 ont diminué de 23,5 % depuis 2013 tandis que les crédits du programme 183 ont progressé de 25 %.

SECONDE PARTIE LES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS DE LA MISSION SANTÉ EN 2018

I. UNE MISE À CONTRIBUTION DES OPÉRATEURS SANITAIRES QUI SE POURSUIT

A. UNE STABILISATION DES SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC, MAIS UNE DIMINUTION DES EFFECTIFS DES OPÉRATEURS SANITAIRES

1. Un recentrage de la participation de l'État au financement des opérateurs sanitaires

Le **montant total des subventions pour charges de service public** porté par le programme **s'élève à 326 millions d'euros** à périmètre courant, soit une baisse de 6 % par rapport à 2017.

À périmètre constant, **les subventions pour charges de service public augmentent de 1 %** par rapport au montant inscrit en loi de finances pour 2017.

En raison de la création de l'Agence nationale de santé publique, instituée le 1^{er} mai 2016 et fusionnant trois opérateurs préexistants et de la mesure de périmètre pour 2018 présentée *supra*, le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » ne finance plus que **quatre opérateurs de l'État** participant à la mise en œuvre des politiques nationales de prévention et de sécurité sanitaire en 2018, contre six lors de l'exercice précédent et huit en 2016¹.

Parmi les quatre opérateurs, deux sont concernés par l'augmentation de leur subvention (cf. tableau *infra*) : l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et la nouvelle Agence nationale de santé publique (ANSP).

L'Institut national du cancer (INCa) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) enregistrent une légère diminution de leur subvention.

¹ Le mouvement de réduction du nombre d'opérateurs sanitaires financés par le programme 204 se poursuit : en 2015, le programme finançait dix opérateurs, puis huit en 2016 à la suite du transfert du financement intégral du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) et de l'agence technique de l'information et de l'hospitalisation (Atih) par l'assurance maladie et 6 en 2016 avec la fusion des trois opérateurs constituant l'ANSP : l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Institut de veille sanitaire (Invs).

Subventions pour charges de service public versées aux opérateurs

(en millions d'euros)

Opérateur	Exécution 2015	Exécution 2016	LFI 2017	PLF 2018	Variation 2018/2017
Agence de biomédecine (ABM)	12,7	13	13,8		
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	113,2	111,8	112,7	118,1	+5 %
Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)	14,5	12,7	14,3	14,16	-1%
École des hautes études en santé publique (EHESP)	9,7	7,1	9,2		
Institut national du cancer (INCa)	38,8	31,4	44,5	42,4	-5%
Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus)	8,4	3,9	150,5	151,3	Périmètre constant : +1%
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)	22,3	8,9			
Institut de veille sanitaire (INVS)	53,3	21,5			
Total	272,9	259,2	345,0	326,0	- 6 %

Source : commission des finances du Sénat (à partir des données du projet annuel de performances de la mission Santé pour 2017)

Dans le sillage d'une diminution du montant global de subventions pour charges de service public opérée lors des exercices précédents, **les fonds de roulement des opérateurs se stabilisent**, pour la plupart d'entre eux, **au niveau prudentiel**.

Après une diminution de près de 39 % entre 2015 et 2016, ils diminuent de 36 % entre 2016 et 2017, comme le montre le tableau ci-après.

Niveaux des fonds de roulement des opérateurs du programme 204

(en millions d'euros)

Opérateurs	Au 31/12/2016	Au 31/12/2017	Estimation du nombre de mois de fonctionnement	Variation 2017/2016
Agence de biomédecine (ABM)	11 224	6 876	33	-39%
Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)	23 926	20 046	50	-16%
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	20 013	13 046	40	-35%
École des hautes études en santé publique (EHESP)	15 241	12 458	75	-18%
Institut national du cancer (INCa)	16 596	12 596	42	-24%
Agence nationale de santé publique (ANSP)	86 868	45 848	93	-47%
Total	173 868	110 870	-	-36%

Source : réponse du ministère de la santé et des solidarités au questionnaire budgétaire de votre rapporteur spécial

2. Un schéma d'emploi concernant tous les opérateurs sanitaires

À périmètre courant, le plafond d'emplois global des opérateurs de la mission s'établit à 1 658 équivalents temps plein travaillé (ETPT), contre 2 253 en 2017.

À périmètre constant, le **plafond d'autorisation d'emplois diminue**. Le schéma d'emploi pour 2018 est établi sur la base d'une **diminution de 39 équivalents temps pleins travaillés (ETPT), contre 40 ETPT en 2017**.

Après une réduction de 20 ETPT en 2017, au titre de la réduction des effectifs de 10 % sur trois ans prévue par les lettres plafond de 2016 et 2017, **la nouvelle ANSP connaît une diminution de 15 ETPT en 2018**.

Observation n° 4 : les subventions pour charges de service public des opérateurs sanitaires diminuent de 6 % par rapport à 2017 à périmètre courant, mais augmentent de 1 % à périmètre constant. En regard, les fonds de roulement des agences se rapprochent de leur niveau prudentiel.

Emplois des opérateurs rémunérés par le programme 204

(en ETPT)

Opérateurs		Réalisation 2016	LFI 2017	PLF 2018	Variation 2018/2017
Agence de biomédecine (ABM)					
Emplois sous plafond		241	243		
<i>Emplois hors plafond</i>		13	16		
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)					
Emplois sous plafond		956	955	935	-2 %
<i>Emplois hors plafond</i>		8	19	19	
École des hautes études en santé publique (EHESP)					
Emplois sous plafond		320	313		
<i>Emplois hors plafond</i>		36	32		
Institut national du cancer (INCa)					
<i>Emplois sous plafond</i>		147	145	141	-2,8 %
<i>Emplois hors plafond</i>		11	12	12	
Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)		10			
		1			
	Emplois sous plafond				
<i>Emplois hors plafond</i>					
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)		39	386	597	
		2	10	14	
Emplois sous plafond				582	
<i>Emplois hors plafond</i>				19	-2,5 %
Institut de veille sanitaire (INVS)		125			
Emplois sous plafond		3			
<i>Emplois hors plafond</i>					
Total sous plafond		2 234	2 253	1 658	-26,4 %
Total emplois hors plafond		84	93	50	

Source : projet annuel de performances de la mission « Santé » pour 2018

B. DES MUTUALISATIONS AU SEIN DES AGENCES SANITAIRES À APPROFONDIR

1. L'Agence nationale de santé publique : des économies en suspens

L'Agence nationale de santé publique (ANSP), prévue par la loi de modernisation de notre système de santé du 21 janvier 2016, a été instituée le 1^{er} mai 2016. L'ordonnance du 14 avril 2016 prévoyant sa création a fait l'objet d'une ratification législative au début de l'année 2017¹.

Elle fusionne trois opérateurs portés par le programme 204 : l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Institut national de veille sanitaire (InVS). L'ANSP regroupe en ce sens l'ensemble des compétences sanitaires de la veille sanitaire à l'action d'urgence, en passant par la prévention.

Les conséquences financières réelles demeurent toujours incertaines, un an et demi après la mise en place de l'agence.

L'ANSP bénéficie d'une légère augmentation de la subvention pour charges de service public versée par l'État mais contribue à la réduction des plafonds d'emplois en 2018. Alors que « *les gains en personnels à attendre du fait de ce regroupement se produiront progressivement, au cours des exercices 2017, 2018 et 2019, notamment par la mutualisation des fonctions support* »², l'ANSP a enregistré une baisse de 7 ETPT en 2017, et le plafond d'emplois fixé à 582 ETPT pour 2018 entraînera une diminution de 15 ETPT.

D'après le projet annuel de performance, « *cette diminution permet à l'ANSP d'atteindre le gain attendu de -10 % de ses emplois post fusion* ».

En outre, le **contrat d'objectifs et de performances, en cours d'élaboration**, devra permettre de définir les économies attendues sur les fonctions supports.

Au total, **les gains d'efficience ne produiront leur effet qu'à moyen terme**, après une progression temporaire des charges de l'agence.

Le regroupement sur un même site, à Saint-Maurice (94), de l'ensemble des services des trois agences fusionnées, impliquera la construction d'un **nouveau bâtiment dont la livraison n'est prévue qu'au troisième trimestre 2018**. En attendant, les personnels seront hébergés dans des locaux temporaires.

¹ Loi n° 2017-228 du 24 février 2017 ratifiant l'ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique et modifiant l'article 166 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Réponse au questionnaire du rapporteur spécial.

2. Les mutualisations entre agences sanitaires constituent une piste d'économies plus sérieuse que les rabots successifs

Depuis 2008, la direction générale de la santé (DGS) a développé le concept de « **système d'agences** » en vue d'assurer un déploiement coordonné de la politique de prévention et de sécurité sanitaire qu'elle mène avec l'appui des opérateurs sanitaires placés sous sa tutelle. Dans ce cadre, un **comité d'animation du système d'agences (CASA)**, regroupant de façon régulière le directeur général de la santé et les directeurs généraux des agences, avait été institué. Rénové en 2014, le CASA réunit actuellement l'ABM, l'ANSM, l'Ansés, l'ASN, l'EFS, la HAS, l'INCa, l'INSERM, l'IRSN ainsi que l'ANSP.

L'ordonnance du 19 janvier 2017¹ prévoit la mutualisation de « *tout ou partie des fonctions d'appui et de soutien* » des organismes visés, « *comprenant les fonctions comptables, logistiques, informatiques, immobilières ainsi que les fonctions de paiement ou de commande, d'expertise juridique, de communication ou de relations internationales* »².) Un décret en Conseil d'État devra préciser les « *organismes et les fonctions* » faisant l'objet de la mutualisation ainsi que ses modalités.

Parallèlement à l'exercice d'une tutelle coordonnée par la direction générale de la santé, une optimisation des fonctions supports des agences sanitaires a été recherchée tardivement dans le cadre du **comité des secrétaires généraux (CSG)**.

Dans ce cadre, une opération de mutualisation des fonctions financières et comptables a été lancée en 2014 : le **projet SIFAS**³, agréant cinq opérateurs⁴, dans la perspective de la mise en œuvre de la nouvelle gestion budgétaire et comptable publique (GBCP⁵) à partir du 1^{er} janvier 2016. Il s'agit du premier exemple de mutualisation entre agences sanitaires.

La logique de mutualisation semble se mettre en marche, et constitue une piste plus sérieuse de recherche d'efficience que les rabots successifs sur les subventions pour charges de service public. Toutefois, si cette recherche doit être poursuivie et approfondie, **seule une réflexion appréhendant les déterminants de la dépense du programme 183 « Protection maladie » sera à même d'assurer la soutenabilité de la mission « Santé ».**

¹ Ordonnance n° 2017-45 du 19 janvier 2017 relative aux conditions d'accès aux données couvertes par le secret médical ou le secret industriel et commercial pour le compte de l'Autorité de sûreté nucléaire et de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire et à la mutualisation de certaines fonctions d'agences sanitaires nationales.

² Nouvel article L.1411-5-3 du code de la santé publique.

³ Système d'information finance des agences sanitaires.

⁴ ANSM, INCa, EPRUS, INPES et InVS.

⁵ Décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

II. L'AUGMENTATION DES CRÉDITS DÉDIÉS À L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT APPELLE UNE RÉFORME STRUCTURELLE DU DISPOSITIF

A. UN NOMBRE CROISSANT DE BÉNÉFICIAIRES TRÈS CONCENTRÉS SUR LE TERRITOIRE NATIONAL

1. L'aide médicale d'État comporte trois dispositifs

L'aide médicale d'État (AME) recouvre trois dispositifs distincts :

- **l'AME de droit commun**, qui assure la couverture des soins des **personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois** de façon ininterrompue et remplissant des **conditions de ressources** identiques à celles fixées pour l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)¹. **Financièrement à la charge de l'État, l'AME de droit commun est gérée par l'assurance maladie.** L'AME de droit commun ne concerne pas les demandeurs d'asile qui ont accès à la CMU de base et complémentaire sur présentation de leur récépissé de demande d'asile² ;

- **l'AME pour soins urgents** concerne les étrangers en situation irrégulière ne justifiant pas de la condition de résidence nécessaire pour bénéficier de l'AME de droit commun et nécessitant des **soins urgents « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître »**³. Ces soins sont **pris en charge par l'assurance maladie**, qui reçoit **une subvention forfaitaire de l'État fixée à 40 millions d'euros** depuis plusieurs années ;

- **l'AME dite « humanitaire »**, accordée au cas par cas pour les personnes ne résidant pas habituellement sur le territoire français (personnes étrangères en situation régulière ou françaises) par décision individuelle du ministre compétent. Ce dispositif de prise en charge, qui n'a pas le caractère d'un droit pour les personnes soignées, représente chaque année une dizaine d'admissions pour soins hospitaliers.

Pour appréhender le coût total de l'AME de droit commun, il convient de prendre en compte le solde restant dû à l'assurance maladie en fin d'exercice, dans la mesure où les crédits exécutés inscrits en loi de règlement ne couvrent généralement pas l'intégralité des dépenses du dispositif géré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

¹ Soit 727 euros par mois pour une personne seule en métropole au 1^{er} avril 2017 et 809 euros dans les départements d'outre-mer (DOM).

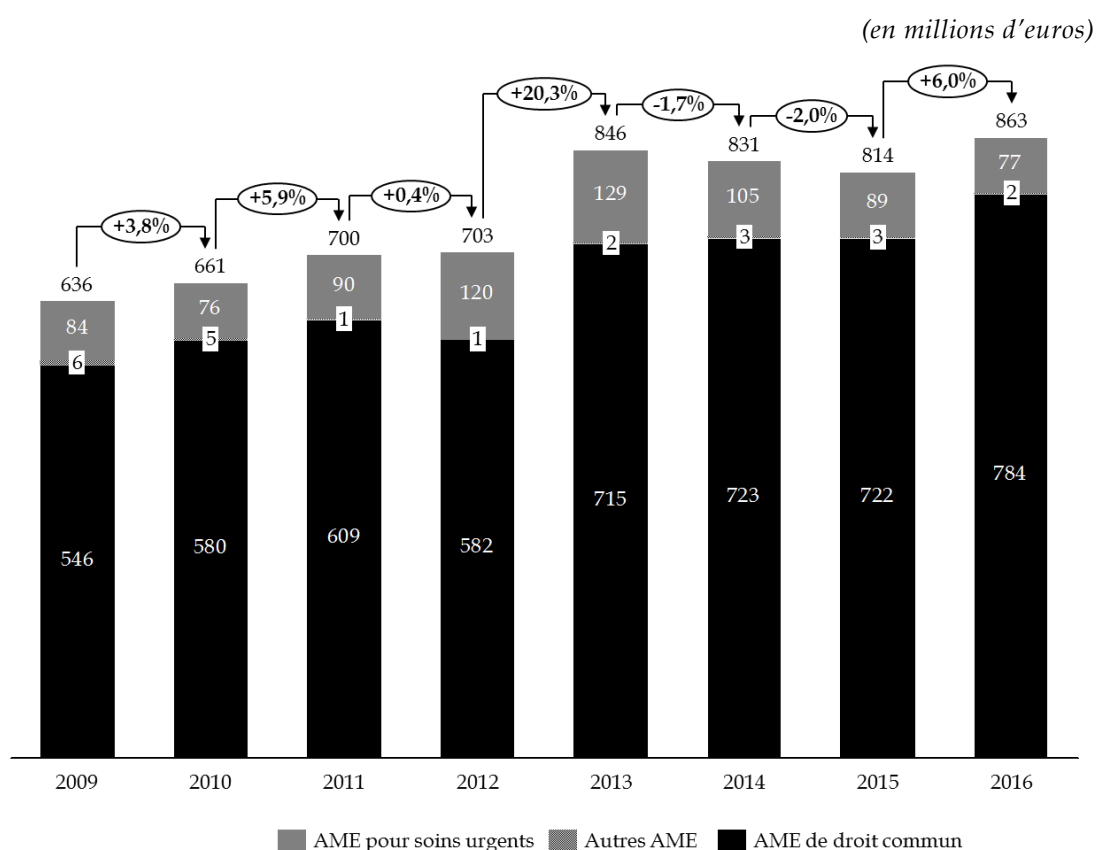
² À l'exception des demandeurs d'asile en procédure prioritaire ou en procédure « Dublin » qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale et peuvent donc bénéficier de l'AME de droit commun.

³ Article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Si la dette de l'État envers la CNAMTS, d'un montant de 57,3 millions d'euros, contractée au titre des exercices précédents, a été apurée par la loi de finances rectificative pour 2015 par affectation de produits de TVA, l'exercice 2015 avait conduit à la constitution d'une nouvelle dette de 12,5 millions d'euros. L'excédent de financement de 1 million d'euros constaté en 2016 a ainsi été affecté à la réduction de la dette de l'État envers la CNAMTS, portant son montant à **11,4 millions d'euros à la fin de l'année 2016**.

En 2016, les dépenses totales de l'État et de l'assurance maladie, tous types d'AME confondus, se sont élevées à 863 millions d'euros, en hausse de 6 % par rapport à 2015.

Répartition des dépenses d'AME entre 2009 et 2016⁽¹⁾



⁽¹⁾ Données relatives à l'exécution des dépenses.

Source : commission des finances du Sénat

L'AME participe d'un **double objectif** :

- **humanitaire**, puisqu'il s'agit de fournir un accès aux soins à des personnes en situation juridique, financière et humaine précaire ;
- **sanitaire**, puisqu'il vise à éviter la propagation à l'ensemble de la population de maladies contagieuses.

Observation n° 5 : les dépenses totales de l'État et de l'assurance maladie, tous types d'aide médicale d'État confondus, se sont élevées à 863 millions d'euros en 2016, en hausse de 6 % par rapport à 2015. La dépense au titre de l'aide médicale d'État de droit commun atteint 784 millions d'euros, soit 91 % du coût total.

2. Une évolution du nombre de bénéficiaires très dynamique en dépit d'une légère baisse en 2016

Les effectifs se concentrent principalement sur le dispositif d'AME de droit commun. **Au 31 décembre 2016, 311 310 personnes** étaient titulaires d'une attestation donnant accès à l'AME de droit commun¹ sur l'ensemble du territoire, en diminution de 1,6 % par rapport à 2015, ce qui traduit une décélération par rapport à la hausse de 7,5 % du nombre de bénéficiaires enregistrée entre 2014 et 2015.

Le nombre de bénéficiaires de l'AME **pour soins urgents** n'est pas connu, dans la mesure où les soins ne donnent pas lieu à une « immatriculation » à partir d'un numéro de sécurité sociale, contrairement aux bénéficiaires de l'AME de droit commun.

Nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun

		2015	Évolution 2015/2014	2016	Évolution 2016/2015
Nombre de bénéficiaires au 31/12	<i>Outre-mer</i>	21 081	4,4 %	23 041	9,3 %
	<i>Métropole</i>	295 233	7,7 %	288 269	-2,4 %
	<i>Total</i>	316 314	7,5 %	311 310	-1,6 %

Source : commission des finances du Sénat, d'après les réponses au questionnaire

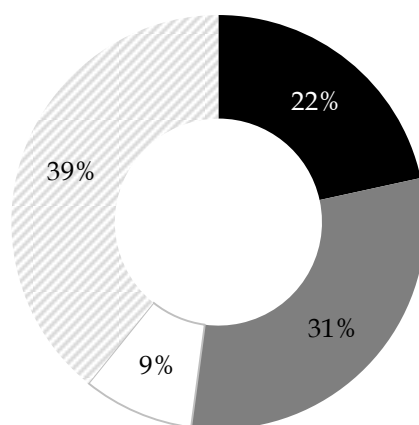
¹ Le nombre de personnes consommant effectivement des soins en moyenne annuelle est toutefois inférieur au nombre de titulaires d'une attestation d'AME.

Plus généralement, deux traits caractérisent le dispositif d'AME de droit commun :

- une hausse tendancielle du nombre de bénéficiaires, ayant été plus que doublé depuis sa création en 2000 (cf. *infra*) ;

- une forte concentration sur le territoire : seules dix des 106 caisses primaires d'assurance maladie concentrent 64 % de la dépense (cf. anneau *infra*) ; de même, les hospitalisations des patients bénéficiant de l'AME sont en grande majorité réalisées dans un nombre limité d'hôpitaux : 50 % des recettes est attribué à seulement sept établissements.

Répartition géographique de la dépense d'AME enregistrée en 2016



■ Paris ■ IDF hors Paris □ Outre-mer ▨ Autres départements

Source : questionnaire budgétaire

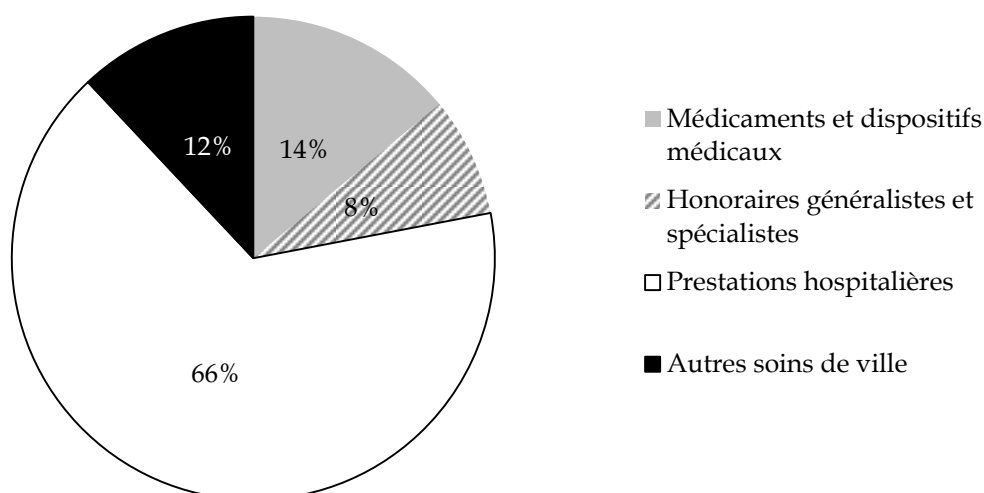
Selon les données communiquées par la direction de la sécurité sociale sur la base du premier semestre 2016, le **montant moyen de dépense par bénéficiaire de l'AME de droit commun est estimé à 1 235 euros**, dont :

- **807 euros en soins hospitaliers (65 %)** ;

- **428 euros en soins de ville (35 %)**.

Parmi les différents postes de dépense, votre rapporteur pour avis note le **dynamisme prononcé des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux**, qui représentent 117 millions d'euros en 2016, en hausse de 10 % par rapport à 2015 (106 millions d'euros). **Cette tendance se renforce au premier semestre 2017**, avec une progression de 13 % par rapport aux dépenses constatées sur la même période en 2016.

Répartition de la dépense d'AME de droit commun en 2016



Source : commission des finances du Sénat à partir des réponses au questionnaire

L'identification des principaux déterminants de la dépense et de ses facteurs de croissance devrait **encourager l'engagement d'une réflexion sur la réforme du dispositif d'AME de droit commun.**

B. LA DÉPENSE D'AME EST MINORÉE DEPUIS DES ANNÉES PAR DES SOUS-BUDGÉTISATIONS À RÉPÉTITION

1. En hausse de 35 % depuis 2012, la dépense d'AME n'est pas maîtrisée

Les crédits demandés pour l'action 02 « Aide médicale d'État » du programme 183 « Protection maladie » par le présent projet de loi de finances s'élèvent à **923,7 millions d'euros en AE et en CP, contre 815,2 millions d'euros** ouverts en loi de finances initiale pour 2017, soit une augmentation de près de 100 millions d'euros (+ 13 %).

Pour 2018, les crédits se répartissent de la façon suivante :

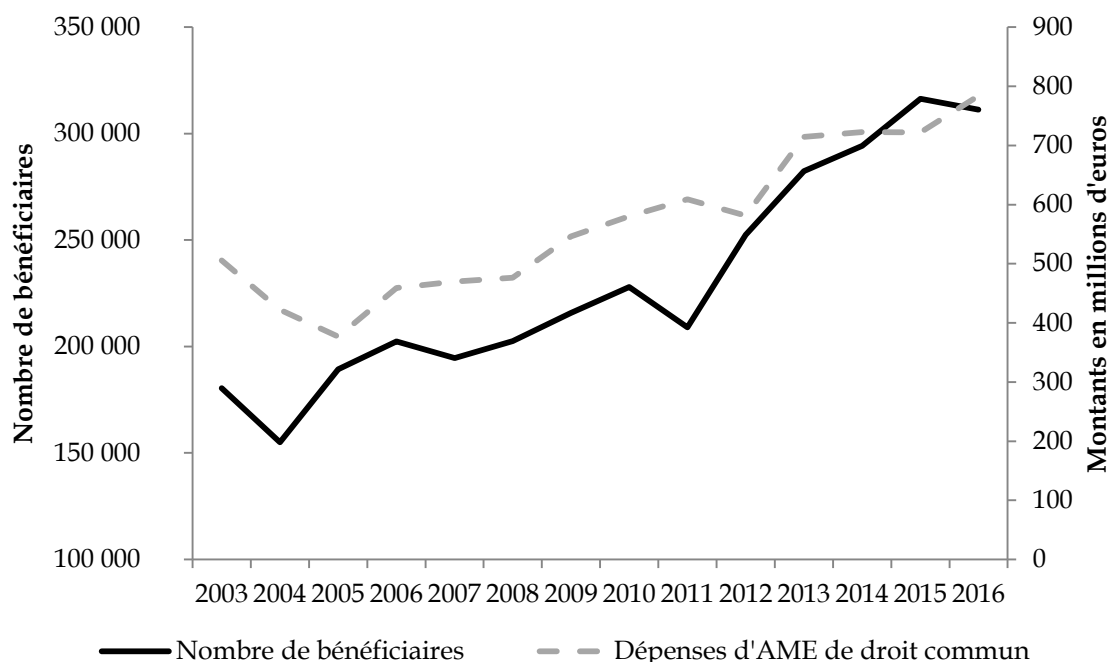
- une dotation budgétaire de **882 millions d'euros pour l'AME de droit commun, en progression de 110 millions d'euros** par rapport aux crédits votés en loi de finances initiale pour 2017 ;

- une dotation forfaitaire de **40 millions d'euros** à la CNAMTS au titre de la participation à la **prise en charge des soins urgents**. Ce montant est **stable depuis 2008** ;

- **1,68 million d'euros pour les autres dispositifs d'AME**, en diminution de 37 % par rapport à 2017, mais correspondant au niveau constaté en exécution en 2016.

La **progression continue du nombre de bénéficiaires et du coût de l'AME de droit commun** depuis sa mise en œuvre est mise en évidence par le graphique ci-dessous, avec une **accélération marquée à partir de 2012**. Les dépenses d'AME de droit commun ont progressé de 35 % depuis cette date.

Évolution comparée du coût et du nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun



Source : commission des finances du Sénat, à partir des données des rapports annuels de performances successifs

D'après le projet annuel de performances relatif à la présente mission, deux facteurs ont été pris en compte pour établir la prévision de dépense d'AME de droit commun :

- une évolution des effectifs de bénéficiaires consommant des soins équivalente à « la dynamique observée sur les derniers exercices », estimée à + 5,3 % par an ;

- une « stabilisation du coût moyen des dépenses prises en charge hors inflation ».

En outre, **votre rapporteur spécial s'inquiète des effets sur la dépense d'AME de l'intensification des flux migratoires**, concernant des personnes relevant du statut de réfugié mais également des étrangers en situation irrégulière. Les informations transmises ne révèlent pas une prise en compte particulière de cet accroissement potentiel des dépenses, alors même que les étrangers en situation irrégulière entrent dans le champ de l'AME de droit commun.

2. Vers la fin de la sous-budgétisation récurrente des dépenses d'AME ?

La dépense d'AME inscrite en loi de finances initiale ne reflète pas la dépense effective :

- si le dispositif est à la charge de l'État, sa gestion est assurée par l'assurance-maladie. **La mission « Santé » retrace donc une dotation à la CNAMTS, qui ne couvre pas la totalité des dépenses effectivement constatées lors de l'exercice**, entraînant la constitution d'une dette de l'État vis-à-vis de la CNAMTS ; pour mémoire, celle-ci s'élève à 11,5 millions d'euros à la fin de l'année 2016 ;

- en outre, la comparaison avec les crédits consommés au cours d'un exercice révèle une **sous-budgétisation répétée et désormais structurelle** des dépenses d'AME de droit commun, contrevenant au principe de sincérité budgétaire. En dépit de leur dépassement répété, les crédits proposés en loi de finances initiale s'avèrent d'année en année insuffisants pour faire face à la dynamique de la dépense. **Les crédits de paiement ont été augmentés de 85,7 millions d'euros par la loi de finances rectificative du 29 décembre 2016¹** – après 87,6 millions d'euros ouverts en 2015 par la loi de finances rectificative du 29 décembre 2015².

Ainsi, comme l'illustre le graphique ci-dessous, en 2016, **les dépenses totales d'AME ont été supérieures de 11 % au montant prévu en loi de finances initiale**. Il s'agit toutefois d'un écart moindre que celui constaté, par exemple, en 2013, où les dépenses totales en exécution étaient supérieures de près de 27 % au montant prévu en loi de finances initiale.

Néanmoins, votre rapporteur spécial note que le montant des crédits proposé au titre des dépenses d'AME par le présent projet de loi s'inscrit dans une **démarche de sincérité budgétaire**, se fondant sur une évolution tendancielle de la dépense plus conforme à la réalité de la dynamique de la dépense, mais probablement encore sous-évaluée.

Votre rapporteur spécial a déjà souligné les incertitudes entourant la maîtrise des dépenses de santé dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018³. **Les données d'exécution pour 2016** renforcent les inquiétudes sur la maîtrise de la dépense d'AME : la dépense atteindrait en effet 863 millions d'euros, **soit 10 millions d'euros de plus que les crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2017**.

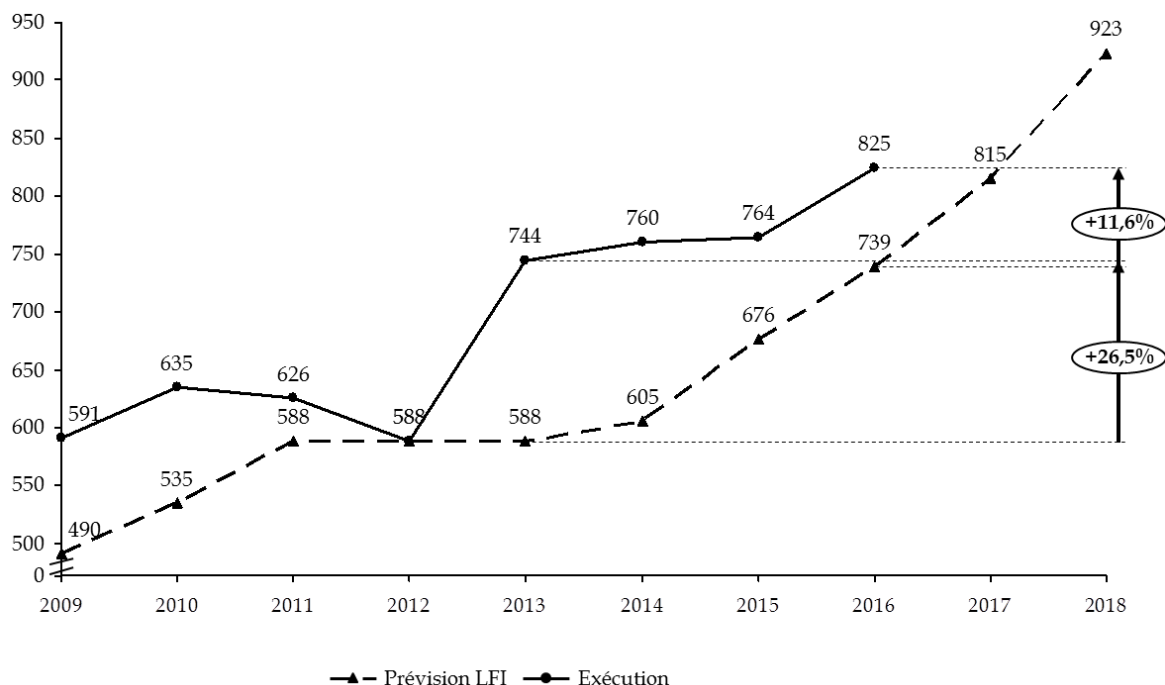
¹ Loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016.

² Loi de finances rectificative n° 2015-1786 du 29 décembre 2015.

³ Cf. Avis n° 68 (2017-2018) d'Alain Joyandet, fait au nom de la commission des finances, déposé le 7 novembre 2017.

Comparaison entre la prévision initiale et l'exécution des crédits relatifs à l'AME de la mission « Santé »

(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat

C. UNE RÉFORME DE L'AME S'IMPOSE POUR GARANTIR LA SOUTENABILITÉ DE LA DÉPENSE

1. Le contrôle et la lutte contre la fraude ne sauraient suffire à contenir la progression de la dépense d'AME

La fin de la modération de la progression de la dépense d'AME grâce à la modification des règles de tarification

Dans le cadre de la généralisation progressive de la tarification à l'activité des établissements publics de santé¹, la loi de finances rectificative pour 2011 a modifié **les modalités de tarification des séjours à l'hôpital des bénéficiaires de l'AME**, en vue de les rapprocher de celles des assurés sociaux. La facturation sur la base du tarif journalier de prestation (TJP), à savoir un prix de journée propre à chaque hôpital, est plus élevé que la tarification à l'activité. Ainsi, l'évaluation de l'Agence technique de l'information hospitalière (Atih) en 2012 concluait que les montants facturés selon les nouvelles règles de calcul étaient inférieurs de 25 % au montant comptabilisé précédemment.

¹ Introduite progressivement à compter de 2004, elle est pleinement applicable aux établissements publics de santé à compter de 2012.

Cette réforme a contribué à diminuer la dépense d'AME de droit commun par rapport à son évolution tendancielle sur les exercices de 2012 à 2015 inclus :

- **la moindre dépense atteint ainsi 92 millions d'euros en 2013¹.** Toutefois, comme l'illustre le graphique ci-dessus, les économies liées à la réforme de la tarification ont été compensées par l'augmentation de la dépense imputable à l'augmentation des effectifs : l'effet volume a dépassé l'effet prix ;

- parallèlement, la réduction en 2014 et la suppression totale en 2015 des coefficients de majoration des tarifs hospitaliers prévus de façon transitoire en vue de lisser l'effet pour les hôpitaux de la mise en œuvre de la tarification à l'activité aux séjours liés à l'AME de droit commun ont également contribué à **contenir l'évolution des dépenses d'AME entre 2014 et 2016.**

Présentation de la dépense d'AME de droit commun exécutée et de l'économie temporaire permise au titre de la réforme de la tarification

(en millions d'euros)

	2012	2013	2014	2015	2016 (p)
Crédits exécutés	587,5	744	760	765	770
Moindre dépense	54	92	26	29	5,5
<i>Cumulé</i>		146	172	201	206,5

Source : commission des finances du Sénat, à partir des données du questionnaire budgétaire

Or les effets de la réforme de la tarification sont désormais complètement absorbés pour l'exercice 2017, faisant redouter une accélération de la croissance de la dépense d'AME dans une plus grande proportion que l'augmentation des crédits demandés.

Source : commission des finances du Sénat

La gestion et le suivi de l'AME ont fait l'objet d'une attention particulière ces dernières années.

Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) diligentent des contrôles lors de l'ouverture des droits : les personnels recueillent les pièces justificatives nécessaires et contrôlent l'identité du demandeur et la stabilité de la résidence. **Les ressources font toujours l'objet d'une déclaration sur l'honneur alors même qu'elles restent difficilement vérifiables.** En outre, il peut souvent être difficile de contrôler la durée de résidence de personnes séjournant irrégulièrement sur le territoire national. Les demandes d'attestation sont également instruites et soumises à un contrôle de cohérence par le centre de gestion du lieu de l'accueil, ou, à Paris, par un centre de gestion spécialisé.

Le programme 183 « Protection maladie » intègrait depuis quelques années un indicateur relatif au contrôle des ressources déclarées des bénéficiaires de l'AME, retraçant la proportion des dossiers présentant des

¹ Questionnaire budgétaire.

ressources nulles faisant l'objet d'un contrôle. **3,8 % des dossiers contrôlés dans ce cadre ont ainsi fait l'objet d'un refus d'octroi d'AME en 2016.** La cible d'un contrôle complet de ces dossiers étant atteinte depuis plusieurs exercices, cet indicateur est remplacé à compter de 2018 par la **mesure du pourcentage des dossiers de demande d'AME contrôlés.**

10 % des dossiers d'AME ont ainsi été contrôlés en 2017, et la cible pour 2020 est fixée à 12 %.

Selon les informations communiquées, **les contrôles diligentés ont permis de détecter un nombre croissant de fraudes, pour un préjudice total de 1,5 million d'euros.**

En 2016, les fraudes relatives à l'AME représentent 17 % des montants de fraudes détectés et stoppés par l'assurance maladie en matière de gestion des droits. Ainsi, **les modalités de gestion de l'AME de droit commun par les CPAM sont rigoureuses et les cas de fraude sont relativement rares.**

Toutefois, si le renforcement des contrôles est indispensable afin d'assurer une gestion rigoureuse de l'AME, il ne constitue pas un levier de maîtrise de la dépense.

2. Au regard de la générosité du système français, une réflexion devrait s'engager sur l'opportunité d'une réforme de l'AME, seule à même de contenir la dépense de la mission « Santé »

a) Un accès gratuit aux soins large en comparaison aux dispositifs étrangers

Le système français d'AME se distingue par deux conditions d'octroi, de **ressources et de durée minimale de résidence**, mais se caractérise par un **large panier de soins** auquel l'AME donne droit.

Les systèmes d'aides médicalisées des étrangers en situation irrégulière mis en œuvre par d'autres pays européens n'appliquent pas cette condition de durée minimale de séjour. L'encadrement de l'aide repose en réalité moins sur un ciblage de la population que sur une restriction des soins éligibles à la prise en charge gratuite au titre de la solidarité nationale.

Ces dispositifs ne sont pas similaires à l'AME et s'apparentent davantage à la **prise en charge des soins urgents, sans limitation de durée de séjour dans le pays.** Dans ce cadre, seuls les soins urgents, les soins liés à la maternité, les soins aux mineurs et les dispositifs de soins préventifs dans le cadre de programmes sanitaires publics sont pris en charge gratuitement.

Selon les informations transmises par la direction de la sécurité sociale :

- **en Allemagne**, où la loi du 1^{er} novembre 1993 sur les prestations accordées aux demandeurs d'asile reconnaît aux étrangers en situation irrégulière le droit de bénéficier des mêmes prestations que les demandeurs d'asile. Elle **garantit l'accès gratuit aux soins urgents**, à savoir le traitement de maladie graves et douleurs aiguës, ainsi qu'à ceux liés à la grossesse, aux vaccinations règlementaires et aux examens préventifs. Ces **prestations sont moins étendues que celles offertes par le régime de sécurité sociale** ; elles ne comprennent pas, par exemple, le traitement des maladies chroniques. Lorsque l'urgence n'est pas justifiée, ces personnes ne peuvent consulter directement un médecin mais doivent, au préalable, demander une autorisation du centre d'accueil où ils résident, ce dernier assurant ensuite la prise en charge de la consultation et des médicaments. Le dispositif de l'assistance médicale est **entièrement financé par les Länder**, et variable d'un *Land* à l'autre ;

- **en Belgique**, où les personnes en situation irrégulière considérées comme *indigentes* ayant besoin de soins médicaux peuvent bénéficier de **l'aide médicale urgente** auprès du centre public d'action sociale (CPAS) dont elles relèvent. Les soins leur sont alors dispensés gratuitement, mais **l'État fédéral ne rembourse aux CPAS que les dépenses de santé déterminées par une nomenclature**, au sein de laquelle **les soins de confort sont exclus** ;

- **en Espagne, au Danemark et en Italie**, l'assistance sanitaire pour les étrangers en situation irrégulière est **réduite aux cas d'urgence, de maternité ou de soins aux mineurs**. En Espagne et en Italie, toutes les personnes peuvent aussi bénéficier des programmes de santé publique, notamment en matière de vaccination ou de prévention des maladies infectieuses. Le **dispositif d'assistance sanitaire espagnol** est financé par le budget général de l'État, avec un **coût de 233 millions d'euros pour 186 000 bénéficiaires en 2013** ;

b) La nécessité absolue d'une réforme de l'AME ne fait plus doute

Afin d'assurer la soutenabilité de la dépense de la mission « Santé », une réforme en profondeur du dispositif d'AME de droit commun semble indispensable, compte tenu de l'attrition du levier de dépenses qu'ont pu représenter les opérateurs sanitaires.

Au regard de la difficulté à modérer la progression des effectifs de bénéficiaires, **la réforme de l'AME pourrait consister en un recentrage des soins pris en charge sur un panier** ciblant le traitement des soins urgents, des maladies graves et des mesures de médecine préventive.

Dans la mesure où les établissements publics de santé et leurs praticiens, ne peuvent, pour des raisons d'éthique professionnelle, refuser de

prendre en charge certains patients, un écueil de la réforme de l'AME de droit commun serait donc d'entraîner un report de charge important vers les hôpitaux. Un **dispositif de prise en charge minimale doit donc être conservé** ; il apparaît plus pertinent que celui-ci continue d'être **financé par le budget de l'État et en particulier par la mission « Santé »**.

La proposition d' « aide médicale d'urgence » adoptée par le Sénat en 2015

Dans le cadre de l'examen, en première lecture, du projet de loi relatif au droit des étrangers en France – rebaptisé par le Sénat projet de loi portant diverses dispositions relatives à la maîtrise de l'immigration – le Sénat a adopté, le 8 octobre 2015, à l'initiative de notre collègue Roger Karoutchi, un amendement portant article additionnel visant à remplacer l'AME de droit commun existante par une « aide médicale d'urgence ». Ce dispositif, dont les modalités de financement seraient identiques à celles de l'AME de droit commun, prévoit :

- de recentrer l'accès gratuit aux soins sur un panier plus ciblé. Seraient ainsi prises en charge gratuitement, sans avance de frais, les mesures relatives à la prophylaxie, le traitement des maladies graves et des douleurs aiguës, les soins liés à la grossesse et ses suites, les vaccinations réglementaires et les examens de médecine préventive ;
- d'ouvrir ce dispositif à tout étranger en situation irrégulière dont les ressources sont inférieures au plafond de la CMU-C, sans condition de durée de résidence minimale – contrairement à la condition de résidence de trois mois actuellement en vigueur pour l'AME de droit commun.

Source : commission des finances du Sénat

Observation n° 6 : le dynamisme de l'aide médicale d'État de droit commun met sous tension la soutenabilité de la mission « Santé », avec une dépense exécutée en croissance de 40 % entre 2009 et 2016 et un nombre de bénéficiaires en hausse de 44 % sur la même période.

LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

En **seconde délibération**, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à réduire de 1,13 millions d'euros les AE et les CP de la mission (1 128 136 euros sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » et 5 608 euros sur le programme 183 « Protection maladie ») afin de gager des ouvertures de crédits sur d'autres missions.

AMENDEMENT PROPOSÉ PAR LA COMMISSION DES FINANCES



PROJET DE LOI DE FINANCES

ARTICLES SECONDE PARTIE
MISSION SANTÉ

N°	1
----	---

AMENDEMENT

présenté par
M. JOYANDET

ARTICLE 29 ÉTAT B

Modifier ainsi les crédits des programmes :

(en euros)

Programmes	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	+	-	+	-
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins				
Protection maladie		300 000 000		300 000 000
TOTAL				
SOLDE	- 300 000 000		- 300 000 000	

OBJET

Cet amendement a pour objet de diminuer de 300 millions d'euros les crédits de paiement et les autorisations d'engagement de l'action 02 « Aide médicale de l'État » du programme 183 « Protection maladie » de la mission « Santé » relatifs à l'aide médicale d'État (AME).

L'augmentation des crédits de l'AME proposée par le présent projet de loi de finances témoigne certes d'une budgétisation plus sincère que les sous-budgétisations chroniques qui se sont succédé ces dernières années, mais met en péril la soutenabilité de la mission.

Il eût été préférable d'engager une réflexion sur l'AME et sur ses déterminants. Une réforme de l'AME pourrait consister à remplacer l'AME de droit commun par une « aide médicale d'urgence » réservant l'accès gratuit aux soins au traitement des maladies graves et des douleurs aiguës, aux soins liés à la grossesse et à ses suites, aux vaccinations réglementaires et aux examens de médecine préventive, sur le modèle du dispositif existant en Allemagne.

À défaut d'une refonte du dispositif, le présent amendement propose donc une réduction des crédits de paiement et des autorisations d'engagement relatifs à l'AME.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mardi 21 novembre 2017 sous la présidence de M. Vincent Éblé, président, la commission a procédé à l'examen du rapport de M. Alain Joyandet, rapporteur spécial, sur la mission « Santé ».

M. Vincent Éblé, président. – Nous allons examiner les crédits de la mission « Santé » et je salue la présence parmi nous de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour avis de la commission des affaires sociales.

M. Alain Joyandet, rapporteur spécial sur la mission « Santé ». – Le projet de loi de finances pour 2018 prévoit plusieurs mesures de périmètre sur la mission « Santé », conduisant à la suppression de cofinancements entre l'État et la sécurité sociale, pour l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et pour l'Agence française de biomédecine. Toutefois, à périmètre constant, les crédits de la mission augmentent de 10 %, soit plus du double des augmentations prévues en loi de finances pour 2016 et pour 2017 : ils s'élèvent donc à 1 417 millions d'euros. La mission a systématiquement dépassé le plafond inscrit en loi de programmation des finances publiques entre 2015 à 2017. Les évolutions répétées du champ de la mission n'ont ainsi pas suffi à contenir une progression non maîtrisée de la dépense. La loi de programmation des finances publiques pour 2018-2022 prévoit une augmentation du plafond des crédits de la mission pour le triennal 2018-2020 : 1 481 millions d'euros pour 2019 et 1 541 millions d'euros pour 2020, soit une augmentation moyenne annuelle de 4 %.

La mission « Santé » comporte deux programmes qui correspondent à deux grands types d'actions en matière sanitaire : d'un côté, le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » qui regroupe essentiellement les subventions de l'État aux opérateurs sanitaires et, de l'autre, le programme 183 « Protection maladie » qui est consacré au financement de l'aide médicale d'État (AME) et comporte également une dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

La budgétisation pour 2018 rompt avec le pilotage effectué depuis quelques années, marqué par une évolution divergente des deux programmes. Les crédits du programme 204 sont pour la première fois cette année en augmentation, mais principalement en raison de la budgétisation de 77 millions d'euros pour l'indemnisation des victimes de la Dépakine. Au total, les crédits du programme 204 ont diminué de 24 % depuis 2013, alors que les crédits du programme 183 ont progressé de 25 % depuis cette date.

Je relèverai trois points relatifs aux deux programmes et à la mission « Santé » de façon plus large.

Les opérateurs sanitaires font l'objet d'une nouvelle mise à contribution, certes moindre que les années précédentes : leurs subventions

augmentent de 1 % à périmètre constant, alors qu'elles diminuaient de 2 % en 2017. Cette attrition de leurs ressources conduit à une diminution de leur fonds de roulement de 36 % entre 2016 et 2017 et l'incitation à la recherche d'efficacité que cette réduction des subventions pouvait viser arrive à son terme. Les mutualisations entre agences sanitaires constituent une piste d'économies plus sérieuse que les coups de rabots successifs subis par les opérateurs ces dernières années, qui auraient pu remettre en cause leur capacité à assurer les missions que nous leur avons confiées.

La soutenabilité des dépenses de la mission dépend en réalité principalement du dynamisme des dépenses portées par le programme 183 « Protection maladie », à savoir les dépenses d'Aide médicale d'État (AME). Elles ont augmenté de 40 % entre 2009 et 2016, tandis que sur la même période, le nombre de bénéficiaires a progressé de 44 %.

En outre, la dépense d'Aide médicale d'État (AME) se caractérise par une sous-budgétisation répétée, conduisant à l'ouverture de crédits supplémentaires en loi de finances rectificative et à la constitution d'une dette vis-à-vis de l'assurance maladie. Pour le seul exercice 2016, cette dette s'élève à 11,5 millions d'euros. Le montant de crédits proposés en loi de finances pour 2017, de 815 millions d'euros, était ainsi inférieur au montant finalement exécuté en 2016, tel que présenté en loi de règlement, qui s'élevait à 825 millions d'euros.

L'augmentation des crédits d'AME proposée par le projet de loi de finances me semble s'inscrire dans une démarche de sincérité budgétaire bienvenue, mais ne saurait suffire à assurer la soutenabilité budgétaire de la mission à moyen terme.

Ceci m'amène à tirer une conclusion simple relative à la mission « Santé » : pour assurer la soutenabilité de sa dépense, une réforme de l'AME semble incontournable. La hausse des crédits de la mission traduit en effet une budgétisation plus sincère, mais le dynamisme de la mission résulte essentiellement du mouvement opposé des deux programmes qui la composent. Cette trajectoire divergente révèle les carences d'une stratégie de pilotage ayant privilégié des rabots successifs sur les crédits du programme 204. Le Gouvernement actuel affirme vouloir rompre avec la stratégie du coup de rabot, mais préfère augmenter de façon peu soutenable les crédits de la mission plutôt que d'engager une réflexion sur l'AME.

Une réforme de l'Aide médicale d'État (AME) pourrait consister à remplacer l'Aide médicale d'État de droit commun par une « aide médicale d'urgence » réservant l'accès gratuit aux soins au traitement des maladies graves et des douleurs aiguës, à la prophylaxie, aux soins liés à la grossesse et à ses suites, aux vaccinations réglementaires et aux examens de médecine préventive, sur le modèle du dispositif existant en Allemagne. C'est d'ailleurs la réforme qu'avait proposée notre collègue Roger Karoutchi et qui avait été adoptée par le Sénat dans le cadre du projet de loi portant diverses

dispositions relatives à la maîtrise de l'immigration en 2015. Le recentrage de l'Aide médicale d'État entraînerait des économies difficiles à chiffrer. En attendant cette réforme nécessaire, je vous propose d'adopter un amendement réduisant les crédits du programme 183 relatifs à l'Aide médicale d'État.

Tout se passe comme si, d'un côté, le programme de santé publique en direction des organismes de santé publique était en permanence raboté tandis que, de l'autre, l'Aide médicale d'État, prenant en charge les dépenses de santé des personnes immigrées en situation irrégulière – puisque les personnes immigrées en situation régulière ont accès à la CMU – devait être abondée sans fin. En 2012, l'Aide médicale d'État (AME) avait diminué pour atteindre 588 millions d'euros, notamment du fait de l'introduction d'un droit de timbre de 30 euros par demande d'AME. Comme ce dispositif a été abrogé en juillet 2012, le budget consacré à l'Aide médicale d'État est reparti à la hausse, pour atteindre 825 millions d'euros en 2018. L'Italie et l'Espagne ont démontré qu'une règle du jeu différente permettait de minorer la dépense. Cette aide doit être recentrée.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour avis de la commission des affaires sociales. – Ce rapport sera présenté en commission des affaires sociales demain matin. Le périmètre du programme 204 diminue depuis plusieurs exercices puisque certaines dépenses ont été transférées à la sécurité sociale. En 2018, le financement de deux nouveaux opérateurs serait transféré à l'assurance maladie. Le Gouvernement parle de simplification et souhaite instaurer un financeur unique. Cette évolution ne doit cependant pas conduire à un désengagement de l'État, ni à un moindre contrôle du Parlement. En tout état de cause, on peut s'interroger sur la cohérence du programme dans les années à venir.

Le dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine devra être évalué : nous interrogerons les autorités concernées en cours d'année prochaine.

Comme les années passées, les objectifs assignés aux agences s'avèrent particulièrement exigeants. Il faudra porter une attention particulière à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, car elle est particulièrement exposée, compte tenu de ses missions. Il est légitime que ses crédits pour 2018 augmentent, d'autant que son fonds de roulement s'est trouvé proche de son niveau prudentiel à la fin 2016.

J'en viens au programme 183 : durant plusieurs années, ce programme a été sous-doté. Je rends hommage à l'effort de sincérité du Gouvernement pour 2018 qui tente de mettre un terme à cette sous-budgétisation. Selon les caisses d'assurance maladie, le nombre de bénéficiaires de l'Aide médicale d'État serait en légère diminution. En métropole, les demandes d'Aide médicale d'État seront centralisées auprès des caisses de Paris, de Bobigny et de Marseille. La sécurité des procédures s'en trouvera renforcée et les coûts de gestion minorés. Il semble que la

demande des caisses d'accéder aux informations sur les titres de séjour et qui sont détenues par le ministère de l'intérieur a enfin été entendue.

Ce programme comprend également la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) dont le financement devient subsidiaire par rapport à celui opéré par la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

M. Jean Pierre Vogel. – Nous avons entendu dire que le Gouvernement avait l'intention de reprendre 50 % du produit du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) accordé aux établissements privés non lucratifs. Or, ces établissements ont signé un avenant avec la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap) pour utiliser une grande part du CITS pour revaloriser les rémunérations des agents du secteur privé, désavantagés par rapport aux fonctionnaires et aux agents hospitaliers du public. Qu'en est-il ?

M. Arnaud Bazin. – La courbe d'augmentation des dépenses d'Aide médicale d'État suit celle des dépenses des départements en matière d'accueil des mineurs étrangers isolés. L'amendement de notre rapporteur spécial est parfaitement justifié car si l'Aide médicale d'État est indispensable, compte tenu de notre tradition d'accueil des immigrés, il convient d'éviter les excès actuels.

M. Patrice Joly. – Le Gouvernement souhaite lutter contre les inégalités sociales et territoriales, mais les mesures pour endiguer la désertification médicale me semblent insuffisantes.

Je m'étonne que le Gouvernement n'ait pas fait le maximum pour que le siège de l'Agence européenne du médicament soit transféré de Londres à Lille. Il était plutôt favorable à l'implantation de l'Autorité bancaire européenne à Paris. C'est un choix d'arrière-garde, compte tenu des évolutions technologiques actuelles dans le monde de la finance.

M. Alain Joyandet, rapporteur spécial. – Je partage les observations et remarques de Corinne Imbert.

Néanmoins, les contrôles des bénéficiaires de l'AME n'ont engendré que peu d'économies car les critères pour obtenir cette aide sont le plus souvent remplis. Il convient donc de réformer le système pour qu'il coûte moins cher, tout en respectant notre tradition d'accueil des personnes immigrées.

Vous trouverez la réponse à votre question sur le CITS dans le rapport sur le projet de loi de finances, cher collègue Vogel.

Enfin, je prends acte des remarques de Patrice Joly, qui n'étaient pas des questions.

Je vais maintenant présenter mon amendement sur l'Aide médicale d'État, qui propose de diminuer de 300 millions d'euros les autorisations

d'engagement et crédits de paiement. Il s'agit d'un amendement qui appelle à engager une réforme de fond de l'AME. Avec cette baisse, l'AME disposerait d'un budget comparable à celui de 2012. Il est indispensable qu'un nouveau dispositif, que nous pourrions appeler « Aide médicale d'urgence », se recentre sur des missions prioritaires, comme l'a déjà fait notre voisin allemand, où le coût de son dispositif est moitié moindre.

L'amendement n° 1 est adopté.

À l'issue de ce débat, la commission a décidé de proposer au Sénat l'adoption des crédits de la mission « Santé », sous réserve de l'adoption de son amendement.

*

* *

Réunie à nouveau le jeudi 23 novembre 2017 sous la présidence de M. Vincent Éblé, président, la commission a confirmé sa décision de proposer au Sénat l'adoption des crédits de la mission tels que modifiés par son amendement.