

N° 656

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2011-2012

Enregistré à la Présidence du Sénat le 11 juillet 2012

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (1) de la commission des affaires sociales (2) sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux **dépenses de l'assurance maladie hors prise en charge des soins**,*

Par M. Yves DAUDIGNY,

Rapporteur général.

(1) Cette mission est composée de : M. Yves Daudigny, *président* ; MM. Alain Milon, Jacky Le Menn, *vice-présidents* ; MM. Gilbert Barbier, Jean-Louis Lorrain, Jean-Marie Vanlerenberghe, *secrétaires* ; Mmes Annie David, Jacqueline Alquier, M. Jean-Noël Cardoux, Mmes Christiane Demontès, Catherine Deroche, MM. Jean Desessard, Jean-Pierre Godefroy, Mme Chantal Jouanno, M. Ronan Kerdraon, Mme Isabelle Pasquet et M. René-Paul Savary.

(2) Cette commission est composée de : Mme Annie David, *présidente* ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Louis Lorrain, Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, *vice-présidents* ; Mmes Claire-Lise Campion, Aline Archimbaud, Catherine Deroche, M. Marc Laménie, Mme Chantal Jouanno, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, M. Jean-Paul Amoudry, Mmes Natacha Bouchart, Marie Thérèse Bruguière, MM. Jean-Noël Cardoux, Luc Carvounas, Mme Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mmes Muguette Dini, Odette Duriez, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, Mme Samia Ghali, M. Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Jean-Claude Leroy, Gérard Longuet, Hervé Marseille, Mmes Michelle Meunier, Isabelle Pasquet, M. Louis Pinton, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. René Teulade, François Vendasi, Michel Vergoz, Dominique Watrin.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. LE FINANCEMENT PAR LA CNAM DE FONDS ET ORGANISMES EXTÉRIEURS : LA NÉCESSITÉ D’UN ENCADREMENT ET D’UN SUIVI PLUS STRICTS	9
A. DES CONTRIBUTIONS OBÉISSANT À DES RÈGLES HÉTÉROGÈNES, UN DÉFICIT DE TRANSPARENCE.....	9
B. DES INTERROGATIONS SUR LA LÉGITIMITÉ DES CONTRIBUTIONS AU REGARD DU RÔLE DE LA CNAM DANS LE PILOTAGE DES ORGANISMES FINANCÉS	12
1. <i>Un lien parfois ténu avec les objectifs et missions de l’assurance maladie</i>	12
2. <i>Une influence limitée de la Cnam sur les actions des organismes financés</i>	13
3. <i>L’exigence d’un meilleur suivi avec la mise en place du fonds d’intervention régional</i>	15
C. LA NÉCESSITÉ DE MIEUX AJUSTER LES CONTRIBUTIONS AUX BESOINS RÉELS DES ORGANISMES.....	16
II. LA PRISE EN CHARGE D’UNE LARGE PART DES COTISATIONS SOCIALES DES MÉDECINS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX DU SECTEUR 1 : UNE DÉPENSE SANS RÉELLE CONTREPARTIE	18
A. UN ENSEMBLE COMPLEXE ET PEU LISIBLE, DONT LE COÛT EST ÉLEVÉ POUR UN BÉNÉFICE LIMITÉ.....	18
B. LA PROPOSITION DE LA COUR DE LIER LA PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS À L’IMPLANTATION TERRITORIALE DES MÉDECINS : UNE RÉPONSE SANS DOUTE TROP PARTIELLE À LA PROBLÉMATIQUE DES DÉSERTS MÉDICAUX	20
III. LES AUTRES DÉPENSES « HORS SOINS »	24
A. LE FONDS DE PRÉVENTION DE LA CNAM : OPTIMISER LES FINANCEMENTS	24
B. LES DÉPENSES D’ACTION SANITAIRE ET SOCIALE : CLARIFIER ET SIMPLIFIER LES CONDITIONS D’ATTRIBUTION DES AIDES INDIVIDUELLES.....	26
C. LES TRANSFERTS À D’AUTRES RÉGIMES AU TITRE DE LA COMPENSATION : DES CHARGES INDUES POUR LA CNAM	28
ANNEXE I - AUDITION DE LA COUR DES COMPTES PAR LA MECSS	31
ANNEXE II - EXAMEN DU RAPPORT D’INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	43
ANNEXE III - ENQUÊTE DE LA COUR DES COMPTES SUR LES DÉPENSES DE L’ASSURANCE MALADIE (RÉGIME GÉNÉRAL) HORS PRISE EN CHARGE DES SOINS	52

Mesdames, Messieurs,

Répondant à une demande de la commission des affaires sociales du Sénat en date du 2 décembre 2010, la Cour des comptes a réalisé une enquête sur les dépenses de la branche maladie du régime général ne correspondant pas, *stricto sensu*, à des remboursements de soins, ni à des charges de gestion administrative.

Ventilées entre différents postes budgétaires, ces dépenses « hors soins » ne sont pas toujours facilement identifiables dans les comptes de l'assurance maladie. Il paraissait nécessaire de les cerner de manière plus précise et d'en établir le poids financier, afin de mesurer leur contribution à la progression des dépenses sociales, d'évaluer leurs modalités de contrôle et de régulation et, le cas échéant, d'apprécier le bien-fondé de leur imputation à l'assurance maladie.

Près de 90 % des dépenses de la branche maladie du régime général résultent du paiement des prestations légales. Parmi les dépenses restantes, les transferts à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) tiennent une part prépondérante et correspondent également à la prise en charge de soins réalisés par les établissements et services sociaux et médico-sociaux au profit de personnes âgées et de personnes handicapées.

De l'ordre de 6 à 6,5 milliards d'euros par an, les dépenses autres que les soins ne représentent donc qu'une part réduite, inférieure à 5 %, des charges de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam). Encore faut-il préciser qu'environ la moitié d'entre elles financent les prestations d'autres régimes, à travers les mécanismes de compensation démographique.

Ces dépenses de nature très diverses se rangent, par volumes financiers décroissants, en quatre catégories :

- les transferts à d'autres régimes au titre de la compensation démographique (plus de 3 milliards d'euros) ;

- la prise en charge d'une partie des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (2 milliards d'euros, dont 1,8 milliard à la charge du régime général) ;

- des participations au financement de fonds ou établissements nationaux intervenant en matière de santé publique, d'optimisation du système de soins et de modernisation du secteur hospitalier (près de 1 milliard d'euros) ;

- des actions de la Cnam ne constituant pas des prestations obligatoires (600 millions d'euros), comme l'action sanitaire et sociale des caisses primaires ou les actions de prévention.

La Cour des comptes constate qu'en dix ans les dépenses autres que les soins ont augmenté de 22 %, soit deux fois moins que les prestations, en progression de 50 % sur la même période. Ces charges n'ont donc pas eu d'impact déterminant sur le niveau d'évolution des dépenses d'assurance maladie ces dernières années. Leur montant est néanmoins suffisamment significatif pour justifier un examen attentif.

De l'enquête de la Cour des comptes, votre rapporteur général retient deux éléments principaux.

Premièrement, la Cnam contribue au financement de plus d'une vingtaine de fonds ou organismes extérieurs. Ces dépenses se caractérisent par des variations annuelles sensibles. Elles vont parfois au-delà des stricts besoins des fonds et organismes concernés, leur procurant une trésorerie avantageuse. Le partage du financement avec l'Etat n'obéit pas toujours à des règles claires. Plusieurs participations de la Cnam qui ne sont pas incluses dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) augmentent rapidement.

Votre rapporteur général appuie les recommandations de la Cour des comptes visant à clarifier et rationaliser les principes régissant ces contributions de l'assurance maladie. Celles-ci devraient systématiquement faire l'objet d'une programmation pluriannuelle et la Cnam devrait être mieux associée au pilotage des actions des organismes qu'elle finance.

Deuxièmement, la prise en charge par la Cnam des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés du secteur 1 représente une dépense proche de 2 milliards d'euros par an qui progresse à un rythme soutenu. La Cour des comptes constate que ce dispositif n'a guère freiné le développement du secteur 2 où s'accroissent les dépassements d'honoraires. Elle regrette que cette contribution non négligeable au revenu des professionnels de santé ne soit pas davantage utilisée comme levier au bénéfice de l'assurance maladie et des patients. Elle suggère que la prise en charge des cotisations fasse l'objet d'une modulation géographique, en vue de contribuer à une meilleure répartition territoriale des praticiens.

Tout en étant conscient de l'intérêt de cette proposition de la Cour des comptes, mais aussi des risques qu'elle pourrait entraîner en termes d'accès aux soins aux tarifs opposables, votre rapporteur général estime nécessaire de réexaminer l'ensemble des paramètres propres à garantir une meilleure répartition territoriale des médecins et une limitation des dépassements d'honoraires.

Le présent rapport vise à rendre publique l'enquête réalisée par la Cour des comptes à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat. Il est précédé des observations de votre rapporteur général sur les principales conclusions auxquelles elle est parvenue.

CHARGES DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL
hors provisions, hors charges de gestion courante
(en millions d'euros)

(en grisé : dépenses étudiées dans l'enquête de la Cour des comptes)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Prestations légales	115 258	121 047	126 471	129 398	136 565	140 892
Soins des assurés à l'étranger	266	312	276	296	393	360
Action sanitaire et sociale	455	426	380	215	254	220
Actions de prévention	303	343	381	419	467	394
Transferts de compensation	3 022	3 305	2 899	3 038	3 155	3 367
Prise en charge cotisations	1 746	1 694	1 627	1 691	1 752	1 783
Subventions et participations	649	596	777	693	1 000	838
Transferts à la CNSA		9 425	10 077	10 961	11 933	12 879
Pertes sur créances irrécouvrables	893	965	996	1 781	1 072	1 135
Total	123 202	138 660	144 496	148 581	156 673	161 949

Source : Cour des comptes

I. LE FINANCEMENT PAR LA CNAM DE FONDS ET ORGANISMES EXTÉRIEURS : LA NÉCESSITÉ D'UN ENCADREMENT ET D'UN SUIVI PLUS STRICTS

La Cour des comptes a recensé vingt-cinq fonds et entités financés par la Cnam en 2010, dont cinq relèvent exclusivement de la branche accidents du travail et vingt concernent la branche maladie.

Cet inventaire permet de distinguer des dotations qui entrent dans le champ des dépenses d'assurance maladie, même si elles ne correspondent pas à des prestations au sens strict (Fiqcs et Fmespp), et des contributions au fonctionnement d'organismes ou établissements publics dont l'assurance maladie est souvent le financeur majoritaire, y compris lorsqu'ils n'ont qu'un lien très indirect avec ses propres missions et objectifs.

Au vu de l'enquête de la Cour des comptes, on constate la **grande hétérogénéité des règles applicables à ces contributions**, qu'il s'agisse de la détermination de leur montant, de leur part dans le financement des entités concernées ou de leurs modalités d'imputation dans les comptes de la Cnam. Il y a là un réel **déficit de transparence** à combler.

L'enquête soulève par ailleurs deux problématiques principales appelant de nécessaires corrections :

- **la légitimité des contributions de la Cnam au regard de son degré d'influence sur l'action des organismes financés ;**
- **l'évolution parfois heurtée de contributions insuffisamment ajustées aux besoins réels des organismes.**

A. DES CONTRIBUTIONS OBÉISSANT À DES RÈGLES HÉTÉROGÈNES, UN DÉFICIT DE TRANSPARENCE

Selon le bilan établi par la Cour des comptes, les contributions de la Cnam à des fonds et entités extérieurs se sont élevées à **959 millions d'euros en 2010** au titre de la branche maladie. Elles devraient dépasser 1 milliard d'euros en 2011.

Il s'agit d'un montant modeste au regard de l'ensemble des dépenses de la branche maladie du régime général (155 milliards d'euros), mais il a **doublé depuis 2001**, du fait du **nombre croissant d'organismes subventionnés**, alors même que les déficits s'accumulaient au cours de la période.

Il importe toutefois d'opérer des distinctions, parmi ces contributions, en fonction de leur nature et de leur objet.

Le **Fiqs** (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) et le **Fmespp** (fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés) sont intégralement financés par les régimes d'assurance maladie, tout en relevant de structures de gestion propres. Leurs dépenses entrent dans le champ de l'Ondam, en complément des dépenses de soins. Ils représentent à eux deux une part notable des contributions extérieures de la Cnam (35 % en 2010).

La contribution de la Cnam aux dépenses de gestion des **agences régionales de santé (ARS)** et à leurs actions de prévention représente elle aussi un poste important (143 millions d'euros en 2010).

Enfin, s'ajoutent des **subventions de la Cnam à plus d'une quinzaine d'organismes** parmi lesquels figurent :

- une **autorité administrative indépendante**, la Haute Autorité de santé (HAS) ;

- plusieurs **établissements publics**, l'**Eprus** (établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires), l'**Oniam** (office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales), l'**Inpes** (institut national de prévention et d'éducation pour la santé), l'**Agence de la biomédecine**, l'**Atih** (agence technique de l'information sur l'hospitalisation), le **CNG** (centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière) ;

- des **groupements d'intérêt public**, l'**Anap** (agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), l'**INTS** (institut national de la transfusion sanguine), **Asip santé** (agence des systèmes d'information partagés de santé), les **Gip Sesame Vitale**, **MDS** (modernisation des déclarations sociales) et **IDS** (institut des données de santé), auxquels il faut ajouter l'**OGC** (organisme gestionnaire conventionnel), organisme paritaire doté de la personnalité morale en charge de la formation médicale continue, qui a pris le statut de Gip en 2012 ;

- deux **associations relevant de la loi de 1901**, le **CGOS** (centre de gestion des œuvres sociales de la fonction publique hospitalière) et l'**UNPS** (union nationale des professionnels de santé).

Seules les contributions au Fiqs et au Fmespp s'imputent sur l'Ondam.

La **loi de financement de la sécurité sociale** fixe chaque année le montant de la contribution des régimes d'assurance maladie au Fiqs et au Fmespp, aux charges de gestion des ARS (et non à leurs actions de prévention), à l'Eprus et à l'Oniam. Un arrêté fixe ultérieurement les montants à la charge des autres régimes. Votre commission a toutefois constaté, à l'occasion de l'examen des PLFSS, que **le Parlement ne disposait pas toujours des éléments d'information nécessaires**, notamment sur l'exécution

des budgets antérieurs, pour apprécier en toute connaissance de cause les montants soumis à son approbation.

Les autres types de subventions sont déterminés par voie d'arrêté ministériel ou de décision administrative, dans des conditions encore moins propices à la transparence de l'information.

NATURE DE LA CONTRIBUTION DE LA CNAM	MONTANT 2010 <i>(en millions d'euros)</i>
Dépenses d'assurance maladie incluses dans l'Ondam	
Fiqcs	201,0
Fmespp	135,6
Contribution aux ARS	143,5
Subventions	
HAS	23,6
Eprus	144,0
Oniam	59,3
Inpes	58,4
Agence de biomédecine	24,9
INTS	8,6
Atih	5,8
CNG	14,7
Anap	33,3
Asip Santé (hors Fiqcs)	21,0
GIP Sesame Vitale	29,1
GIP MDS	1,2
GIP IDS	0,4
OGC	41,9
CGOS	12,0
UNPS	0,7
TOTAL	959,0

La Cour des comptes relève que les **règles de partage de financement entre l'Etat et l'assurance maladie** sont rarement formalisées et que les clés de répartition ne sont pas homogènes.

Les régimes d'assurance maladie financent en totalité les deux fonds inclus dans l'Ondam (Fiqcs et Fmespp), mais cela est également le cas pour l'Oniam qui ne reçoit pratiquement aucun concours de l'Etat.

Dans d'autres cas, l'Etat participe au financement, mais l'assurance maladie fournit la majorité des ressources, selon un partage Etat/assurance maladie généralement de l'ordre de un tiers/deux tiers. Il s'agit plutôt d'une règle tacite que d'un principe établi. La répartition des financements s'effectue au cas par cas.

On peut aussi relever que certaines subventions ont fait l'objet d'un **rattachement comptable spécifique** dans les comptes de la Cnam :

- sur le fonds national de gestion, pour les contributions aux charges de gestion des ARS et aux Gip Sesame Vitale, Asip santé, MDS et IDS ;

- sur le fonds national de prévention, pour les contributions aux actions de prévention des ARS et à l'Inpes ;

- sur le fonds d'action sanitaire et sociale, pour la contribution à l'OGC.

En revanche, les autres subventions sont purement et simplement prises en charge sur le risque, au même titre que les prestations.

B. DES INTERROGATIONS SUR LA LÉGITIMITÉ DES CONTRIBUTIONS AU REGARD DU RÔLE DE LA CNAM DANS LE PILOTAGE DES ORGANISMES FINANCÉS

La Cour des comptes souligne qu'« *il n'existe pas de doctrine distinguant les structures appelées à être financées par l'Etat et celles relevant d'un financement par l'assurance maladie* ». Elle estime également que « *l'assurance maladie est en règle générale réduite à un rôle de financeur obligé et passif* », que « *les décisions appartiennent en fait au ministère de la santé* » et que « *l'assurance maladie prend le relais des crédits d'Etat pour permettre à celui-ci de disposer des moyens nécessaires à sa politique* ».

1. Un lien parfois ténu avec les objectifs et missions de l'assurance maladie

L'accroissement des subventions mises à la charge de l'assurance maladie au cours des dix dernières années s'inscrit-il dans une logique de **débudgétisation** et de **désengagement de l'Etat** ?

La Cour des comptes répond clairement par l'affirmative dans deux cas précis :

- le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et directeurs d'établissements (**CNG**), qui assure la gestion statutaire de ces personnels de la fonction publique hospitalière et bénéficie d'une subvention de 15 millions d'euros de l'assurance maladie ;

- et le comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers (**CGOS**), auquel les régimes d'assurance maladie versaient une contribution de 14 millions d'euros en 2010 (12 millions d'euros pour la Cnam), en application d'une décision de l'Etat visant à renflouer l'assurance complémentaire retraite des hospitaliers (CRH), assurance facultative proposée depuis 1965 par cet organisme.

Elle soulève également la question pour l'**Oniam**, en constatant qu'en supprimant la subvention qu'il accordait à l'établissement français du sang (EFS), l'Etat à indûment transféré à l'assurance maladie la charge de l'indemnisation des victimes de contamination par le virus de l'hépatite C lors d'une transfusion sanguine. C'est en effet l'EFS qui verse à l'Oniam la dotation destinée à couvrir cette dépense, et faute de ressources suffisantes issues de la cession de produits sanguins, une subvention de 35 millions d'euros a été mise à la charge de l'assurance maladie par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Comme pour l'Oniam, chargé de l'indemnisation des accidents médicaux non fautifs, les missions d'autres établissements publics subventionnés par la Cnam n'ont pas de proximité directe avec celles de l'assurance maladie. C'est le cas pour l'**Eprus**, chargé d'acquérir, de stocker et de distribuer les produits nécessaires à la protection de la population face à des menaces sanitaires graves, ou encore pour l'**Agence de la biomédecine**, qui intervient dans les domaines du prélèvement et de la greffe d'organes, de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines.

Vis-à-vis de ces différents organismes sans lien direct avec ses missions, la Cnam joue en réalité un rôle de simple financeur, pour des montants néanmoins non négligeables puisqu'ils atteignaient plus de 250 millions d'euros en 2010 pour les cinq entités concernées.

Le partage de financement entre l'Etat et l'assurance maladie n'obéit pas à des règles suffisamment claires et cohérentes.

2. Une influence limitée de la Cnam sur les actions des organismes financés

D'une manière générale, la **capacité d'influence de la Cnam** sur les priorités et l'action des organismes financés est limitée, y compris pour ceux dont l'objet est cohérent avec les objectifs et missions de l'assurance maladie.

S'agissant du **Fiqs**, il est chargé de promouvoir la coordination des soins et le décroisement du système de santé par une meilleure articulation entre les soins de ville et l'hôpital. Il peut par exemple financer des maisons de santé ou des aides à l'installation pour assurer une meilleure répartition territoriale des praticiens. Les trois quarts des crédits sont délégués aux ARS, le restant étant géré au niveau national. Toutefois, **l'essentiel des crédits relevant de cette part nationale sont attribués en fonction de décisions de l'Etat**, qu'il s'agisse de la contribution au Gip Asip santé au titre du développement du dossier médical personnel (environ 75 % des crédits de l'enveloppe nationale) ou du financement des contrats d'engagement de service public pour les étudiants en médecine. Dans l'enveloppe nationale, seuls les crédits destinés aux expérimentations soins de ville (à peine 7 % de l'ensemble) sont attribués par le bureau du conseil national de la qualité et de

la coordination des soins dont la moitié des membres représentent les régimes d'assurance maladie.

Le **Fmespp** finance quant à lui des opérations d'investissement hospitalier, notamment dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012, ainsi que des actions destinées à accompagner la modernisation des établissements et à améliorer la performance hospitalière. La Caisse des dépôts et consignations assure la gestion comptable du fonds et en est le payeur. La gestion quotidienne relève de la DGOS.

L'enquête de la Cour des comptes porte un **constat sévère sur la gouvernance du Fmespp, jugée insatisfaisante**. Elle déplore que les prestations financées par le Fmespp ne fassent pas l'objet d'un bilan détaillé et que la commission de surveillance ne soit que trop rarement réunie. Elle relève que le Fmespp a financé des opérations sans lien avec son objet initial sur une « réserve nationale » qui n'est définie par aucun texte réglementaire.

La Cour revient également sur les écarts entre les dotations du fonds inscrites en loi de financement de la sécurité sociale - c'est à dire les charges de l'assurance maladie - et les décaissements effectivement enregistrés. Comme votre commission l'a souligné par le passé, cette situation a conduit à la constitution d'un **fonds de roulement excessif**, ce qui a justifié l'instauration, à l'initiative du Sénat, d'une procédure de déchéance des crédits, annuelle pour l'engagement et triennale pour le paiement, afin d'éviter à l'assurance maladie de décaisser des crédits qui tarderaient à être consommés. On peut également rappeler que le rapport conjoint de l'IGF et de l'Igas de juillet 2010 sur les fonds d'assurance maladie signalait que les **opérations d'investissement subventionnées par le Fmespp étaient décidées sans que l'avis du financeur, l'assurance maladie, soit sollicité**, alors même que les décisions prises ont des conséquences durables sur les financements attendus au titre des années suivantes.

La mise en place du fonds d'intervention régional (Fir) devrait sensiblement modifier la gouvernance du Fmespp, comme celle du Fiqcs.

3. L'exigence d'un meilleur suivi avec la mise en place du fonds d'intervention régional

L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a institué le **fonds d'intervention régional (Fir)** destiné à regrouper, en les rendant fongibles, les crédits d'intervention de nature et d'origine diverses actuellement délégués aux ARS pour financer tant la permanence des soins que l'amélioration et la qualité des soins, la modernisation hospitalière et la prévention¹.

Sans revenir sur les objectifs du Fir, on doit signaler qu'**il absorbera les parts régionales du Ficqs et du Fmespp**. Pour l'année 2012, ces contributions versées à compter du 1^{er} mars, date de mise en place du Fir, s'élèvent à 141 millions d'euros pour le Ficqs et 104,3 millions d'euros pour le Fmespp.

La création du Fir devrait sensiblement modifier le **positionnement de l'assurance maladie** au regard des actions précédemment financées par les dotations régionales du Ficqs et du Fmespp.

Les orientations nationales du Fir seront déterminées par le conseil national de pilotage des ARS (CNP), où siège l'assurance maladie, la répartition régionale des crédits étant fixée par arrêté ministériel. La gouvernance de l'enveloppe régionale du Ficqs était auparavant assurée par les instances de ce fonds dans lesquelles la Cnam était fortement partie prenante. En revanche, comme on l'a indiqué, celle-ci avait peu de prise sur les décisions relatives au Fmespp.

Par ailleurs, **la loi a confié la gestion comptable et financière du Fir à la Cnam**, mission qu'elle assurait déjà pour le Ficqs mais pas pour le Fmespp. La Cnam se substituera donc à la Caisse des dépôts et consignations pour les paiements de la part régionale du Fmespp, ce qui lui permettra de disposer de l'ensemble des données comptables relatives à ces financements.

Dans leur rapport conjoint précité, l'IGF et l'Igas préconisaient que la **gestion comptable de la part nationale du Fmespp** soit également transférée de la Caisse des dépôts à la Cnam. Cette solution paraît en effet logique, car elle unifierait la fonction de payeur et renforcerait l'implication de l'assurance maladie.

¹ A compter du 1^{er} mars 2012, les ARS reçoivent une subvention globale au titre du Fir qui se substitue aux crédits régionaux du Ficqs et du Fmespp, aux crédits relatifs aux forfaits de régulation et d'astreinte de permanence des soins ambulatoires (PDSA), aux dotations hospitalières couvrant les missions d'intérêt général (Mig) destinées à la permanence des soins en établissements de santé (PDSES), aux centres de diagnostic anonyme et gratuit (CDAG), aux centres périnataux de proximité (CPP) et aux actions de prévention et d'éducation thérapeutique (ETP). Le Fir est également abondé par des crédits dédiés à la prévention et la sécurité sanitaire issus du programme 204 du budget de l'Etat et des fonds de prévention de l'assurance maladie.

La mise en place du Fir laisse entière la question de la **gouvernance de l'enveloppe nationale du Fmespp**. Il serait à tout le moins indispensable de **renforcer le rôle de la commission de surveillance**, en lui soumettant un budget prévisionnel détaillé par projet d'investissement.

Enfin, votre rapporteur général réitère la préoccupation qu'il avait émise lors de la discussion du PLFSS en souhaitant que le regroupement au sein du Fir de financements relevant de plusieurs sous-objectifs de l'Ondam, y compris les dotations hospitalières liées à certaines missions d'intérêt général, ne rende pas plus difficile le traçage de ceux-ci. **Un suivi précis des dépenses du Fir, tant en prévision qu'en exécution, est absolument nécessaire.**

C. LA NÉCESSITÉ DE MIEUX AJUSTER LES CONTRIBUTIONS AUX BESOINS RÉELS DES ORGANISMES

L'enquête de la Cour des comptes établit que les contributions de la Cnam aux fonds et établissements extérieurs se caractérisent par de **fortes variations annuelles**, l'assurance maladie contribuant souvent au-delà du strict nécessaire, alimentant dans ces organismes des **fonds de roulement excessifs**.

Cette situation est soulignée depuis plusieurs années pour le financement du Fiqcs et du Fmespp, pourtant inclus dans l'Ondam.

Mais elle est également caractéristique du financement passé de l'Oniam ou de l'Eprus.

S'agissant des subventions, la pratique de l'**encadrement pluriannuel** n'est pas généralisée.

Les **fonds internes de la Cnam** (fonds national de gestion, fonds national de prévention, fonds d'action sanitaire et sociale) font l'objet d'un **cadre financier pluriannuel** dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'Etat pour une durée de quatre ans. Dès lors, la Cnam dispose d'une meilleure visibilité pour les subventions imputées sur ces fonds, et elle peut plus facilement veiller à leur maîtrise financière dans le cadre d'une négociation globale avec l'Etat. Ainsi, depuis 2006, la subvention à l'Inpes est rattachée au fonds national de prévention. De même, les contributions versées sur le fonds national de gestion sont définies dans la COG pour une durée de quatre ans. Des conventions de financement sont signées avec les organismes concernés. Leurs modalités veillent à maintenir les fonds de roulement à un niveau raisonnable.

Les **subventions financées sur le risque** n'entrent pas dans un tel schéma. **L'Etat possède une entière maîtrise sur la fixation des montants annuels, ce qui expose l'assurance maladie à des variations imprévisibles.** Celle-ci cherche toutefois à inclure dans les conventions de financement établies avec les organismes concernés des dispositions visant à éviter des apports de trésorerie excessifs et à garantir que les appels de fonds sont en

adéquation avec les besoins effectifs. De telles clauses figurent désormais dans la convention avec l'Eprus. Il faut aujourd'hui les généraliser.

On doit toutefois distinguer la problématique des versements et celle du montant des dotations mises à la charge de l'assurance maladie. En termes comptables, les montants dus en application de la loi ou de l'arrêté sont inscrits dans les comptes de la Cnam quel que soit le rythme de versement.

Votre rapporteur général appuie la recommandation de la Cour des comptes visant à **généraliser l'encadrement pluriannuel des contributions** et à **instaurer des règles harmonisées limitant le niveau des fonds de roulement**. Une telle mesure irait également dans le sens d'une plus grande transparence des charges incombant à l'assurance maladie.

II. LA PRISE EN CHARGE D'UNE LARGE PART DES COTISATIONS SOCIALES DES MÉDECINS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX DU SECTEUR 1 : UNE DÉPENSE SANS RÉELLE CONTREPARTIE

Relevant que la prise en charge des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux du secteur 1 représente une dépense croissante, la Cour des comptes estime que l'assurance maladie devrait chercher à en retirer de réelles contreparties et elle propose d'**utiliser ce levier pour favoriser une meilleure répartition territoriale des médecins.**

Une telle proposition doit cependant s'analyser dans le contexte du développement rapide, ces dernières années, du secteur 2 et des dépassements d'honoraires. Aux yeux de votre rapporteur général, la question de la répartition territoriale des médecins et celle de l'accès aux soins, qui lui est liée, requièrent des réponses plus globales.

A. UN ENSEMBLE COMPLEXE ET PEU LISIBLE, DONT LE COÛT EST ÉLEVÉ POUR UN BÉNÉFICE LIMITÉ

Les professionnels de santé du secteur 1¹ (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux) bénéficient de la prise en charge par l'assurance maladie :

- de la quasi-totalité (9,7 % sur 9,84 %) des cotisations d'assurance maladie assises sur les honoraires sans dépassement ;
- d'une grande part des cotisations d'allocations familiales² (la quasi-totalité pour les revenus en deçà du plafond de la sécurité sociale et un peu moins de la moitié au-delà) ;
- des deux tiers des cotisations à l'assurance vieillesse supplémentaire (AVS), régime de retraite sur-complémentaire.

La Cour soulève un certain nombre d'interrogations techniques, par exemple au sujet de la possibilité pour les professionnels du secteur 2 de choisir entre deux régimes d'affiliation différents pour le risque maladie (le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés ou le RSI), dont les prestations sont identiques mais les taux de cotisation nettement différents. En ce qui concerne l'assiette des cotisations sociales, elle met notamment en

¹ Ainsi que, depuis 2004, les praticiens du secteur 2 qui ont adhéré à l'option de coordination et qui ont respecté certaines conditions : pour les patients entrant dans le parcours de soins coordonnés, appliquer les tarifs opposables sur les actes cliniques, limiter à 20 % les dépassements sur les actes techniques et réaliser au moins 30 % des honoraires en tarifs opposables.

² Pour les médecins et, depuis 2009, les infirmières ayant adhéré au « contrat de santé solidarité ». A compter de 2012, les autres infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les orthophonistes peuvent également en bénéficier sous réserve d'exercer dans une zone très sous-dotée ou sous-dotée.

cause le plafonnement (jusqu'à cinq fois le plafond de la sécurité sociale) des revenus tirés d'activités non conventionnées soumis à cotisations. Elle suggère que les caisses (ainsi que l'administration fiscale) n'auraient pas une connaissance suffisante de tous les revenus excédant les tarifs opposables (dépassements ou revenus tirés d'actes non remboursables) pour en garantir l'assujettissement ou éviter des prises en charges indues de cotisations.

Surtout, la Cour constate que les **dépenses de prise en charge des cotisations par l'assurance maladie, qui ont progressé de 27 % entre 2000 et 2010**, atteignent près de **2 milliards d'euros** à cette date, dont 1,8 à la charge du régime général. Les deux tiers couvrent les cotisations d'assurance maladie et 18 % celles relatives à l'AVS.

En 2010, **les médecins de secteur 1 représentent 61 % du poids total des prises en charge**, les infirmières 14 %, les chirurgiens-dentistes 11 % et les masseurs-kinésithérapeutes 10 %.

Au coût élevé pour la collectivité correspond naturellement un apport de ressources non négligeable pour les professionnels concernés. Ainsi, cette prise en charge représentait en moyenne plus de **18 % des revenus d'un généraliste** en 2007, près de 14 % pour un spécialiste, 9,4 % pour les sages-femmes, 8 % pour les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes. Pour les chirurgiens-dentistes, cette part s'élève à 7,1 %, alors même que les dépassements d'honoraires contribuent à leurs revenus pour près de la moitié, essentiellement au titre des soins prothétiques.

Cette contribution financière peut ainsi apparaître comme **une mesure équivalente ou un substitut à une hausse des tarifs remboursables**, ayant toutefois l'avantage d'être financée par les recettes globales de l'assurance maladie, sans incidence sur le ticket modérateur. La Cour a par exemple calculé qu'elle équivaut à une majoration du tarif conventionnel de la consultation d'un généraliste d'environ 18 % en dessous du plafond de la sécurité sociale et 16 % au dessus.

En outre, **le coût pour l'assurance maladie devrait, dans l'avenir, s'accroître.** La réforme du secteur optionnel, si elle est effectivement mise en place, devrait élargir la prise en charge de cotisations des professionnels du secteur 2, en contrepartie des engagements demandés en matière de dépassements d'honoraires. Surtout, la récente réforme de l'AVS des médecins libéraux, destinée à assurer la pérennité du régime, implique une augmentation sensible de la participation financière de l'assurance maladie, car elle est proportionnelle à la cotisation, dont le montant passera de 4 140 euros en 2011 à 4 850 euros en 2016. Le surcoût en année pleine pour l'assurance maladie s'élève à 21 millions d'euros pour 2012 et 38 millions pour 2013.

Historiquement, ces dispositifs de prise en charge sont liés à la mise en place du conventionnement, aujourd'hui généralisé. La Cour constate qu'ils n'ont en revanche joué qu'**un rôle limité dans la promotion du secteur 1 et la limitation des dépassements d'honoraires.** Si 41 % des médecins

spécialistes sont installés en secteur 2, l'évolution est préoccupante puisqu'ils constituaient 37 % de l'ensemble en 2000 et 58 % des nouvelles installations en 2010. Qui plus est, le taux de dépassement¹ a plus que doublé entre 1990 et 2010 pour les médecins spécialistes : il est passé de 25 % à 54 %. **Les dépassements atteignent 2,5 milliards d'euros en 2010**, dont 2,1 pour les spécialistes.

On peut certes considérer que l'attractivité du secteur 1 serait encore moindre si celui-ci n'était pas assorti de cette prise en charge des cotisations. Mais le dispositif n'a manifestement pas empêché la propension croissante des médecins, notamment spécialistes, à choisir le secteur 2.

En conclusion, la Cour des comptes préconise notamment :

- d'améliorer la lisibilité et la visibilité des dispositifs de prise en charge des cotisations ;

- de renforcer leur efficacité par un meilleur ciblage dans l'intérêt de l'assurance maladie et des assurés.

B. LA PROPOSITION DE LA COUR DE LIER LA PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS À L'IMPLANTATION TERRITORIALE DES MÉDECINS : UNE RÉPONSE SANS DOUTE TROP PARTIELLE À LA PROBLÉMATIQUE DES DÉSERTS MÉDICAUX

Alors que la contribution financière de l'assurance maladie atteint des montants importants sans pour autant pouvoir être véritablement « pilotée » par la puissance publique, la Cour reprend une proposition qu'elle a déjà formulée dans son rapport 2011 sur les lois de financement de la sécurité sociale : **reconsidérer les modalités de prise en charge des cotisations sociales de l'ensemble des médecins**, généralistes comme spécialistes, installés ou sortant de formation, **en les modulant en fonction de leur implantation territoriale.**

Cette proposition a le mérite de poser la question essentielle de **l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire.** Elle n'y apporte cependant qu'**une réponse partielle, qui pourrait même se révéler contreproductive en termes d'accès aux soins** si elle conduisait à rendre le secteur 1 moins attractif dans des zones où il est déjà sous-représenté.

En effet, une telle mesure prise isolément n'aurait d'effet que sur les médecins de secteur 1, sans affecter ceux qui ne pratiquent pas les tarifs opposables.

En outre, à enveloppe constante, une modulation impliquerait de diminuer la prise en charge pour les praticiens de secteur 1 en zone dense ou surdense, là où apparaît souvent un déficit de praticiens pratiquant les tarifs opposables. D'ailleurs, les mesures prises, lors des récentes négociations

¹ Part des dépassements dans les honoraires totaux.

conventionnelles avec les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les orthophonistes, au bénéfice des professionnels de santé exerçant dans les zones très sous-dotées et sous-dotées, ont pris la forme d'une participation supplémentaire de l'assurance maladie à compter de 2012, au titre des cotisations d'allocations familiales. Cet effort financier est venu compléter la prise en charge existante, sans remise en cause de celle-ci pour les professionnels installés dans les zones denses ou surdenses.

L'inégale répartition des médecins sur le territoire constitue un sujet plus global. Elle concerne l'ensemble des spécialités mais de manière variée¹ :

- au niveau régional, la Picardie connaît la densité de médecins la plus faible (239 pour 100 000 habitants) et Provence-Alpes-Côte d'Azur la plus élevée (370). Au niveau départemental, la densité varie de 101,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans l'Eure à 226,9 à Paris. Pour les médecins spécialistes, elle est de 501,3 médecins spécialistes pour 100 000 habitants à Paris et de 64,3 en Haute-Loire ;

- les disparités infrarégionales et infradépartementales peuvent être très importantes et le niveau du **bassin de vie** est plus pertinent pour appréhender la question de l'accès aux soins. De ce point de vue, il y a 4 **médecins généralistes libéraux** pour 5 000 habitants en moyenne, mais 0,48 dans le bassin de vie le moins doté et 29,9 dans celui le mieux fourni, soit des **écarts allant de 1 à 62**. L'écart varie de 1 à 346 pour les spécialistes libéraux. Un bassin de vie sur deux présente la particularité de ne pas accueillir de médecin spécialiste sur son territoire ;

- l'attractivité des centres urbains et des centres hospitaliers universitaires influe directement sur la densité médicale : il y a 2,1 pédiatres pour 100 000 habitants dans l'Indre mais 16,3 dans le département voisin d'Indre-et-Loire, 2,6 en Mayenne et 8,9 en Maine-et-Loire ; pour les ophtalmologistes, l'écart va de 3,1 en Haute-Marne à 13,2 dans les Alpes-Maritimes et 25,4 à Paris.

Face à cette situation, une politique combinant plusieurs approches est nécessaire, autour de trois orientations principales.

● **Accompagner l'évolution des modes d'exercice pour favoriser l'installation dans les zones vers lesquelles les praticiens vont moins volontiers**

Le nombre total de médecins a fortement crû en France depuis quarante ans pour compter environ 216 000 actifs en 2011. Leur densité est passée de 306 pour 100 000 habitants en 1990 à 335 en 2009. Le pays se situe ainsi dans la moyenne des pays voisins comparables (3,3 pour 1 000 habitants contre 3,4 en Italie, 3,5 en Espagne ou 3,6 en Allemagne) mais au-dessus des Etats-Unis (2,4), du Royaume-Uni (2,7) ou de la Belgique (2,9)².

¹ Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

² Source : OCDE.

Pour autant, le débat - lancinant en France - sur le « juste » niveau du *numerus clausus* doit être dépassé car il serait plus utile non pas de prendre en compte le nombre de médecins mais **le nombre d'heures de travail médical effectif**. En effet, les choses ont beaucoup changé en ce qui concerne les modes d'exercice : la durée de travail a, légitimement, tendance à diminuer à partir d'un niveau élevé ; le temps partiel se développe ; les charges administratives sont plus lourdes... Tout ceci contribue au **souhait largement partagé d'exercice en groupe**.

Comme l'ensemble de la population, les médecins, notamment les jeunes qui décident de s'installer en libéral, choisissent le lieu d'exercice selon un certain nombre de critères personnels (proximité de la famille, conditions de vie, accès aux services publics comme les écoles...) et professionnels (patientèle potentielle, présence de collègues, par exemple pour diminuer le nombre de gardes et astreintes...). Par ailleurs, l'exercice individuel est moins prisé par les femmes, alors qu'elles représentent, depuis 2007, les deux tiers des internes de médecine générale.

Les politiques publiques doivent prendre en compte ces évolutions de manière plus volontaire et **proposer un cadre cohérent aux médecins pour qu'ils s'installent dans des zones déficitaires**.

Elles pourraient éventuellement inclure, à l'instar de ce qu'ont accepté les infirmières, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes dans leurs accords avec l'Uncam, un conventionnement sélectif, c'est-à-dire l'impossibilité de conventionner un praticien souhaitant s'installer dans certaines zones très denses ; cette mesure pourrait d'ailleurs revêtir plusieurs formes : installation autorisée uniquement pour remplacer le départ d'un professionnel, conventionnement uniquement en secteur 1 etc.

● **Encourager une meilleure répartition des compétences entre professionnels de santé**

Face à la diminution du temps médical effectif et à l'évolution de la société, la place des différents professionnels de santé doit être revue. Divers rapports et études ont prôné cette réforme depuis de nombreuses années mais, malgré quelques ouvertures législatives, **le bilan reste décevant**, notamment en raison des **réticences des milieux professionnels** concernés.

Pourtant, les infirmières et les autres auxiliaires médicaux doivent se voir accorder plus de compétences, dans un cadre sanitaire sécurisé. Des conférences de consensus entre sociétés savantes, professionnels et Haute Autorité de santé pourraient être organisées afin d'aboutir à des modifications consensuelles dans la prise en charge des patients ; parallèlement, la valorisation financière doit être adaptée.

Par exemple, de nombreux pays étrangers disposent d'une proportion plus élevée d'infirmières qu'en France : 8,2 pour 1 000 habitants contre 9,7 au Royaume-Uni, 10,8 aux Etats-Unis, 11 en Allemagne et 14,8 en Belgique.

• **Lutter contre les dépassements d'honoraires**

La question de l'accès aux soins inclut à la fois des aspects territoriaux et financiers, qui sont intrinsèquement liés. Une étude publiée dans les comptes nationaux de santé 2010¹ montre clairement que **plus la densité médicale est importante, plus la probabilité de s'installer en secteur 2 est forte et plus les médecins pratiquent des dépassements élevés.**

Cette conclusion est corroborée par l'analyse du reste à charge par ménage² : il est inférieur à la moyenne nationale en Haute-Loire, Mayenne, dans le Lot, la Creuse ou le Cher et supérieur dans les Hauts-de-Seine, le Rhône et les Bouches-du-Rhône, Paris restant atypique puisque le reste à charge y est encore supérieur de 40 % aux derniers départements cités...

Pour autant, la Cnam a actualisé ses travaux sur cette question et, selon les dernières données pour 2012, il existe « *des anomalies dans des départements ruraux* » : le faible nombre de spécialistes installés, qui le sont de plus en plus souvent en secteur 2, aboutit à un niveau parfois élevé du dépassement pratiqué.

Trop longtemps retardée, la réponse à la question des dépassements d'honoraires est donc complexe : au coût pour le patient correspond, là aussi, un revenu pour le praticien. En outre, la fixation d'un plafond uniforme et national ne pourra qu'attirer les tarifs pratiqués vers la limite haute. C'est pourquoi il est nécessaire de procéder à des négociations et de prendre en compte les différences entre les spécialités et entre les territoires.

¹ « *Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins* », Vanessa Bellamy et Anne-Laure Samson.

² « *Les clefs de l'accès aux soins, inégalités sociales et territoriales* », Emmanuel Vigneron et Sandrine Haas, mars 2012, publié par la Fehap.

III. LES AUTRES DÉPENSES « HORS SOINS »

Parmi les autres dépenses « hors soins », la Cour des comptes a formulé des observations sur le fonds de prévention (FNPEIS), les dépenses d'action sanitaire et sociale et les transferts liés à la compensation démographique.

A. LE FONDS DE PRÉVENTION DE LA CNAM : OPTIMISER LES FINANCEMENTS

La Cnam dispose d'un **fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS)**, sur lequel elle finance des actions de prévention.

On peut à cet égard distinguer trois types de dépenses :

- le financement de la mise en œuvre opérationnelle par l'assurance maladie de **plans de santé publique copilotés avec l'Etat** (campagnes de vaccination, dépistages organisés des cancers, prévention bucco-dentaire pour les six ans et douze ans, dépistage néonatal des maladies génétiques ...) ; cet ensemble représente **environ 170 millions d'euros pour 2012** ;

- des **dépenses à la charge de l'assurance maladie dont le niveau est fixé par l'Etat** (contribution aux actions de prévention des ARS, subvention à l'Inpes), pour un montant de **136 millions d'euros en 2012** ;

- des dépenses relatives aux **programmes directement conçus ou initiés par la Cnam** (programme Sophia d'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques, centres d'examens de santé, prévention bucco-dentaire pour les neuf, quinze et dix-huit ans, actions locales des caisses en complément de celles des ARS, actions relatives au bon usage du médicament ...), dont le montant prévisionnel est un peu inférieur à **200 millions d'euros pour 2012**.

On peut donc estimer que 40 % des crédits du FNPEIS correspondent à des actions propres de la Cnam, le solde étant lié en totalité ou en partie à des décisions de l'Etat.

La Cour des comptes relève que ce fonds ne représente qu'une faible part de la contribution de l'assurance maladie à la prévention, l'essentiel des dépenses de prévention étant supportées par le risque maladie et n'étant pas individualisées comme telles (par exemple, les actes de prévention individuelle réalisés par les médecins, les remboursements de certains vaccins ou d'actes médicaux relatifs au dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal).

Dans une communication à l'Assemblée nationale effectuée à l'automne 2011 et relative à la prévention sanitaire, la Cour avait constaté qu'« *en dépit de la hiérarchisation prévue par la loi, la direction générale de la santé (DGS) pilote de fait une trentaine de plans pour lesquels il n'existe de différence ni dans leur élaboration, ni dans leur suivi, ni dans leur gradation. De plus, certains plans sont mal articulés les uns par rapport aux autres et comportent des nombreuses actions redondantes. De très nombreux acteurs contribuent au niveau national à la politique de prévention sans toutefois en donner une vision cohérente* ». Elle avait souligné la faiblesse de l'évaluation des politiques de prévention, qui nécessite « *une approche globale et pluridisciplinaire appréhendant les aspects scientifiques, économiques et financiers, mais aussi sociaux et sociétaux* ». Elle a souhaité « *une stratégie plus affirmée autour d'objectifs en nombre restreint, mobilisant les financements de l'Etat et de l'assurance maladie dans une logique de mutualisation forte, et s'accompagnant d'un pilotage clair et ferme par un délégué interministériel et d'un dispositif d'évaluation méthodologiquement rigoureux* ».

S'agissant des **actions financées par le FNPEIS**, qui seules entraient dans le champ de l'enquête réalisée pour le Sénat, les principales observations de la Cour des comptes portent sur les **centres d'examens de santé**, qui représentaient une dépense de **154 millions d'euros** en 2010.

Au nombre de 112 (contre 76 en 1990 et 102 en 2000), leur répartition territoriale est très hétérogène, avec une plus forte densité dans le Centre et le Nord de la France.

La Cour s'inquiète des lacunes de la coordination et du pilotage de ces centres d'examen, du manque de données les concernant, notamment sur leurs effectifs, et du ciblage, insuffisant à ses yeux, des actions sur les populations précaires.

Dans un précédent rapport¹, la Cour avait demandé la reconversion des centres d'examen en centres de santé, la fermeture de certains d'entre eux et un pilotage direct par la Cnam. Elle paraît à cet égard sceptique sur le rôle du Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé), destiné à assister la Cnam en la matière. Elle regrette que ses recommandations n'aient pas été suivies d'effet et que la Cnam n'ait pas cherché à réduire le coût induit par ces centres d'examens.

L'enquête de la Cour signale néanmoins que la Cnam a entrepris de recentrer le dispositif sur les publics précaires et propose un appui pour l'éducation thérapeutique des patients diabétiques. La Cnam entend également rééquilibrer les moyens budgétaires pour réaliser une couverture territoriale plus homogène.

¹ Rapport 2009 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

D'après les indications recueillies par votre rapporteur général, les populations en situation de fragilité ou de précarité représentent désormais 50 % des consultants des centres d'examen de santé. L'objectif est également de mettre à profit ces bilans de santé pour améliorer l'information et l'accompagnement des patients et leur permettre d'accéder plus précocement aux soins.

Par ailleurs, une offre de service destinée aux médecins traitants en matière d'éducation thérapeutique des patients a été mise en place dans une soixantaine de centres. Celle-ci concerne essentiellement les diabétiques de type 2, 6 000 patients en ayant bénéficié depuis 2008 dans des conditions très satisfaisantes. Une expérimentation de même type est en cours sur la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et une démarche est en préparation sur l'asthme et le cardio-vasculaire.

Les **axes d'amélioration** signalés par la Cour des comptes ont donc en bonne partie été pris en compte par la Cnam. Aux yeux de votre rapporteur général, ils **ne remettent pas en cause l'utilité des centres d'examen de santé** qui doivent continuer à remplir une **fonction nécessaire à l'accès aux soins des populations les moins favorisées**.

B. LES DÉPENSES D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE : CLARIFIER ET SIMPLIFIER LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES AIDES INDIVIDUELLES

La Cour des comptes relève que les dépenses imputées sur le fonds national d'action sanitaire et sociale de la Cnam ont été progressivement rationalisées, avec le transfert de certaines actions sur d'autres chapitres, notamment la prévention sanitaire, la prise en charge du ticket modérateur pour certaines affections de longue durée et, en dernier lieu, la formation continue conventionnelle des professionnels de santé. Elle juge cependant ce **recentrage inachevé**. Elle conteste en particulier l'inscription sur les crédits d'action sanitaire et sociale des dépenses relatives au suivi post-professionnel des salariés exposés à des agents cancérogènes ou de frais de contentieux de l'Ugecam.

On peut signaler que l'action sanitaire et sociale de l'assurance maladie finance des dépenses en capital importantes (73 millions d'euros en 2010), ainsi que des dépenses de fonctionnement au titre des **établissements sanitaires ou médico-sociaux gérés par le groupe Ugecam**¹, qui fédère les treize unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie instituées à l'échelle régionale.

¹ L'Ugecam gère 235 établissements privés à but non lucratif répartis sur 140 sites. Ces établissements représentent environ 15 000 lits et places, dont 8 400 dans le secteur sanitaire (essentiellement en soins de suite et de réadaptation) et 6 600 dans le secteur médico-social (dont 50 % pour l'enfance inadaptée, 27 % pour la réadaptation professionnelle et 12 % pour les adultes handicapés). Le chiffre d'affaires de ces établissements dépassait 1 milliard d'euros en 2011.

La convention d'objectifs et de gestion conclue entre la Cnam et l'Etat prévoit une **suppression progressive des financements directs accordés par l'assurance maladie**, notamment des aides à l'investissement, en contrepartie d'une accession des établissements aux modes de financement de droit commun, notamment aux dispositifs d'aides et de financement publics (plan Hôpital 2012, Migac, Fmespp, concours de la CNSA).

Selon les informations recueillies par votre rapporteur général, les conditions mentionnées par la COG pour une évolution vers les conditions de financement de droit commun ne sont aujourd'hui que très partiellement réunies. **La capacité d'autofinancement des établissements Ugecam reste limitée**, les dotations de fonctionnement qu'ils reçoivent des ARS étant fixées sur la base de niveaux historiquement inférieurs à la moyenne des établissements de la catégorie. De surcroît, elles n'ont pas été revalorisées alors que les charges salariales augmentaient.

La COG a lié la suppression des subventions de l'assurance maladie à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR). Selon les simulations de l'Atih, les établissements SSR de l'Ugecam, plutôt efficaces, bénéficieraient de nettes majorations de recettes en cas de passage à la T2A. Or l'extension de la T2A au secteur SSR, initialement envisagée dès 2012, ne devrait pas commencer avant 2013 en l'état actuel du calendrier.

On peut aussi signaler que les financements publics de droit commun (Migac, Fmespp ...) ne représentent qu'un apport marginal en termes d'aides à l'investissement des Ugecam. Les établissements n'ont obtenu qu'un total de 375 000 euros au titre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012.

Dès lors, le fonds national d'action sanitaire et sociale de la Cnam restera vraisemblablement appelé à financer pour plusieurs années encore les établissements Ugecam à un niveau conséquent.

L'**action sanitaire et sociale proprement dite** représente une dépense de **128 millions d'euros en 2010**, soit un montant modeste au regard de celle que mènent l'assurance vieillesse (270 millions d'euros) et surtout la branche famille (3,5 milliards d'euros). La part attribuée nationalement est très faible, l'essentiel de l'enveloppe (124 millions d'euros en 2010) relevant des caisses locales.

Le **budget d'action sanitaire et sociale des caisses locales** est principalement alimenté par une dotation dite « paramétrique », allouée par la Cnam selon des critères nationaux, complétée par des dotations plus spécialisées.

Outre des subventions versées à des associations agissant par exemple auprès des personnes malades ou handicapées, **les caisses locales attribuent trois types d'aides individuelles** définies dans un arrêté du 26 octobre 1995 :

- des **prestations supplémentaires facultatives** que chaque caisse peut décider de mettre en œuvre ou non parmi une liste de treize prestations énumérées à l'article 2 de cet arrêté ;

- des **prestations supplémentaires obligatoires**, que chaque caisse doit verser si les conditions d'attributions sont remplies ; il s'agit de l'indemnité compensatrice pour les assurés bénéficiant d'un traitement de l'insuffisance rénale chronique par dialyse à domicile (article 2-1) et d'une participation forfaitaire, sous condition de ressources, aux frais de séjour et de déplacement pour cure thermale (article 3) ;

- des **aides financières individuelles** (article 4), après enquête sociale, pour les assurés en situation difficile et connaissant des frais importants.

Cette distinction paraît à la fois complexe et discutable. On voit mal pourquoi des prestations obligatoires ne seraient pas financées sur le risque, dès lors que les caisses n'ont aucune marge d'appréciation quand les conditions d'octroi sont remplies. La Cour des comptes suggère d'ailleurs qu'il en soit ainsi pour les frais de déplacement et de séjour liés aux cures thermales¹. Il paraîtrait logique que seules des prestations facultatives soient financées sur l'action sanitaire et sociale. De même, on peut s'interroger sur l'intérêt de faire coexister une liste de treize prestations supplémentaires facultatives et une habilitation générale accordée aux caisses pour l'attribution d'aides individuelles dont la teneur n'est pas précisée.

Une clarification et une simplification des conditions d'attribution des aides financées sur l'action sanitaire et sociale des caisses locales apparaissent nécessaires.

C. LES TRANSFERTS À D'AUTRES RÉGIMES AU TITRE DE LA COMPENSATION : DES CHARGES INDUES POUR LA CNAM

Les transferts de la Cnam à d'autres régimes au titre de la compensation ont atteint 3,3 milliards d'euros en 2010.

La compensation démographique généralisée entre régimes d'assurance maladie a été supprimée à compter de 2011. Seules subsistent désormais les compensations bilatérales maladie entre le régime général et certains régimes spéciaux de salariés (SNCF, Mines, RATP, clercs de notaires).

La Cour des comptes relève une anomalie tenant à ce que la CSG réellement perçue par les régimes spéciaux n'est que partiellement prise en compte dans le calcul de la compensation bilatérale. Cette sous-évaluation

¹ Ceux-ci représentent une dépense de 8,8 millions d'euros en 2011, soit une diminution de 25 % par rapport à 2008 en raison de la non-revalorisation du plafond de ressources depuis 1993. Les dépenses de cures thermales financées par le risque atteignaient quant à elles 229 millions d'euros en 2011.

entraîne une **charge indue pour le régime général** qui se montait à **565 millions d'euros en 2010**.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a prévu dès 2011 un **plafonnement des transferts de compensation qui ne pourront excéder le déficit du régime bénéficiaire**. Par ailleurs, la branche maladie du régime des mines, bénéficiaire à hauteur de plus de 1 milliard d'euros d'un transfert de la Cnam au titre de la compensation bilatérale, doit être adossée au régime général à compter de 2013. Ces deux mesures devraient atténuer le problème lié à la prise en compte de la CSG, sans le faire cependant disparaître.

L'adossement de la branche maladie du régime des mines au régime général devrait en principe se traduire par une compensation intégrale du solde négatif du régime minier dans les écritures de la Cnam. Il serait alors logique que celle-ci se voit attribuer le produit effectif de la CSG perçue au titre du régime des mines, et non le montant aujourd'hui retenu pour le calcul de la compensation bilatérale, ce qui représente un écart de 200 millions d'euros.

Cependant, toute amélioration du solde de la compensation au profit de la Cnam sera compensée par une augmentation des transferts d'équilibrage au profit du régime adossé.

La distorsion relative aux modalités de prise en compte de la CSG jouera essentiellement entre le régime général et celui de la SNCF, qui a reçu un transfert de près de 700 millions d'euros en provenance de la Cnam en 2010.

ANNEXE I - AUDITION DE LA COUR DES COMPTES PAR LA MECSS

Réunie le mercredi 11 janvier 2012 sous la présidence d'Yves Daudigny, président, la mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale (Mecss) procède à l'audition d'Antoine Durrleman, président de la 6^{ème} chambre de la Cour des comptes, Michel Braunstein, président de section, Stéphanie Bigas et de Daniel Vasseur, conseillers référendaires, sur l'enquête relative aux dépenses d'assurance maladie hors prise en charge des soins.

Yves Daudigny, président. - Je suis heureux d'accueillir Antoine Durrleman, président de la 6^{ème} chambre de la Cour des comptes, qui est accompagné de Michel Braunstein, président de section, de Stéphanie Bigas et de Daniel Vasseur, conseillers référendaires. Nous consacrons en effet cette première réunion de la Mecss de 2012 à la présentation par la Cour de l'étude qu'elle a réalisée, à la demande de notre commission des affaires sociales, sur les dépenses de l'assurance maladie hors prise en charge des soins. Cette enquête avait été sollicitée il y a un an par la présidente Muguette Dini, afin d'avoir une vision plus claire des différentes dépenses incombant à l'assurance maladie.

En dehors de la mission essentielle de remboursement des soins et des charges de gestion administrative, l'assurance maladie supporte en effet un certain nombre d'autres dépenses dont on parle moins et sur lesquelles nous manquons d'éléments d'analyse. Malgré des montants modestes au regard des grandes masses financières de l'assurance maladie, elles ne sont pas négligeables et peuvent susciter diverses questions. Est-il fondé de les imputer à l'assurance maladie ? Certaines sont-elles indues, l'Etat s'est-il déchargé de dépenses qui lui incombent ? Quel est le poids financier de ces dépenses « accessoires » dans les comptes de l'assurance maladie ? Dans quelle mesure contribuent-elles à la progression globale des dépenses sociales ? Sont-elles suffisamment contrôlées et maîtrisées ? Enfin, répondent-elles aux buts poursuivis ? J'en suis persuadé, cette enquête va nous apporter des éléments de réponse et ouvrir des pistes d'amélioration et d'optimisation.

Antoine Durrleman, président de la 6^{ème} chambre de la Cour des comptes. - Il y a un an, votre commission nous a présenté une demande originale : examiner les dépenses prises en charge par le régime général d'assurance maladie qui ne correspondent pas directement à des remboursements de soins. Nous devons traiter des dépenses d'intervention et non pas des dépenses de gestion administrative. La Cour des comptes, qui n'avait jamais mené une telle approche, a donc examiné un agrégat de dépenses extrêmement diverses par leur nature comme par leur importance, allant de quelques dizaines de millions jusqu'à plusieurs milliards d'euros.

Ces dépenses sont non négligeables et leur diversité grandit. Elles se montent à 21 milliards, soit 13 % du total des dépenses d'assurance maladie du régime général. Cet agrégat correspond à des postes qui n'ont aucun rapport entre eux. Le plus important regroupe l'ensemble des transferts depuis le régime général d'assurance maladie vers d'autres organismes de sécurité sociale. A lui seul, il représente 18 milliards, dont 13 correspondent à la contribution de l'assurance maladie à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les 3,4 milliards du deuxième bloc correspondent aux compensations démographiques entre régimes. Le troisième bloc (1,8 milliard) concerne la prise en charge de cotisations sociales de professionnels de santé conventionnés.

Parmi les autres actions, 850 millions sont consacrés à vingt-six fonds et entités diverses, deux fois plus nombreuses qu'il y a dix ans ; 400 millions vont aux actions de prévention ; les prestations régies par des conventions internationales représentent 350 millions ; enfin, 221 millions servent à des prestations d'action sanitaire et sociale. Il convient en outre de rajouter 1,1 milliard de pertes sur créances irrécouvrables - nous n'avons pas fait d'analyse particulière sur ces admissions en non-valeur, dont nous traitons au moment de la certification des comptes.

Il faut en réalité neutraliser une partie de ces dépenses pour appréhender la masse financière réelle. Les dépenses sont en effet artificiellement majorées par le fait que le régime général d'assurance maladie apporte depuis 2006 une contribution élevée - 12,9 milliards - à la CNSA, laquelle lui rembourse la prise en charge des soins en établissement pour les personnes âgées et handicapées. Le montant réel de dépenses hors soins se monte à 8,2 milliards, à comparer aux 140 milliards de prise en charge de soins : les ordres de grandeur sont extraordinairement différents.

Les dynamiques de dépenses sont également différentes : entre 2001 et 2010, l'enveloppe hors soins a augmenté deux fois moins vite que celle dédiée aux soins : respectivement 22 % et 50 %. Au sein de cette enveloppe, les mouvements ont été divers : les charges de compensation et les charges liées aux cotisations sociales des praticiens auxiliaires médicaux ont fortement augmenté. Dans le même temps, les dépenses d'action sanitaire et sociale ont diminué sous l'effet d'un changement de périmètre et d'un transfert sur d'autres lignes budgétaires.

Pour résumer, un agrégat par défaut de 21 milliards en brut, 8 milliards en net ; une extrême diversité de prestations, rien ne reliant ces différentes enveloppes.

Quant à l'utilisation de ces financements, les charges dites indues nous ont semblé relativement peu importantes. La quasi-totalité des dépenses financées sur cette enveloppe de 8,2 milliards est en relation avec l'assurance maladie. Les charges indues tiennent à des compensations créées au début des années 1960 afin de faire jouer la solidarité financière entre régimes. Ce système a évolué, notamment à la suite des propositions de la Cour des

comptes dans son rapport sur l'application de la loi de financement pour 2010. La compensation généralisée a été supprimée par la loi de financement pour 2011, mais est resté en place le système des compensations bilatérales entre le régime général et quatre régimes spéciaux de salariés : ceux de la SNCF, de la RATP, des mines et des clercs de notaires. La Cour des comptes avait constaté en 2010 que ces transferts n'étaient pas calculés selon les dispositions réglementaires en fonction de la cotisation sociale généralisée (CSG) réellement perçue par les régimes bénéficiaires, mais sur le montant de la cotisation salariale qu'ils auraient touchée si la CSG n'avait pas été mise en place. La Cour considère que ces compensations bilatérales font peser sur la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) une charge injustifiée évaluée à 564 millions pour 2009. Ce dispositif a été maintenu, mais l'article 3 de la loi de financement pour 2012 prévoit un allègement de cette charge d'une centaine de millions.

Nous avons identifié des charges contestables : aucune doctrine ne distingue les structures appelées à être financées par l'Etat de celles relevant d'un financement par l'assurance maladie. Trois contributions de l'assurance maladie posent néanmoins problème, à commencer par la prise en charge du financement du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. Alors que cette gestion était auparavant assurée par la direction des hôpitaux, le financement de l'établissement public national administratif créé pour gérer le corps des directeurs d'hôpitaux et celui des praticiens hospitaliers a été imputé sur l'assurance maladie et non pas sur des crédits budgétaires.

La deuxième contribution problématique est versée à l'établissement français du sang pour la procédure amiable d'indemnisation des victimes contaminées par le virus de l'hépatite C lors de transfusions sanguines.

Créée en 2009 pour vingt ans, la troisième contribution controversée va au comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers. Il s'agit en réalité de permettre au système de retraite supplémentaire de survivre. Ce régime sur-complémentaire a été en grande difficulté : on a gelé les prestations, augmenté les cotisations et l'on a décidé que l'assurance maladie verserait la subvention nécessaire.

Les montants de ces trois contributions restent néanmoins modestes, respectivement 15, 35 et 14 millions d'euros.

Cette enveloppe pose surtout des problèmes de périmètre et de pilotage. La nature des dépenses qui lui sont assignées se modifie en effet rapidement. Tel est le cas pour le fonds national d'action sanitaire et sociale (Fnass) dont beaucoup de dépenses ont été mises à la charge du risque maladie, du fonds CMU ou du nouveau fonds d'actions conventionnelles qui est chargé, depuis 2011, de gérer les crédits de la formation professionnelle. Il faudrait aller jusqu'au bout de cette politique de recentrage : pour quelles raisons certaines dépenses de cure thermique restent-elles ainsi à sa charge ?

De même, la typologie des aides financières individuelles pourrait être actualisée.

Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) connaît aussi des problèmes de périmètre. Ses crédits ont augmenté au cours des dix dernières années, en raison des dotations de l'assurance maladie à l'institut national de prévention et d'éducation en santé. Le problème tient au financement par ce fonds des centres d'examen de santé des caisses locales d'assurance maladie à hauteur de 154 millions en 2010. Cette somme est en progression importante depuis dix ans. Dans son rapport sur l'application des lois de financement pour 2009, la Cour avait regardé leur gestion et leur apport, et conclu que leur utilité pouvait apparaître contestable et qu'il était souhaitable de les transformer en centres de soins. Pour autant, ce fonds ne recouvre qu'une part infime des dépenses de l'assurance maladie en faveur de la prévention sanitaire. En septembre, nous avons remis à la Mecss de l'Assemblée nationale un rapport sur la prévention sanitaire où nous avons essayé de quantifier l'effort en matière de prévention de l'assurance maladie. L'essentiel de la contribution de l'assurance maladie à la politique de prévention passe directement par le risque (les consultations des généralistes et des spécialistes mais aussi les dépistages). Cet effort global de l'assurance maladie en faveur de la prévention ne fait pas l'objet d'évaluations très précises : la dernière remonte à 2002 et l'évaluait à 5,7 milliards. Or, la dotation du FNPEIS est d'un montant dix fois inférieur. Il ne retrace donc pas la politique de prévention menée par l'assurance maladie.

Problèmes de périmètre, donc, mais aussi de pilotage. Le principal concerne le rôle de l'assurance maladie face aux vingt-six fonds et entités qu'elle finance. Si l'assurance maladie n'a pas de politique d'ensemble, ses contributions sont focalisées sur trois secteurs : 200 millions concernent des établissements et des fonds agissant dans le secteur hospitalier ; 325 millions financent des institutions intervenant dans le domaine de la santé publique ; enfin, un ensemble beaucoup plus disparate concerne des organismes destinés à promouvoir l'optimisation des soins et mobilise 430 millions.

L'évolution de ces fonds est assez erratique. Une partie de ces financements est soumis à un encadrement pluriannuel mais beaucoup sont hors objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Ces dotations devraient faire l'objet d'un encadrement pluriannuel dans le cadre de la convention d'objectif et de gestion entre l'Etat et la Cnam en intégrant des mécanismes de révision et en clarifiant les règles de répartition entre l'Etat et l'assurance maladie. Cela semble d'autant plus nécessaire que divers fonds ont constitué des réserves. C'est notamment le cas du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) qui percevait chaque année 347 millions. Une partie de sa réserve a fait l'objet d'une utilisation discutable : les pouvoirs publics ont attribué à des établissements ou à des institutions publiques et privées des subventions exceptionnelles qui auraient du être financées dans des conditions de droit

commun. Le dispositif a été modifié à l'occasion de la loi de financement pour 2010 et ces fonds ont été en partie récupérés. La loi de financement pour 2012 vient de ramener la dotation du Fmespp de 347 millions à 290 millions, suivant la règle de déchéance quadriennale. La Cour a constaté que l'article 65 de la loi de financement pour 2012 crée un fonds d'intervention régional pour une dépense plus efficiente du point de vue de la continuité et de la qualité des soins. Financé en 2012 grâce à une partie des crédits dévolus au Fmespp ainsi qu'à d'autres fonds, ce Fir assurera une fongibilité des dotations de l'assurance maladie sous la responsabilité des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS).

Les montants en jeu avec les cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux sont importants : 1,8 milliard pour le régime général et 2 milliards pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Voilà des avantages sociaux importants résultant du cumul de mesures prises à différents moments. En 1960, la quasi-totalité des cotisations d'assurance maladie dues par les professionnels du secteur 1 a été prise en charge afin d'inciter les professionnels à se conventionner. De plus, la cotisation personnelle d'allocation familiale due par les médecins de secteur 1 est partiellement prise en charge : 5 points sur 5,4 points sous le plafond de la sécurité sociale et 2,9 points au-dessus ; cette prise en charge a été instituée en 1990 en contrepartie du gel du secteur 2. Enfin, les cotisations des praticiens auxiliaires médicaux du secteur 1 dues au titre des différents régimes obligatoires d'assurance vieillesse complémentaire sont prises en charge à hauteur des deux tiers.

Le coût de ces prises en charge a augmenté de 13 % depuis 2003 et devrait continuer à croître, dans la mesure où il s'agit d'une indexation sur la masse des honoraires sans dépassement. Elles représentent une part substantielle mais très inégale du revenu des professionnels concernés : 7 % du revenu des chirurgiens dentistes et 18 % de celui des médecins généralistes du secteur 1 qui en sont les principaux bénéficiaires.

Pour l'assurance maladie, ces prises en charge ont contribué à la revalorisation des revenus des professionnels et elles ont l'avantage de ne pas peser directement sur les assurés sociaux, car il n'y a évidemment pas de ticket modérateur comme pour la revalorisation des lettres clés. Pour un médecin du secteur 1, la prise en charge des cotisations sociales correspond à une majoration de la lettre C de 3,38 euros en-dessous et de 2,90 euros au-dessus du plafond de la sécurité sociale, montant qu'il faut rapprocher des 23 euros de la consultation.

La Cour des comptes estime que ces sommes, malgré leur montant, ne jouent plus qu'un rôle mineur dans la politique conventionnelle menée par l'assurance maladie. Les justifications historiques ont progressivement disparu et ces prises en charge n'ont aucune incidence sur les adhésions à la convention médicale, d'autant que seul un petit nombre de médecins peut aujourd'hui adhérer au secteur 2. De plus, elles ne limitent en rien le coût des soins pour les patients, faute de régulation des dépassements conventionnels.

La Cour a suggéré l'an dernier une modulation en fonction du lieu d'implantation des professionnels de santé : ceux installés dans les zones les plus denses bénéficieraient d'une prise en charge réduite et ceux s'installant dans les déserts médicaux, de taux majorés. Un tel système serait progressif et reposerait sur une cartographie rénovée.

La Cour des comptes s'est également interrogée sur la liberté de choix d'affiliation laissée aux professionnels de secteur 2 qui peuvent, c'est une singularité, adhérer au système du régime social des indépendants (RSI), plus avantageux que le régime général. Cette liberté de choix n'est pas équitable car elle n'a pas pour contrepartie la régulation des dépassements des honoraires du secteur 2.

Ces différents constats nous conduisent à formuler onze recommandations : les deux premières visent à clarifier les périmètres du Fnass et du fonds national de prévention ; les quatre suivantes ont pour objet de mieux encadrer les dotations de l'assurance maladie aux fonds et entités extérieures ; la septième concerne le mode de calcul des compensations bilatérales pour éviter les charges indues ; les quatre dernières portent sur la façon dont pourrait être réexaminée la prise en charge conventionnelle des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux.

Yves Daudigny, président. - *Merci pour cet exposé.*

Les médecins du secteur 1 sont obligatoirement affiliés au régime des praticiens conventionnés alors que ceux du secteur 2 peuvent choisir entre ce régime et le RSI dont les taux de cotisation sont inférieurs d'environ un tiers, avez-vous dit. Pouvez-vous nous en dire plus sur cette singularité ?

Dans le rapport, vous indiquez que certains revenus des professionnels de santé peuvent échapper aux cotisations sociales. Pouvez-vous indiquer les types de revenus concernés et les raisons de cet état de fait ? L'assurance maladie prendrait parfois en charge indument des remboursements relatifs à ces revenus : pouvez-vous préciser ?

Peut-on, grâce à la prise en charge des cotisations, limiter les dépassements d'honoraires et réguler la répartition territoriale des professionnels ? Le directeur général de la Cnam estime qu'une modulation des prises en charge ne ferait que pénaliser les praticiens du secteur 1 et accentuer l'attractivité du secteur 2.

Catherine Deroche. - *Bien sûr !*

Yves Daudigny, président. - *Que lui répondez-vous ? La réforme du secteur optionnel va-t-elle se traduire, pour l'assurance maladie, par une prise en charge accrue de cotisations de praticiens du secteur 2 ?*

Antoine Durrleman. - *La liberté de choix d'affiliation des médecins du secteur 2 constitue la seule exception au principe d'affiliation obligatoire à un régime donné. La quasi-totalité des médecins du secteur 2 sont affiliés au RSI qui assure désormais une protection équivalente à celle du régime général*

avec des cotisations inférieures. Il en résulte des moins-values de recettes pour le régime général et les assurés n'en tirent pas bénéfice car l'affiliation au RSI n'a pas de contrepartie conventionnelle, ce qui n'est pas acceptable. Il convient sans doute de s'interroger sur une telle situation au regard de l'égal accès aux soins dans des conditions compatibles avec le niveau de revenu des intéressés.

Les revenus des professionnels de santé qui pourraient échapper aux cotisations sociales proviennent d'actes non remboursables qui ne figurent pas sur la feuille de soins. Il appartient aux praticiens concernés de les déclarer aux services fiscaux comme à l'Urssaf. Nous ne pouvons savoir si c'est effectivement le cas. Le système doit donc être affiné, notamment en prévoyant que tous les honoraires figurent sur les feuilles de soins.

Une prise en charge des cotisations en fonction de la démographie médicale ne se heurterait ni à des obstacles techniques, ni à des questions de principe. Une modulation continue encouragerait l'installation des médecins en zones sous-denses. Avec un système progressif, l'assurance maladie, qui dépense 2 milliards pour ces cotisations, pourrait fixer des objectifs précis.

Il est un peu tôt pour se prononcer sur la réforme du secteur optionnel. Elle devrait se traduire par une prise en charge supplémentaire de cotisations puisque les professionnels du secteur 2 en bénéficieront. En contrepartie, les dépassements seront réduits. Nous redoutons que cette réforme n'attire que des praticiens pratiquant des dépassements peu fréquents et peu élevés.

Jacky Le Menn. - *La gestion des vingt-six fonds démontre un certain laxisme de l'Etat. Vous soulignez l'absence de prévisibilité des dépenses ainsi que, le plus souvent, de clef de financement préétablie entre l'Etat et l'assurance maladie. Les contributions de l'assurance maladie sont souvent surestimées au regard des crédits consommés. Les dépenses augmentent, alors que la programmation semble inexistante. L'Etat ne se défait-il pas de ses responsabilités sur l'assurance maladie ?*

Gilbert Barbier. - *La proposition consistant à réserver le financement des cotisations sociales des médecins et des auxiliaires médicaux à certaines zones géographiques me laisse très sceptique; cela aboutirait à ce que des professionnels installés des deux côtés d'une même rue aient des niveaux de cotisations différents. C'est un faux problème, alors que l'on assiste à une diminution de l'assurance vieillesse supplémentaire d'année en année.*

Ce type de mesure, qui ne saurait répondre au problème de la démographie médicale, poserait aussi et surtout la question très difficile de la définition du zonage pertinent. Sera-t-il régional, départemental, communal, voire infracommunal ? Ces discriminations entre les médecins seraient sans doute très problématiques d'un point de vue constitutionnel.

S'agissant de la participation au financement des vingt-six fonds et organismes extérieurs, vous évoquez l'exemple de l'établissement français du sang. La participation hors règlementation n'est-elle pas tout à fait minime par rapport à la dépense ? La question du financement de l'établissement des préparations et des réponses aux urgences sanitaires (Eprus) n'est pas nouvelle. Il en est de même de la constitution éventuelle d'un fonds de réserve. Il serait également intéressant de savoir si l'assurance maladie doit intervenir dans le financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) ou s'il incombe à l'Etat de s'en charger. Pour ma part, j'estime que si une contribution financière de l'assurance maladie peut être envisagée, dans la mesure où des établissements de ce type peuvent dégager des économies, leur supervision relève davantage de la responsabilité de l'Etat.

Catherine Deroche. - *En ce qui concerne le transfert à la CNSA, confirmez-vous qu'il s'agit bien d'une opération dont l'impact financier est quasiment neutre ?*

André Durrleman. - *Oui, il est minime, de l'ordre de 500 millions d'euros.*

Catherine Deroche. - *Ensuite, comment expliquez-vous la baisse du montant de la prise en charge des cotisations des praticiens au cours des années 2006 à 2008, puis sa remontée ? Enfin, s'agissant de la proposition de soumettre la prise en charge des cotisations pour les médecins en secteur 1 à des critères d'installation, que se passerait-il pour ceux qui sont déjà installés ?*

Vous reconnaissez que les possibilités d'installation en secteur 2 se sont réduites, et je me suis même demandé si vous n'iriez pas, en conséquence, jusqu'à nous proposer purement et simplement la suppression de l'avantage bénéficiant aux médecins installés en secteur 1. Mais pas de procès d'intention : vous ne l'avez pas fait. Quoiqu'il en soit, il me semble essentiel de garder à l'esprit que cet avantage accordé aux praticiens est avant tout une compensation du blocage de la tarification de l'acte, la rémunération des actes cotés C ou CS n'ayant par exemple pas progressé depuis plus d'une vingtaine d'années.

René-Paul Savary. - *En illustration des propos précédents, j'indiquerai que lorsque j'étais jeune médecin, en 1978, mes actes étaient tarifés 37 francs, soit seulement trois fois moins que les niveaux actuels : le coût de la vie a augmenté bien plus vite.*

S'agissant des centres d'examen, il m'est arrivé de recevoir des bilans de santé révélant des pathologies que je traitais depuis des années. Sans un meilleur ciblage, ces coûteux outils de dépistage resteront inefficaces.

Enfin, vous n'abordez pas la question des transports sanitaires. Comment répartir entre les conseils généraux et les caisses d'assurance maladie la prise en charge des transports sanitaires ? Commencer par appeler

les pompiers est devenu un réflexe. Les interventions des services départementaux d'incendie et de secours (Sdis) ont augmenté de 5 % ! La charge devient prohibitive pour les conseils généraux. Il faudrait trouver une solution.

René Teulade. - Cette communication tout à fait intéressante n'aborde pas les véritables problèmes. Certes, l'assurance maladie est en règle générale réduite à un rôle de financeur obligé et passif, les règles de partage des financements entre l'Etat et l'assurance maladie sont insuffisamment formalisées, et l'on surestime souvent les contributions de l'assurance maladie au regard des crédits réellement consommés, mais n'oublie-t-on pas le problème de fond ? Notre système repose sur deux principes économiquement incompatibles, alliant une prescription libérale et des prestations socialisées. Tant que nous n'aurons pas trouvé un équilibre, nous aurons à faire face à des difficultés.

Claude Léonard. - Je confirme le coût de l'augmentation des transports de personnes par les Sdis : dans mon département de la Meuse, sur neuf mille sorties par an, il y en a eu cinq cents de plus pour secours à personne par carence. Leur remboursement est bien passé de 105 à 112 euros, mais ce montant reste trois ou quatre fois inférieur au coût réel supporté par les Sdis, partant par le budget des collectivités - pour le plus grand bénéfice des organismes qui remboursent. En outre, les sapeurs-pompiers sont tenus d'être au nombre de trois alors que les ambulanciers privés ne sont généralement que deux.

Comment expliquer le niveau des cotisations RSI, inférieur d'un tiers à celui du régime général ? J'étais d'ailleurs persuadé que les prestations étaient de 50 % et non de 70 %.

Yves Daudigny, président. - Pourriez-vous nous préciser ce qu'il en est des critères d'inclusion des subventions dans le champ de l'Ondam et de son incidence sur la portée du contrôle parlementaire ? Quel est votre sentiment quant à l'évolution des fonds d'intervention régionaux constitués auprès des ARS ?

Vous avez indiqué que les actions du FNPEIS, qu'elles soient financées par l'Etat ou par l'assurance maladie, ne constituent qu'une fraction très limitée des dépenses de prévention ; une ventilation différente n'apporterait-elle pas davantage de cohérence et de lisibilité ?

Comment les choses se passent-elles dans les régions dépourvues de centre d'examen de santé ? Y a-t-il des formules susceptibles de compenser cette absence ?

Enfin, pourriez-vous nous indiquer la part du financement des cures thermales prise en charge au titre de la prévention des risques d'une part, et par le Fass d'autre part ?

André Durrleman. - *Les domaines d'action des organismes et fonds extérieurs ne sont jamais sans lien avec l'intérêt financier de l'assurance maladie, mais le dynamisme de la dépense tient aussi à ce qu'elle est amenée à la financer sans avoir véritablement été partie prenante à la décision. On aurait pu se saisir de ce déséquilibre dans la convention d'objectif et de gestion qui la lie à l'Etat. Un phénomène d'échappement rend une régulation a priori encore plus nécessaire, ces sommes étant exclues de la norme de dépense de l'Etat, mais aussi de l'Ondam. Cela concerne les relations entre le pouvoir exécutif et l'assurance maladie, et intéresse le contrôle parlementaire.*

La prise en charge des cotisations sociales des médecins et auxiliaires médicaux est considérée par les partenaires conventionnels eux-mêmes comme une dépense au service des objectifs conventionnels, même si elle est une manière autre qu'une revalorisation de la consultation d'assurer un revenu aux professionnels. C'est ainsi qu'il a fallu attendre notre rapport pour que, pour la première fois, on la mette en regard du coût de remboursement des tarifs des actes. De même, le niveau de ces tarifs n'a jamais été évoqué dans les récentes discussions autour de l'abondement de 190 millions d'euros sur trois ans pour renflouer l'assurance vieillesse supplémentaire. Pour notre part, nous considérons qu'il convient de décider clairement si ces prises en charge de cotisations constituent un élément complémentaire de revenu ou si, comme l'affirment les partenaires, elles demeurent un instrument au service de la convention d'assurance maladie et de son principal objectif, qui est traditionnellement la question entêtante d'un meilleur équilibre de l'implantation des professionnels de santé sur le territoire.

Toutefois, la modulation des cotisations ne constituerait alors qu'une action parmi d'autres, puisqu'il faudrait aussi traiter de l'isolement des professionnels, de la question de leur adossement à une structure, de la situation du conjoint...

Gilbert Barbier. - *... des questions liées à la qualité de vie.*

André Durrleman. - *Tout à fait. Mais l'intérêt est de préserver le choix de s'établir, chaque médecin définissant ce qui est le plus intéressant pour lui. Telles sont les conclusions auxquelles nous sommes parvenus dans le dernier rapport sur l'application de la loi de financement, tout en notant que l'augmentation du numerus clausus ne serait pas de nature à corriger les inégalités territoriales, au moins au cours des trente ans à venir.*

La Cour des comptes vient de publier un rapport public thématique sur les Sdis en général. L'examen plus précis des transports sanitaires fera l'objet d'un chapitre du rapport sur l'application de la loi de financement que nous vous remettrons en septembre prochain.

Le fonds d'investissement régional ? A priori, l'idée de regrouper des financements afin de contribuer localement à l'amélioration de l'offre de soins, des actions de prévention ou encore de l'accompagnement des malades semble intéressante, mais nous jugerons l'arbre à ses fruits...

Le FNPEIS n'est peut-être pas un bon instrument. Il me semble surtout essentiel de mieux identifier la contribution de l'assurance maladie à la prévention. Il serait même utile que le Parlement dispose d'un document de politique transversale, rendant compte de cette politique fragmentée entre un nombre trop important de financeurs, et plus encore d'acteurs.

En dépit des tentatives de réorientation vers les populations en situation précaire, les centres d'examen de santé ne sont peut-être plus adaptés aux nouvelles priorités de la politique de santé publique. Les contrôles sur le terrain, effectués par exemple au centre d'examen de santé de Bobigny - caisse qui fait pourtant figure de référence - ont ainsi mis en évidence les difficultés à identifier les personnes prioritaires puis à les faire venir aux rendez vous. En outre, la moitié des effectifs est constituée de personnels administratifs, n'intervenant pas directement dans les actions de prévention, tandis que le coût moyen des examens est en augmentation continue : il dépasse les 250 euros à Bobigny. L'accompagnement des personnes en situation de précarité serait aujourd'hui mieux réalisé dans le cadre de consultations de santé publique plutôt que par des rendez-vous dans ces centres d'examen.

La prise en charge des cures thermales est assurée au titre du risque pour les honoraires médicaux, par l'octroi d'un forfait thermal accordé sans condition de ressources. Le Fnass peut prendre en charge le transport et l'hébergement, sous condition de ressources. Il nous semblerait plus judicieux de laisser ces prestations à l'appréciation de chaque caisse primaire.

Quant à l'équilibre entre prescription libérale et prise en charge socialisée, c'est me semble-t-il l'objet du système conventionnel que de chercher à l'atteindre. Depuis les années 1950, chaque convention a marqué une nouvelle étape. C'est ainsi que la précédente a vu la mise en place des contrats d'amélioration des pratiques individuelles, et par la forte participation des seize mille médecins signataires à des actions de santé publique - toutefois, ce dispositif, qui va être remplacé, ne pourra donner lieu à évaluation.

Gérard Roche. - *A la CNSA, seulement 500 millions viennent en section 2, pour compenser l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), le reste va au forfait soin dans les établissements médico-sociaux et en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Je m'étonne que cette anomalie n'ait pas été ciblée.*

Yves Daudigny, président. - *Nos travaux portaient sur les dépenses de l'assurance maladie et non sur le financement de la CNSA.*

André Durrleman. - *Nous nous en sommes tenus à la question dont nous avons été saisis, ce qui a déjà été relativement complexe. En effet, alors que l'on a généralement tendance à se concentrer sur le financement des soins, qui constitue le cœur de l'action de l'assurance maladie, vous nous avez amenés à nous intéresser aux autres dépenses en les abordant d'une façon nouvelle, en nous demandant si elles répondaient à une logique précise ou si*

elles s'inscrivaient dans une dynamique particulière. Je crains que malgré nos efforts, nous n'ayons pas retrouvé que des morceaux du fil d'Ariane.

Yves Daudigny, président. - *Nous vous remercions de la qualité et de la précision de vos réponses, et sommes assez satisfaits de voir que le thème retenu a pu être source d'interrogations et de perplexité, y compris pour la Cour des comptes.*

ANNEXE II - EXAMEN DU RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Réunie le mercredi 11 juillet 2012 sous la présidence d'Annie David, présidente, la commission des affaires sociales procède à l'examen du rapport d'information effectué dans le cadre de la Mecss par Yves Daudigny, rapporteur général, sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux dépenses de l'assurance maladie hors prise en charge des soins.

Yves Daudigny, rapporteur général. - A la demande de notre ancienne présidente Muguette Dini, la Cour des comptes a réalisé une enquête sur les dépenses de la branche maladie du régime général autres que les remboursements de soins.

Cette enquête a été présentée devant la Mecss par le président de la 6^{ème} chambre, M. Durrleman, avant la suspension des travaux parlementaires. Il s'agit aujourd'hui d'en permettre la diffusion publique, en y adjoignant nos propres observations.

Le champ du travail effectué par la Cour des comptes est assez restreint. Il représente entre 6 et 7 milliards d'euros par an, moins de 5 % des charges d'assurance maladie.

Il couvre des dépenses très diverses : prise en charge de cotisations sociales des praticiens conventionnés, action sanitaire et sociale des caisses primaires, actions de prévention, subventions à des organismes extérieurs.

Son premier mérite est d'apporter un éclairage précis sur ces dépenses qui sont noyées dans les comptes de l'assurance maladie.

En dix ans, elles ont augmenté de 22 %, deux fois moins vite que les prestations. Ces charges ne constituent donc pas un facteur déterminant de la progression des dépenses d'assurance maladie.

Pour autant, dans le contexte financier actuel, elles méritent une évaluation et un contrôle attentifs.

De cette enquête, je retiendrai quelques enseignements principaux.

Premièrement, la Cnam finance pour un montant d'environ 1 milliard d'euros plus d'une vingtaine de fonds ou organismes extérieurs qui ont parfois un lien ténu avec les objectifs et missions de l'assurance maladie.

Je pense au centre de gestion statutaire des praticiens et directeurs des hôpitaux publics (CNG) ou au comité de gestion des œuvres sociales de ces mêmes établissements.

On peut également se demander s'il est normal que la Cnam soit le principal financeur de certains instruments de la politique de santé de l'Etat comme l'Oniam, l'Eprus ou l'Agence de biomédecine.

Le partage de financement entre Etat et assurance maladie ne repose pas sur des règles suffisamment claires et cohérentes. L'Etat a quelque peu cédé à la tentation du désengagement sur la sécurité sociale, même si les montants en cause ne sont pas considérables.

Par ailleurs, la Cnam finance intégralement des fonds intéressant plus directement ses missions, comme le fonds pour la modernisation des établissements de santé (Fmespp). Mais elle ne pèse pratiquement pas dans la gouvernance de ce fonds, d'ailleurs sévèrement critiquée par la Cour des comptes en raison de l'absence de bilan détaillé et du financement d'opérations étrangères à l'objet du fonds.

Les choses pourraient changer avec la mise en place, en 2012, au niveau de chaque agence régionale de santé, d'un fonds d'intervention régional (Fir). Il regroupera une bonne part du Fmespp et du fonds pour la qualité des soins, le Ficqs, certains crédits hospitaliers liés aux missions d'intérêt général (Migac) et des crédits de prévention. L'assurance maladie sera plus étroitement impliquée dans sa gestion. Il faudra cependant à mon sens garantir un suivi très précis des dépenses du Fir, faute de quoi nous verrons apparaître une nouvelle source d'opacité.

Enfin, l'enquête montre aussi que les contributions versées sont parfois très supérieures aux stricts besoins des organismes concernés, leur procurant une trésorerie aussi avantageuse qu'injustifiée.

J'appuierai donc pleinement les recommandations de la Cour des comptes visant à clarifier et rationaliser les principes régissant ces contributions de l'assurance maladie. Celles-ci devraient systématiquement faire l'objet d'une programmation pluriannuelle et la Cnam devrait être mieux associée au pilotage des actions des organismes qu'elle finance.

Je serai plus rapide sur une deuxième série de dépenses.

Le fonds de prévention de la Cnam tout d'abord. Il finance des actions de nature très diverses, dont à peine 40 % constituent des actions propres de l'assurance maladie. La Cour des comptes se montre assez critique sur les centres d'examen de santé, au nombre d'une centaine, mais il semble que la Cnam ait en partie pris en compte ces remarques en ciblant davantage leurs actions.

L'enquête aborde également l'action sanitaire et sociale des caisses locales. Celle-ci peut financer toutes sortes d'aides individuelles, selon des critères complexes et peu transparents. Il faut à l'évidence clarifier et simplifier les conditions d'attribution de ces aides très mal connues des assurés.

Je terminerai par la prise en charge des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés du secteur 1.

Elle représente pour la Cnam une dépense proche de 2 milliards d'euros par an et elle progresse à un rythme soutenu.

La Cour des comptes a analysé cette dépense sous l'angle du rapport coût/bénéfice pour l'assurance maladie.

D'un côté, ces prises en charge contribuent au revenu des praticiens. Contrairement à une majoration du tarif de la consultation, elles n'ont pas l'inconvénient d'alourdir le ticket modérateur à la charge de l'assuré.

De l'autre, la Cour des comptes constate que ce dispositif paraît avoir joué un rôle limité dans la promotion du secteur 1 et qu'il n'a guère freiné le développement du secteur 2 où s'accroissent les dépassements d'honoraires. Elle regrette que cette contribution ne soit pas davantage utilisée comme levier au bénéfice de l'assurance maladie et des patients.

La Cour reprend une proposition déjà formulée en 2011 : reconsidérer la prise en charge des cotisations sociales de l'ensemble des médecins, généralistes comme spécialistes, installés ou sortant de formation, en la modulant selon leur implantation géographique.

Cette proposition a le mérite de poser la question essentielle de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire. Elle n'y apporte cependant à mes yeux qu'une réponse partielle, qui pourrait même se révéler contreproductive en termes d'accès aux soins si elle conduisait à rendre le secteur 1 moins attractif dans des zones où il est déjà sous-représenté.

En effet, une telle mesure prise isolément n'aurait d'effet que sur les médecins de secteur 1, sans affecter ceux qui ne pratiquent pas les tarifs opposables puisqu'ils ne bénéficient aujourd'hui d'aucune prise en charge de cotisations.

A enveloppe constante, une modulation impliquerait de diminuer la prise en charge pour les praticiens de secteur 1 en zone dense ou sur dense, là où apparaît justement un déficit de praticiens pratiquant les tarifs opposables.

L'inégale répartition des médecins sur le territoire appelle à mon sens une politique plus globale.

Le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé. Les zones aujourd'hui déficitaires pourraient susciter un regain d'intérêt de leur part à condition de leur proposer un cadre d'exercice cohérent. Il faut pour cela une politique plus volontariste de soutien aux formes d'exercice en groupe, d'ailleurs en accord avec les aspirations des nouvelles générations de médecins.

Cette orientation pourrait éventuellement se doubler d'un conventionnement sélectif, c'est-à-dire le non-conventionnement d'un praticien souhaitant s'installer dans les zones les plus denses.

Une meilleure répartition des compétences entre professionnels de santé, avec un rôle accru pour les infirmières et les autres auxiliaires médicaux, permettrait également de mieux répondre aux besoins de santé insatisfaits sur certains territoires.

Enfin, il faut remédier à cet enchaînement pervers voulant que plus la densité médicale est importante, plus la probabilité de s'installer en secteur 2 est forte et plus les médecins pratiquent des dépassements élevés. C'est l'enjeu de la nécessaire limitation des dépassements d'honoraires sur laquelle le gouvernement veut engager rapidement la discussion avec les syndicats médicaux.

Telles sont, mes chers collègues mes principales observations à l'occasion de cette enquête très utile de la Cour des comptes qui sera publiée, si vous en êtes d'accord, sous le timbre de la Mecss.

Catherine Procaccia. - *Le rapport s'interroge sur le financement par la Cnam d'organismes extérieurs à l'assurance maladie. Cela ne me semble pas anormal s'agissant d'établissements comme le centre de gestion statutaire des praticiens hospitaliers, l'Oniam ou l'Eprus, au vu de leur lien direct avec les dépenses d'assurance maladie.*

Sur l'instauration du fonds d'intervention régional (Fir), s'agira-t-il d'une juxtaposition de fonds régionaux ou d'un fonds national avec des enveloppes régionales ? Le rapporteur souhaite un suivi attentif des dépenses du Fir. Entend-il proposer des amendements ou des mesures allant en ce sens ?

S'agissant de la prise en charge des cotisations des médecins, j'apprécie que le rapport soit plus nuancé que celui de la Cour des comptes, qui propose de revenir sur les accords ayant incité les médecins à s'installer en secteur 1, sous des prétextes de meilleure répartition. Par ailleurs, les remarques sur les secteurs 1 et 2 ne s'appliquent-elles qu'aux libéraux ? Les médecins hospitaliers sont-ils également concernés ?

Catherine Deroche. - *Concernant les centres d'examen de santé, sur quoi portent précisément les critiques de la Cour des comptes ?*

Je voudrais également souligner que les médecins n'ont pas fait le choix de s'installer en secteur 1 pour l'avantage conféré par la prise en charge de leurs cotisations.

Louis Pinton. - *La politique incitative des formes d'exercice en groupe a montré ses limites. Tout a été essayé : les maisons médicales, la télé-médecine, les bourses pour les étudiants, dont ils font d'ailleurs peu de cas, des subventions des départements pour les inciter à y effectuer leur stage. Faudra-t-il aller jusqu'à leur proposer le service du petit déjeuner ? On ne pourra pas écarter des dispositifs contraignants et un encadrement de la liberté d'installation si l'on veut véritablement remédier à l'inégale répartition des médecins sur le territoire.*

Quant à l'idée d'une meilleure organisation des compétences entre professionnels de santé elle reste à mon sens théorique. Une infirmière, un pharmacien ou un vétérinaire ne pourra effectuer le travail d'un médecin. En revanche, il est vrai que les auxiliaires médicaux jouent un rôle essentiel pour le maintien à domicile.

Ronan Kerdraon. - *Le rapport démontre la nécessité, concernant ces dépenses d'assurance maladie autres que les soins, de simplifier, de rationaliser, de clarifier les choses et de les rendre plus cohérentes. Il faut éviter le saupoudrage.*

Il faut le reconnaître, nous avons assisté à un désengagement de l'Etat, le rapport le montre clairement, et c'est regrettable.

L'inégale répartition des médecins sur le territoire appelle par ailleurs une politique plus incitative et plus globale que la solution proposée par la Cour des comptes.

Aline Archimbaud. - *Les critiques émises par la Cour des comptes sur la politique de prévention ne doivent pas aboutir à diminuer les crédits qui lui sont alloués, même si un travail de clarification reste nécessaire.*

Concernant les inégalités territoriales pour l'accès aux soins, la politique de soutien aux formes d'exercice en groupe reste insuffisante : d'autres mesures, quelles soient contraignantes ou incitatives, devront être envisagées.

Claire-Lise Champion. - *Il est difficile d'inciter les médecins à s'installer dans certaines zones, comme le révèle l'échec des mesures prises jusqu'à présent. Une analyse globale du problème est nécessaire et elle doit inclure la meilleure répartition des compétences entre professionnels de santé. Par exemple, dans le domaine de la protection maternelle et infantile, certaines collectivités territoriales ont résolu les difficultés de recrutement de médecins en organisant des transferts de tâches entre professionnels. Les pistes trouvées en la matière pourraient être mises en œuvre de façon plus générale.*

Il faut également s'attaquer à la question des dépassements d'honoraires du secteur 2.

Guy Fischer. - *L'utilité des centres d'examen de santé, qui s'adressent aux populations en difficulté, n'est plus à démontrer. Il faut les conforter.*

Au-delà de la prise en charge de leurs cotisations sociales, c'est la globalité des revenus du corps médical qui mérite examen et qui est aujourd'hui difficile à cerner.

Par ailleurs, le problème du recrutement de médecins étrangers pour remédier aux déserts médicaux n'a pas été évoqué.

Il faut résolument travailler en réseau pour améliorer l'accès aux soins, de plus en plus difficile, notamment dans les grands quartiers populaires.

Samia Ghali. - *Il serait nécessaire d'accentuer la politique de prévention dès l'enfance, en insistant sur le rôle des médecins scolaires notamment en matière dentaire ou ophtalmologique. C'est peut-être un investissement au départ mais elle génère à terme des économies.*

Par ailleurs, les professionnels sont, comme les habitants, confrontés à l'insécurité. Je regrette enfin qu'on ne parle pas de santé dans le cadre de la politique de rénovation urbaine.

René-Paul Savary. - *Je voudrais rappeler que les cotisations sociales des médecins représentent une charge lourde, notamment en matière de retraite. La contribution de l'assurance maladie n'est que la contrepartie de la faible revalorisation de la consultation sur une longue période.*

La prévention est coûteuse et inefficace si elle n'est pas ciblée sur des publics particuliers.

En ce qui concerne la délégation de tâches, j'attire votre attention sur les problèmes graves que cela peut poser en termes de responsabilité. Il y a malheureusement eu un incident dramatique cette nuit même dans mon département pour illustrer ce risque.

Par ailleurs, je rejoins la proposition du rapporteur général visant à ne plus conventionner de médecins dans les zones saturées, comme cela se fait déjà pour les pharmaciens et, bientôt, pour les infirmières. Une récente étude de l'observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas) montre que l'on peut estimer le nombre de médecins nécessaires sur un territoire donné, en fonction de sa population. Le conventionnement devrait être réservé aux zones dans lesquelles des installations supplémentaires sont justifiées.

Marie-Thérèse Bruguière. - *Concernant la démographie médicale, il est difficile d'imposer des contraintes aux médecins, en particulier aux femmes médecins qui cherchent à concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale. Des incitations sont cependant possibles, telles que l'aide à l'installation pour les jeunes médecins, notamment pour les frais d'assurance, ou l'obligation d'effectuer une année de stage auprès d'un médecin libéral, afin de se familiariser avec ce type d'exercice.*

Jacky Le Menn. - *Il est nécessaire de rationaliser les subventions versées par l'assurance maladie, qui peuvent parfois être très supérieures aux besoins des organismes bénéficiaires. Il serait anachronique que des établissements disposent de fonds en excès quand les hôpitaux, par exemple, subissent les contrecoups de la crise bancaire en termes de trésorerie. Il faut également associer la Cnam de manière plus forte au pilotage des actions mises en œuvre.*

Comme l'indique le rapporteur, la transparence doit être renforcée sur l'action sanitaire et sociale des caisses primaires. Enfin, les observations de la Cour des comptes ne doivent pas remettre en cause l'existence des centres d'examen de santé dont l'utilité pour l'accès aux soins est incontestable.

Sur les cotisations sociales des praticiens, le temps est venu de remettre à plat, de manière équitable et sans passion, la question des rémunérations. Les intéressés doivent être pleinement associés à ce travail. Est-il normal qu'une consultation de généraliste rapporte moins que les prestations de certains autres métiers aussi estimables soient-ils ?

Catherine Génisson. - *J'estime moi aussi qu'il faut rester vigilant sur le maintien des centres d'examen de santé.*

Le problème de la démographie médicale sera en partie résolu lorsque l'on donnera enfin toutes ses lettres de noblesse à la spécialité de médecine générale, ce qui implique une remise en question de la part de certains professeurs d'université. La reconnaissance des charges pour l'accueil d'un étudiant en cabinet de ville doit également être suffisante. Il faut aussi distinguer lieu d'installation et lieu de vie, qui ne coïncident pas nécessairement.

Par ailleurs, il faudrait à mon sens aller jusqu'à interdire toute installation dans les zones les plus denses en médecins. C'est une responsabilité du Conseil de l'ordre.

Michel Vergoz. - *Beaucoup de nos concitoyens ignorent sans doute que les médecins du secteur 1 sont déchargés de leurs cotisations sociales. Cet avantage peut justifier, selon moi, un effort de rééquilibrage de leur répartition territoriale. Par ailleurs, les problèmes de continuité des soins ne concernent pas que les déserts médicaux. Dans de nombreux territoires, on constate l'absence de tout médecin de garde le week-end.*

Ce rapport, comme celui de la Cour des comptes ayant conduit à ne pas certifier les comptes des branches AT-MP et famille, démontre la nécessité d'une plus grande transparence et d'une plus grande cohérence dans les finances sociales. Des centaines de millions d'euros sont en jeu. Les questions ne doivent pas être abordées de manière cloisonnée. Une politique globale de santé nécessite une véritable remise à plat et une approche transversale.

Isabelle Pasquet. - *La question essentielle est de savoir quelle offre de soins l'on souhaite sur le territoire. La réponse doit-elle être uniquement déterminée par le corps médical ? Il n'est question que « d'incitation » pour pallier l'inégale répartition territoriale, alors que dans de nombreuses autres professions, on ne laisse pas le choix aux intéressés. La prise en compte des préoccupations du corps médical ne doit pas s'effectuer au détriment de la population.*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Le foisonnement des questions démontre, s'il en était besoin, l'intérêt de la demande que Mme Dini avait présentée à la Cour des comptes.*

En ce qui concerne le bien-fondé du financement de certaines dépenses par l'assurance maladie, je suis en désaccord avec Catherine Procaccia. A la question de savoir si l'accroissement des subventions mises à la charge de l'assurance maladie au cours des dix dernières années s'était inscrit dans une logique de débudgétisation et de désengagement de l'Etat, la Cour répond clairement par l'affirmative dans deux cas précis que j'ai cités dans mon intervention : le centre national de gestion (CNG) et le comité des œuvres sociales des établissements hospitaliers. Je dois ajouter que la gestion de la fonction publique hospitalière entre complètement dans les compétences de l'Etat. La création du CNG, en tant qu'établissement public, s'apparente à une forme de démembrement et a permis un financement externe complémentaire. Qui plus est, la Cour constate que, dans la plupart des cas, l'assurance maladie n'est là que comme financeur et ne participe pratiquement pas au pilotage des actions menées.

Le fonds d'intervention régional a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et il est à peine entré en fonctionnement ; il regroupe des crédits d'origine diverse (Etat et assurance maladie), qui sont gérés, de manière fongible, par chaque ARS. Lors de l'examen du PLFSS, nous avons le souci de conserver la capacité de suivre les crédits et de disposer de données pour évaluer correctement leur utilisation. Nous devons être attentifs à cette question ; le FIR est un progrès car il tend à limiter l'éparpillement et à donner des marges de manœuvres aux ARS pour mener des politiques locales, mais la transparence doit également être au rendez-vous.

Ce nouveau fonds aura notamment une mission importante en termes de prévention, politique qui doit absolument trouver de l'efficacité et éviter le saupoudrage. Plus largement, la prévention doit être au cœur, en effet, du système de santé et cela commence notamment par une médecine scolaire renforcée, l'éducation étant bien sûr à la base de la prévention.

J'ai présenté, dans mon rapport, un jugement plus nuancé que celui de la Cour sur les centres d'examen de santé de l'assurance maladie. En 2009, elle avait demandé leur reconversion en centres de santé, la fermeture de certains d'entre eux et un pilotage direct de la Cnam. Elle regrette ici que ses recommandations n'aient pas été suivies d'effet et que la Cnam n'ait pas cherché à réduire le coût induit par ces centres. Elle signale néanmoins que la caisse a entrepris de recentrer le dispositif sur les publics précaires qui, d'après les informations que j'ai pu recueillir depuis la présentation de son rapport par la Cour, représentent désormais 50 % des consultations des centres. Comme nombre d'entre vous, je crois que ces centres jouent un rôle important et qu'il ne faut pas les fragiliser.

En ce qui concerne la partie du rapport de la Cour sur la prise en charge des cotisations sociales des praticiens, je rappelle que la plupart des médecins n'ont pas le choix de leur secteur de conventionnement car la convention fixe des critères d'éligibilité à l'inscription en secteur 2. Aujourd'hui, presque aucun généraliste ne s'installe en secteur 2 contre 60 % des spécialistes. On voit bien le problème ! Or, le médecin généraliste doit être au cœur de notre système de santé réorganisé autour de la notion de « parcours de santé », plus que de soins d'ailleurs. Avec un parcours coordonné du début à la fin, de la ville à l'hôpital puis en soins de suite le cas échéant, le patient subira le moins de ruptures et de contraintes, sa qualité de prise en charge en sera améliorée ; qui plus est, les coûts seront réduits pour la collectivité.

Au sujet de l'installation sur le territoire, n'avons-nous qu'un choix entre le fouet et le service du café le matin au petit-déjeuner ? La question est plus complexe et nécessite une réponse globale. Il y a clairement la nécessité d'offrir la possibilité d'une pratique plus collective. La féminisation des professions aboutit également à certaines évolutions.

Catherine Procaccia. - *Faudra-t-il mettre des quotas pour les hommes ?*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Peut-être... Plus sérieusement, il est important de prévoir des périodes longues de stage durant les études dans les cabinets de ville, notamment en zone rurale.*

Il n'est pas question de confier des tâches médicales à des professionnels non formés pour cela mais, à l'inverse, il est assurément possible de décharger les médecins de tâches qui ne le sont pas... Et qui prennent aujourd'hui beaucoup de temps. Je pense également aux sages-femmes qui pourraient aisément se voir confier plus de compétences sans nuire à la qualité de la prise en charge des femmes. Cette réflexion pourrait aussi aboutir à la création de nouveaux métiers, il faut y réfléchir.

Enfin, je rappelle qu'un peu plus de huit cents médecins seulement sont aujourd'hui non conventionnés en France, ce qui montre l'immense intérêt pour le processus de conventionnement, qui solvabilise les patients. Dans ces conditions, l'interdiction complète de l'installation sur certains territoires me semble, à ce stade, inutile.

Annie David, présidente. - *La question des déserts médicaux nécessite en effet une réflexion globale que nous ne manquerons pas d'avoir dans les prochains projets ou propositions de loi, notamment dans le prochain PLFSS.*

La commission autorise, à l'unanimité, la publication du rapport d'information.

ANNEXE III

**ENQUÊTE DE LA COUR DES COMPTES SUR LES DÉPENSES
DE L'ASSURANCE MALADIE (RÉGIME GÉNÉRAL)
HORS PRISE EN CHARGE DES SOINS**



COMMUNICATION

A LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DU SENAT

(ART. L0. 132-3-1 DU CODE DES JURIDICTIONS FINANCIERES)

Les dépenses de l'assurance maladie (régime général) hors prise en charge des soins

octobre 2011

Sommaire

Sommaire.....	3
Avertissement.....	5
Résumé.....	7
Recommandations.....	11
Introduction	13
Chapitre I Des clarifications nécessaires	17
I - Le recentrage encore inachevé du fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS).....	17
A - Une diminution des dépenses liée à des modifications de périmètre	18
B - Un recentrage encore inachevé.....	21
II - Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) : une approche très réductrice de la contribution de l'assurance maladie à la prévention.....	24
A - L'évolution globale des dépenses imputées sur le FNPEIS	24
B - Les dépenses relatives aux centres d'examen de santé	28
III - Les compensations entre régimes : une charge partiellement induite pour le régime général	31
A - Le montant des compensations bilatérales	33
B - Une charge induite de 565 M€ en 2009 pour le régime général.....	35
C - La gestion et le contrôle des compensations.....	36
Chapitre II La difficile maîtrise des contributions de l'assurance maladie aux fonds et entités extérieurs.....	43
I - L'augmentation du nombre de fonds et de structures bénéficiant d'un financement de la branche maladie.....	43
II - Des variations imprévisibles des dotations de la CNAMTS sur les cinq derniers exercices	46

III - Un encadrement insuffisant.....	49
A - Un cadre budgétaire variable selon les dépenses	49
B - Des dotations souvent fixées à un niveau excessif au regard de la situation financière de ces entités	50
C - Une gouvernance insatisfaisante : l'exemple du FMESPP	59
IV - Un partage des compétences et des financements insuffisamment formalisé.....	67
A - Entre l'Etat et l'assurance maladie	67
B - Entre les régimes d'assurance maladie obligatoire.....	72
Chapitre III La prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux : des dépenses à mieux cibler.....	75
I - Un coût élevé.....	75
A - Une stratification de prises en charge.....	76
B - Une charge importante essentiellement supportée par le régime général	85
C - Une application incertaine du droit et des pertes probables pour les finances sociales.	90
II - Une prise en charge de cotisations sociales à mieux cibler.....	94
A - Des objectifs peu lisibles	94
B - Des problèmes méritant un réexamen.....	97
Conclusion	103
Annexes.....	105

Avertissement

Saisine de la Cour

Par lettre du 2 décembre 2010, la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat a demandé au Premier président de la Cour des comptes la réalisation d'une enquête sur les « dépenses à la charge de l'assurance maladie ne correspondant pas, stricto sensu, à des remboursements de soins ».

Une réunion organisée le 17 février avec les services de la commission a permis de préciser le champ de l'enquête, limitée aux comptes du régime général (branche maladie). Il a été décidé d'un commun accord que l'enquête porterait sur l'ensemble des charges techniques autres que les prestations légales, en excluant celles relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles (AT/MP).

Déroulement de l'enquête

Le contrôle a été notifié le 25 février 2011 au directeur de la sécurité sociale, au directeur du budget et au directeur général de la CNAMTS.

Les rapporteurs ont rencontré les responsables compétents des administrations concernées et eu des échanges approfondis avec leurs services.

Ont été également exploités les résultats d'une enquête déjà inscrite au programme de travail de la Cour sur la prise en charge par l'assurance maladie de cotisations sociales dues par les praticiens et auxiliaires médicaux. En effet, la participation de l'assurance maladie au financement de la protection sociale des professionnels de santé fait partie du champ défini en accord avec la commission des affaires sociales du Sénat

Procédure contradictoire

L'enquête a donné lieu à l'envoi d'un relevé d'observations provisoires, le 27 juillet 2011. La présente communication tient compte de la contradiction conduite avec la direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'offre de soins, la direction du budget et la CNAMTS qui ont fait connaître leurs observations à la Cour.

Le présent rapport a été délibéré le 30 septembre 2011 par la sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par M. Antoine Durrleman, président de chambre et composée de Mme Bellon, MM. Braunstein, Diricq, Phéline, Piolé, conseillers maîtres, les rapporteurs étant Mme Stéphanie Bigas-Reboul et M. Daniel Vasseur, conseillers référendaires, et le contre-rapporteur, M. Michel Braunstein, conseiller maître.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 12 octobre 2011 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, premier président, Bénard, procureur général, Picq, Babusiaux, Descheemaeker, Bayle, Bertrand, rapporteur général du comité, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman et Levy, présidents de chambre.

Résumé

En 2010 les charges de gestion technique de la branche maladie se sont élevées à 174,2 Md€ en intégrant les provisions et à 161,9 Md€ hors provisions, dont 140,9 Md€ de prestations légales et 21 Md€ d'autres charges, soit 13 % du total, correspondant à de multiples postes de dépenses hors soins, d'importance et de nature très variables.

Un poste de dépenses très hétérogène

Parmi ces 21 Md€ de dépenses hors soins, le poste le plus important est celui des transferts entre organismes de sécurité sociale dont le montant est de 18,1Md€. Ce montant recouvre d'une part la contribution versée chaque année à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie -CNSA- (12,9 Md€), d'autre part les compensations démographiques (3,4 Md€) et la prise en charge des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés du secteur 1 (1,8 Md€). Les autres postes de dépenses représentent des montants bien moindres qu'il s'agisse des subventions, contributions et participations diverses (839 M€), des actions de prévention (394 M€), des prestations régies par des conventions internationales (360 M€) ou des prestations d'action sanitaire et sociale (221 Md€).

Sur la période 2001-2010, ces charges de gestion technique (en neutralisant l'incidence de la création de la CNSA¹) ont crû de 22 % pour atteindre 8,2 Md€. Cette augmentation est essentiellement due à celle des charges de compensations (+19,5 %, soit 551 M€ d'augmentation) ; de la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (+ 27,2 %, soit 381 M€ d'augmentation) et des autres charges techniques (+ 73,8 %, soit 356 M€ d'augmentation). Ces charges ont donc progressé nettement moins vite que les prestations légales (+50 %).

¹ L'assurance maladie prend en charge des soins en établissements pour personnes âgées et handicapées. Depuis 2006, la CNSA lui rembourse ces soins sur son champ d'intervention (13,950 Md€ en 2010). Comme l'assurance maladie contribue également aux ressources de la CNSA (12,879 Md€ pour le régime général en 2010), ces opérations donnent lieu à des imputations comptables à la fois en charges (soins et contribution à la CNSA) et en produits (remboursements par la CNSA). Le montant net de l'apport de la CNSA au financement des soins en établissements a représenté 1,071 Md€ en 2010.

Ces charges n'ont pas évolué de manière identique. Ainsi, les dépenses financées sur le fonds d'action sanitaire et sociale (FNASS) ont diminué de 28 % au cours de cette période, pour atteindre 303 M€². Cette diminution est essentiellement due à un changement de périmètre, plusieurs dépenses ne relevant pas du secteur sanitaire et social ayant été sorties du champ du FNASS au cours de la COG 2006-2009. En dépit de ce recentrage, le financement sur le FNASS de certaines dépenses apparaît discutable (cures thermales, suivi post-professionnel, dépenses relatives aux unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie -UGECAM-).

A contrario, entre 2000 et 2010, les dépenses du fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) ont plus que doublé pour atteindre 452 M€. Cette évolution est due en partie à des changements de périmètre, avec la prise en charge sur le FNPEIS, à partir de 2006 de la subvention versée à l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), auparavant financée sur le risque. Les centres de santé, dont l'utilité et l'efficacité ont été contestées par la Cour, représentent un tiers de ces dépenses. Pour autant, l'essentiel des dépenses de prévention supportées par l'assurance maladie est pris en charge sur le risque, à hauteur, selon une étude déjà ancienne, de l'ordre de 5,7 Md€ en 2002.

La difficile maîtrise des contributions de l'assurance maladie aux fonds et entités extérieurs

Le nombre de fonds et d'entités financés par la branche a fortement augmenté depuis 2001. En 2010, le montant des engagements de la CNAMTS³ relatifs à ces fonds a atteint 959 M€. Ces dépenses concernent principalement trois secteurs : le secteur hospitalier pour un montant de 201 M€ en 2010, la santé publique pour un montant de 326 M€ et l'optimisation du système de soins pour un montant de 432 M€.

L'évolution de ces charges se caractérise par leur absence de prévisibilité. En effet, si les dépenses financées sur le FNPEIS, le FNASS et le fonds national de gestion (FNG) bénéficient d'un encadrement pluriannuel, tel n'est pas le cas des subventions et dotations financées sur le risque (687 M€ en 2010), souvent hors ONDAM, qui représentent près des trois quarts des dotations versées par la branche maladie. Il

² Il s'agit des dépenses brutes et non des dépenses au sens de la LFSS. Elles correspondent aux dépenses brutes minorées des recettes propres, des produits de cession de la vente d'immeubles, des recettes atténuatives, des plus-values sur cession d'éléments d'actifs et des reprises sur amortissement et provision. Elles s'élevaient à 235 M€ en 2010.

³ Ce chiffre intègre les contributions à la charge de la branche AT-MP.

conviendrait d'encadrer de manière pluriannuelle ces dotations dans le cadre de la COG entre la CNAMTS et l'Etat en intégrant si nécessaire des clauses de réexamen annuel ou semestriel.

Les règles de partage des financements entre l'Etat et l'assurance maladie sont insuffisamment formalisées et ne sont généralement pas vérifiées ex post (sauf pour l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)). Le montant de la dotation de l'assurance maladie n'est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale que pour un nombre restreint de structures. Pour les autres, il est déterminé par simple arrêté ministériel, selon des clés de répartition non homogènes entre régimes d'assurance maladie, voire entre branches d'assurance maladie et AT-MP du régime général. Enfin, le montant de ces dotations est parfois surestimé au regard des crédits réellement consommés, ce qui conduit à la constitution de fonds de roulement trop importants.

Parmi ces charges, certaines constituent en tout ou partie une charge illégitime pour l'assurance maladie. Ainsi, dans le cas des compensations bilatérales, le mode de calcul, qui ne prend pas en compte les montants de cotisation sociale généralisée (CSG) réellement perçus par les régimes, fait peser actuellement une charge indue d'environ 565 M€ sur le régime général. De manière plus marginale, certaines dépenses ont fait l'objet d'un transfert de la part de l'Etat (12 M€ pour le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière - CNG -, 14,5 M€4 pour le comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers - CGOS).

La prise en charge de certaines cotisations sociales dues par les professions de santé : un dispositif peu satisfaisant.

Cette prise en charge concerne les cotisations d'assurance maladie, essentiellement dans le cadre du régime des PAMC (praticiens et auxiliaires médicaux) géré par la CNAMTS, ainsi que les cotisations personnelles d'allocations familiales et à certains régimes de retraite spécifiques (dits ASV, assurance-vieillesse supplémentaire). Cette participation de l'assurance maladie a un coût total élevé de 2 Md€ par an, et représente une contribution non négligeable aux revenus des professionnels de santé libéraux, mais inégale selon les professions, sans qu'il y ait de lisibilité des objectifs aujourd'hui poursuivis au bénéfice des patients ou de l'assurance maladie.

La justification historique de promotion du conventionnement des professionnels de santé a perdu de sa force. Le non-remboursement des

4 Hors contribution de la branche AT-MP.

soins par la sécurité sociale dans un tel cas de figure constitue de toute façon un facteur dissuadant la plupart des professionnels de faire le choix alternatif d'un exercice non-conventionné. Ce dispositif ne contribue pas non plus à limiter les dépassements d'honoraires, qu'il s'agisse de renforcer l'attractivité du secteur 2 ou de peser sur la pratique des dépassements chez les professionnels du secteur 1 quand ils ont la possibilité d'en appliquer. Ainsi, les médecins disposant des titres et remplissant les conditions d'accès au secteur à honoraires différents s'orientent déjà aujourd'hui presque systématiquement vers celui-ci: cette prise en charge a ainsi une efficacité limitée à cet égard.

Au final, ces prises en charge semblent avoir perdu leur vocation originelle, liée à certains objectifs successifs de la politique conventionnelle. Aujourd'hui, leur rôle consiste essentiellement à apporter un complément de revenu aux professionnels de santé concernés - de l'ordre de 18 % des revenus conventionnels pour un médecin généraliste, de 14 % pour un médecin spécialiste, de 8 % pour une infirmière ou un masseur kinésithérapeute -, tout en comportant l'avantage, par comparaison avec les revalorisations d'honoraires, de ne pas s'accompagner d'une hausse du ticket modérateur supportée par les patients.

Le souci d'une meilleure maîtrise et d'une plus grande efficacité de cette dépense milite donc en faveur d'une réforme en profondeur de ces dispositifs. A cet égard, la Cour a recommandé dans le RALFSS 2011 une modulation de ces prises en charge en fonction de la répartition territoriale des professionnels de santé (aux fins de les encourager à s'installer dans les zones les moins pourvues).

Différentes questions, à caractère plus technique, continuent de se poser, malgré un certain nombre d'améliorations récentes. La latitude laissée aux professionnels du secteur 2 quant à leur régime d'assurance maladie - soit celui des PAMC, soit le RSI, selon leur vœu -, en soi très singulière, donne lieu à des pratiques d'optimisation dommageables pour l'assurance maladie.

S'agissant des revenus tirés d'activités n'entrant pas dans le champ de la convention⁵, la LFSS pour 2011 a mis fin à une regrettable obligation de double affiliation et de double déclaration de revenus (au régime des PAMC et au RSI) pour les professionnels concernés. Toutefois, les dispositions n'ont pas été prises pour prévenir une sous-déclaration de ces revenus et/ou des erreurs d'imputation donnant lieu à des prises en charge indues de cotisations sociales.

⁵ Notamment liés à des actes « hors nomenclature », qui peuvent être fréquents chez certains chirurgiens-dentistes ou pédicures-podologues, par exemple.

Recommandations

1- Poursuivre le recentrage du FNASS sur le secteur sanitaire et social, en mettant fin à l'imputation sur ce fonds de certaines dépenses comme les cures thermales, les dépenses relatives aux UGECAM ou les dépenses relatives au suivi post-professionnel ;

2- clarifier les règles d'imputation des actions de prévention et faire évaluer à intervalles réguliers, selon une méthodologie homogène et constante, les dépenses de prévention supportées par l'assurance maladie ;

3- encadrer de manière pluriannuelle, de manière rigoureuse et dans une optique d'économies les dotations versées par l'assurance maladie aux fonds et entités extérieurs, en intégrant si nécessaire des mécanismes de révision annuelle ou semestrielle ;

4- élaborer des règles harmonisées relatives au fonds de roulement des fonds et entités financées par l'assurance maladie ;

5- définir des règles claires de partage de financement entre l'Etat et l'assurance maladie et s'assurer ex post du respect de ces règles ;

6- améliorer le contrôle de l'utilisation des crédits du FMESPP, en particulier des crédits de l'enveloppe dite « nationale », dont le montant devrait également être réduit ;

7- prendre en compte, pour le calcul des compensations bilatérales, le montant de CSG réellement perçu par les régimes, afin de ne pas majorer artificiellement le montant versé par le régime général aux régimes spéciaux ;

8- améliorer la visibilité et la lisibilité de la participation de l'assurance maladie au financement des cotisations sociales en particulier auprès des professionnels concernés, et en accroître l'efficacité, notamment en les modulant en fonction de la répartition territoriale des professionnels de santé (aux fins de les encourager à s'installer dans les zones les moins bien pourvues) ;

9- dans le cas des revenus « non-conventionnés » (et donc non-remboursables) des professionnels de santé (notamment tirés des actes dits « hors nomenclature »), prendre les dispositions nécessaires afin de s'assurer, d'une part, qu'ils en font une déclaration exhaustive auprès des administrations tant fiscales que sociales, d'autre part, que ces dernières n'assument pas à ce titre des prises en charge indues de cotisations ;

10- faire rapidement un bilan de l'assujettissement aux cotisations sociales, depuis la LFSS de 2009, de la plus grande partie des dividendes des sociétés d'exercice libéral (SEL) détenues par des professionnels de santé, afin d'en tirer toutes les conséquences opérationnelles nécessaires, en particulier en vue de la bonne application du droit par ces professionnels.

11- évaluer l'impact financier de la décision⁶ d'élargir l'assiette de prise en charge de cotisations par l'assurance maladie aux rémunérations n'ayant pas le caractère de salaire versées par certaines structures à des professionnels libéraux, ainsi que le nombre de professionnels et les montants de revenus concernés.

⁶ Prise à l'occasion de la loi du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Introduction

Entendues dans le présent rapport, en accord avec la commission des affaires sociales du Sénat, comme les charges de gestion technique autres que les prestations légales, les dépenses du régime général d'assurance maladie hors prise en charge de soins se caractérisent par leur importance très secondaire par rapport aux dépenses de soins proprement dites et par leur extrême hétérogénéité.

En 2010, les charges de gestion technique de la branche maladie du régime général se sont élevées en effet au total à 174,2 Md€ en intégrant les provisions et à 161,9 Md€ hors provisions⁷.

Les prestations légales (140,9 Md€) en représentent l'essentiel, soit 87 % du total (hors provisions), les autres charges n'en constituant que 13 %. Pour autant, leur montant est loin d'être négligeable et atteint 21 Md€.

Cet agrégat regroupe des dépenses d'une très grande diversité, principalement constituées :

- des transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés (18,1 Md€). Ces transferts comprennent principalement la contribution versée à la CNSA depuis 2006 (12,9 Md€, soit 8 % des charges techniques hors provisions), les compensations (3,4 Md€, soit 2,1 % des charges techniques hors provisions), la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) (1,8 Md€, soit 1,1 % des charges techniques hors provisions) ;
- des pertes sur créances irrécouvrables et autres charges techniques (1,1 Md€, soit 0,7 % des charges techniques hors provisions) ;
- des subventions, contributions et participations (839 M€). Les subventions accordées dans le cadre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ou des aides à la télétransmission représentent 347 M€. La contribution au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) se monte à 179 M€. Les participations versées à diverses structures - notamment le centre national de gestion (14,5 M€), l'agence de biomédecine (24,7 M€), la Haute autorité

⁷ Source : comptes combinés de la branche maladie (cf. compte de résultat combiné 2010 à l'annexe 2 et tableau détaillé à l'annexe 3).

de santé (23,4 M€), l'institut national de la transfusion sanguine (8,6 M€), l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS : 144 M€), l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH : 5,7 M€) l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM : 58,8 M€) - s'élèvent au total à 312 M€. Le financement de certaines de ces dépenses par l'assurance maladie, en lieu et place de l'Etat, dans une logique qui visait à permettre au ministère de la santé de disposer des moyens de mieux piloter le système de soins, n'a guère donné lieu à discussion et a toujours été réglé au cas par cas⁸ ;

- des actions de prévention (394 M€) ;
- des prestations régies par les conventions internationales (360 M€) ;
- des prestations d'action sanitaire et sociale (221 M€).

Malgré les apparences, ces charges ont depuis dix ans sensiblement moins progressé que celles directement liées aux soins.

Les charges techniques hors provisions et charges financières⁹ ont progressé de fait de 60,5 % sur la période 2001-2010. Parmi elles, les prestations légales ont connu une augmentation de près de 49,6 %. Compte tenu de leur volume, cette augmentation explique les trois quarts de l'augmentation globale.

Les autres charges ont augmenté de 215 % mais cette augmentation est due notamment au quadruplement des transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés, qui sont passés de 4,6 Md€ en 2001 à 18,1 Md€ en 2010, du fait de la dotation versée par l'assurance maladie à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à compter de l'exercice 2006.

Après neutralisation de cet effet, les charges techniques autres que les prestations légales (hors CNSA, charges financières et provisions) atteignent 8,2 Md€ en 2010, en progression de 22 % par rapport à 2001 soit à un rythme nettement inférieur à celui des prestations légales.

Cette augmentation est essentiellement due à celle :

- des charges de compensations (+ 19,5 %, soit 551 M€ d'augmentation) ;
- de la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (+27,2 %, soit 381 M€ d'augmentation) ;

⁸ Cf infra.

⁹ Les charges financières étaient intégrées dans les charges de gestion technique jusqu'en 2004 inclus.

- des subventions, participations et contributions (+ 73,8 % soit 356 M€).

Les autres postes, bien qu'en croissance, ont eu un impact moins important :

- les prestations des conventions internationales ont augmenté de 105 % (soit + 184 M€) ;
- les actions de prévention ont augmenté de 67 % (soit + 157 M€) ;
- d'un montant nettement plus modeste, la contribution versée à la caisse de prévoyance sociale (CSP) de Mayotte¹⁰, déduction faite des cotisations du régime d'assurance maladie des Mahorais, a été multipliée par cinq entre 2001 et 2010 (soit + 58 M€).

A contrario, les dépenses extralégales relatives à l'action sanitaire et sociale ont diminué de 20,9 % entre 2001 et 2010, essentiellement en raison d'un changement de périmètre, certaines dépenses auparavant financées sur le fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) ayant été transférées sur le risque (cf. infra).

Au-delà de ces constats généraux, la Cour a cherché à analyser plus finement les différentes composantes de ces dépenses et leurs évolutions en centrant son analyse sur les masses financières les plus significatives¹¹. Il lui est ainsi apparu que s'avéraient nécessaires des clarifications dans le périmètre de prise en charge de certaines dépenses (I), qu'une maîtrise beaucoup plus rigoureuse des contributions versées à des organismes très divers était d'autant plus indispensable qu'elles répondent pour une large part à des logiques de transferts de charges de l'Etat (II) et que la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux exigeait d'être réinterrogée dans ses finalités, sinon dans ses montants (III).

¹⁰ La CNAMTS assure une opération de couverture de la dotation annuelle au titre de la participation du régime général au budget hospitalier de Mayotte. Cette contribution s'ajoute à celle réalisée au titre de la compensation intégrale.

¹¹ Ainsi, les prestations des conventions internationales (compte 6565) et les prestations d'allocation de remplacement de revenu des médecins (compte 6568) ne font pas l'objet de développements spécifiques. En effet, les prestations des conventions internationales, qui correspondent au remboursement des soins des assurés prodigués à l'étranger, ont fait l'objet d'une insertion au RALFSS 2010 et constituent l'équivalent « international » des prestations légales.

Chapitre I

Des clarifications nécessaires

Qu'il s'agisse des prestations d'action sanitaire et sociale, des dépenses de prévention ou des transferts de compensation, le périmètre des dépenses supportées par l'assurance maladie apparaît défini avec insuffisamment de rigueur.

I - Le recentrage encore inachevé du fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS)

Les prestations extra-légales de la branche maladie (et de la branche AT-MP) sont financées sur le FNASS dont les missions sont définies par le code de la sécurité sociale¹².

12 L'article R. 262-1 de ce code indique ainsi que le FNASS a pour objet : « 1°) l'attribution à chaque caisse primaire d'assurance maladie et à chaque caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'une dotation annuelle destinée à alimenter en recettes le budget d'action sanitaire et sociale de la caisse et calculée dans les conditions prévues par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-1 ; 2°) la couverture des dépenses d'action sanitaire et sociale propres à la caisse nationale. Ces dépenses ont pour objet : a. l'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement et la gestion d'établissements sanitaires et sociaux rentrant dans les catégories définies par le programme mentionné à l'article R. 261-1 et ayant valeur d'exemple ; b. la création, le développement, la gestion d'institutions, d'œuvres ou de services d'intérêt national relatifs à la lutte contre la maladie ; c. l'attribution de subventions ou de prêts aux institutions ou œuvres à caractère national ; d. l'attribution de subventions aux services ou institutions chargés de l'enseignement, de l'information et de la documentation sur la sécurité sociale ».

A - Une diminution des dépenses liée à des modifications de périmètre

La convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAMTS prévoit en annexe les montants de base du FNASS sur la base d'une programmation pluriannuelle. La COG 2010-2013 ayant été signée le 27 octobre 2010, des budgets provisoires ont dû être mis en place jusqu'à cette date, ce qui a contribué à limiter les dépenses en 2010.

Les dépenses brutes financées sur le FNASS se sont élevées à 303 M€³ en 2010, dont 128 M€ pour l'action sanitaire et sociale proprement dite, 102 M€ pour les actions conventionnelles et 73 M€ pour les opérations en capital.

Les dépenses retracées dans la loi de financement de la sécurité sociale correspondent aux dépenses brutes minorées des recettes propres¹⁴, des produits de cession de la vente d'immeubles, des recettes atténuatives¹⁵, des plus-values sur cession d'éléments d'actifs et des reprises sur amortissement et provision. Elles se sont montées, quant à elles, à 235 M€ en 2010.

Dépenses financées par le FNASS depuis 2000 (en M€)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Action sanitaire et sociale	350	363	418	451	493	435	403	348	207	160	128
Actions conventionnelles	7	27	37	62	63	101	71	90	90	113	102
Virement entre sections (résultat excédentaire de l'exercice)	4	8	29	75	43	70	28	167	27	41	19
Opérations en capital	64	66	84	124	92	115	75	69	71	97	73
A déduire virements entre sections	4	8	29	75	43	70	28	167	27	41	19
Total dépenses brutes	421	457	539	637	647	651	549	507	369	370	303
Dépenses au sens LFSS	357	391	456	513	556	564	474	420	321	279	235

Source : CNAMTS

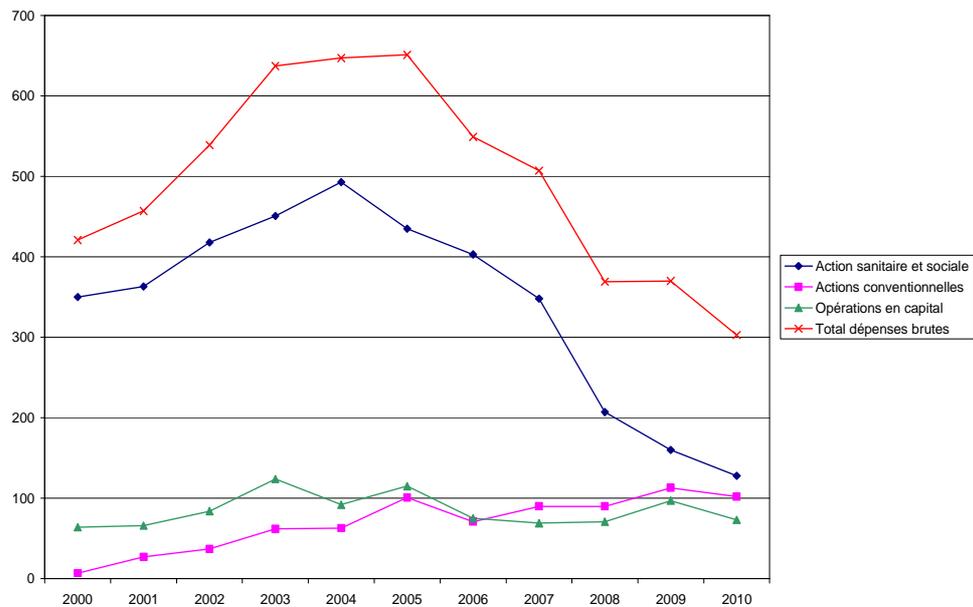
Globalement, les dépenses financées sur le FNASS ont diminué de 28 % sur la période 2000-2010. Alors qu'elles avaient augmenté de 54 % entre 2000 et 2005, elles ont décliné de 53 % depuis cette date.

13 Ce montant diffère de celui présenté dans l'introduction dans la mesure où le FNASS finance, outre les prestations extra-légales, des dépenses en capital et des dépenses relevant de la branche AT/MP.

14 Les recettes propres sont les contributions du RSI et de la CCMSA pour le financement de la formation continue. Elles ont vocation à être transférées au FAC lorsque celui-ci sera opérationnel.

15 Les recettes atténuatives sont constituées des remboursements de prêts et charges par les organismes et de la remontée du produit des amortissements.

Evolution des dépenses brutes financées sur le FNASS (en M€)



Parmi les dépenses financées sur le FNASS16, les dépenses relatives à l'action sanitaire et sociale stricto sensu sont celles qui ont enregistré la plus forte baisse (-63 %).

Cette diminution est due à un changement de périmètre, plusieurs prestations ne relevant pas du secteur sanitaire et social ayant été sorties du champ du FNASS au cours de la COG 2006-2009 :

- les dépenses relatives aux ALD 31 et 32 (245 M€ en 2006). Jusqu'en 2008, les caisses d'assurance maladie prenaient en charge, sur le FNASS, les tickets modérateurs applicables aux malades atteints d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave, hors liste, nécessitant des soins d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (article 71-4 du règlement intérieur des caisses primaires RICP / ALD 31) ainsi qu'aux malades atteints de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant, nécessitant des soins d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (article 71-4-1 du RICP/ ALD 32). Compte tenu de leur nature, de leur caractère obligatoire et de leur augmentation, les crédits inscrits sur cette ligne

16 Le détail de l'exécution du FNASS figure à l'annexe 4.

budgétaire étaient consommés dans leur intégralité et demeuraient insuffisants pour couvrir la totalité des dépenses exposées par les caisses. La LFSS pour 2006 a par conséquent transféré ces prestations sur le risque maladie¹⁷ :

- la prévention bucco-dentaire (environ 2 M€ en 2005) : l'article L. 322-3, 17° du code de la sécurité sociale prévoit la suppression de la participation des assurés pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire prévu par l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique pour les enfants âgés de 6 et 12 ans. Cet examen, connu du grand public sous l'appellation « M'T Dents », a été étendu à l'issue des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes aux tranches d'âge de 9, 15 et 18 ans. Cet examen s'est substitué en 2007 à l'ancien dispositif « Bilan bucco dentaire » (BBD) lancé en 1997. Les consultations et les soins réalisés dans le cadre de ce dispositif sont désormais financés sur le budget du FNPEIS ;
- l'aide à la souscription d'une assurance complémentaire santé (74 M€ en 2008) : l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé (ACS) a été instituée par l'article 56 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et mise en place au 1er janvier 2005. La gestion et le contrôle de ce dispositif ont été confiés au fonds CMU. Jusqu'en 2008, celui-ci recevait une contribution globale du régime général pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Depuis 2009, les dépenses afférentes à cette prestation sont mises à la charge du fonds CMU, avec un financement intégralement assuré par les organismes complémentaires ;
- les crédits relatifs à la formation professionnelle continue conventionnelle (113 M€ en 2009)¹⁸, maintenus sur le

17 Dans l'attente de la parution des textes réglementaires, un crédit de 70 M€ (9/12ème des dépenses prévisionnelles) avait été inscrit au budget à titre transitoire pour l'exercice 2006 et au sein du budget 2007, une ligne de crédits avait été individualisée pour apurer les reliquats des exercices antérieurs (166 M€). Le décret n° 2008-1440 permettant de régulariser la situation relative aux conditions de suppression de la participation de l'assuré aux frais de soins est paru le 22 décembre 2008.

18 La formation professionnelle conventionnelle, financée par l'assurance maladie concerne à ce jour onze professions de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, sages-femmes, biologistes conventionnés, professionnels travaillant dans les centres de santé ainsi que pédicures podologues (à partir de 2009) et

FNASS dans l'attente de la mise en place effective du fonds d'actions conventionnelles (FAC). Celui-ci, créé en 2007, n'a été effectivement mis en place qu'en 2011.

Du fait de ces changements de périmètre, les dépenses d'action sanitaire et sociale ont été recentrées sur :

- les dépenses réalisées à partir de la dotation paramétrique¹⁹ des caisses (108 M€ en 2009 et 83 M€ en 2010), principalement constituée des aides financières individuelles (85 M€ en 2009 hors caisses générales de sécurité sociale) ;
- l'aide à domicile (19 M€ en 2010) ;
- les cures thermales²¹ (10,2 M€). Ces dépenses ont diminué de 25 % depuis 2006 en raison notamment de l'absence de revalorisation depuis 1993 du plafond de ressources permettant la prise en charge de ces prestations. Toutefois, elles ont augmenté dans les DOM.

B - Un recentrage encore inachevé

Le financement de certaines dépenses sur le FNASS demeure discutable. Diverses évolutions complémentaires pourraient utilement contribuer à clarifier son rôle :

- **les dépenses relatives aux cures thermales** constituent des dépenses obligatoires pour les caisses. Cette prestation

pharmaciens (2010). Ces dépenses intègrent essentiellement la prise en charge des frais de structure des organismes gestionnaires (en charge du suivi administratif et budgétaire des formations conventionnelles) et le financement des actions de formation organisées par les organismes de formation (66 M€ en 2009) et l'octroi d'une indemnité pour perte de ressources, versée sous conditions au professionnel de santé participant à une action de formation conventionnelle (47 M€ en 2009). Le montant de cette indemnité est négocié et inscrit dans chaque convention nationale.

19 La dotation paramétrique d'action sanitaire et sociale est une dotation à caractère limitatif allouée aux caisses, qui peuvent décider de son emploi.

20 Cette diminution est largement due à la réforme de l'aide à domicile dans le cadre de la COG 2010-2013. Les dépenses relatives à cette aide, dont certaines étaient auparavant attribuées par les caisses sur leur dotation paramétrique, ont été regroupées sur une ligne spécifique.

21 En application de l'article 3 de l'arrêté du 26 octobre 1995 portant modification de leur règlement intérieur, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) ont la possibilité d'octroyer dans le cadre de leur budget d'action sanitaire et sociale, en sus des prestations légales prévues par la réglementation thermique et prises en charge par le risque maladie (honoraires médicaux et forfait thermaux), des prestations supplémentaires correspondant aux frais d'hébergement et de transport. Ces prestations sont attribuées sous conditions de ressources dès lors que la cure est médicalement justifiée.

pourrait être transformée en prestation facultative, par exemple en l'intégrant parmi les aides financières individuelles, comme la tutelle l'avait déjà proposé en 2003. La règle selon laquelle le curiste a la possibilité de choisir l'établissement de son choix, ce qui accroît les dépenses de transport, pourrait, à cette occasion, être au demeurant aménagée ;

- **l'imputation des dépenses relatives au suivi post-professionnel sur le budget du FNASS est contestable**, dans la mesure où elle concerne la prévention des risques professionnels. Ces dépenses résultent du financement de dispositifs de surveillance post-professionnelle pour des salariés qui ont été exposés au cours de leur activité à des agents et substances cancérogènes et qui sont désormais inactifs. Cette surveillance comprend la réalisation d'examens prévus dans le cadre de protocoles nationaux de suivi. Lorsqu'une anomalie est dépistée à l'issue de ce suivi, des examens complémentaires à visée diagnostique, pris en charge sur le risque maladie, sont réalisés, cette procédure pouvant conduire a posteriori à la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Ce dispositif reste au demeurant méconnu : sur la période 2006-2010, ces dépenses annuelles se sont élevées en moyenne à moins de 0,5 M€²².
- **les prestations supplémentaires facultatives** sont peu utilisées par les caisses (6,2 M€ en 2009), qui privilégient les aides financières individuelles. Par ailleurs, la typologie de ces aides, actualisée en 1995, semble avoir vieilli. La prestation relative à la prise en charge du ticket modérateur représente 69 % du montant total des prestations allouées, les autres étant devenues très marginales²³ ;

²² Pour améliorer l'information du corps médical et des personnes ayant été exposées à l'amiante et les conditions du suivi médical de ces personnes, une expérimentation a été mise en place dans trois régions pilotes (Aquitaine, Rhône Alpes et Normandie) au cours des années 2004-2005 avec notamment l'expérimentation de l'examen par scanner. Ces expérimentations ont été arrêtées en 2006. Une nouvelle étude, dite ARDCO, a été lancée en 2011 afin de suivre la cohorte (4000 personnes) constituée lors de la première expérimentation.

²³ Il existe 13 prestations supplémentaires (PS) facultatives. Outre le complément ticket modérateur, elles concernent le complément frais de transport séjour (PS 2 soit 4 % des aides accordées par les CPAM en 2009), les frais occasionnés par des dons d'organismes (PS 3 soit 0,1 %), le complément frais de séjour hospitalisation (PS 4 soit 6,2 %), la perte de salaire pour enfant malade (PS 5 soit 0,1 %), les indemnités journalières maternité (PS 6 soit 6,8 %), les aides familiales (PS7 soit 0 %), les frais

- l'imputation sur le FNASS, sur une ligne « autres » (2 M€ en 2007), des dossiers des unions pour la gestion des UGECAM en cours de procédure contentieuse n'apparaît pas justifiée.

Les dépenses en capital

Les dépenses en capital (47 M€ en 2010), principalement constituées des opérations d'investissements mobiliers et immobiliers réalisées par les UGECAM pour leurs établissements, sont restées relativement stables au cours de la période 2000-2010.

Jusqu'en 2010, les aides à l'investissement étaient accordées sous forme de prêts à taux zéro. Depuis 2010, conformément à la COG 2010-2013, tout nouvel investissement donne lieu à facturation aux UGECAM par la CNAMTS de frais financiers au taux de refinancement de l'ACOSS auprès de la caisse des dépôts et consignations. Plus généralement, les dépenses d'investissement des UGECAM²⁴ nécessitent d'être mieux régulées, conformément aux récentes recommandations d'une mission IGF/IGAS sur ce sujet.

Par ailleurs, les financements relatifs aux établissements sanitaires et médico-sociaux pour personnes âgées (programmes de médicalisation des établissements sanitaires accueillant des personnes âgées) et programmes de création de places en structures de travail protégé (ESAT) et en faveur d'adultes lourdement handicapés (foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisé), qui s'élevaient à 31 M€ en 2009, n'ont pas été reconduits dans le cadre de la COG 2010-2013.

funéraires (PS 8 soit 1,9 %), l'indemnité complément rééducation fonctionnelle (PS 9 soit 6,6 %), le complément cures thermales (PS 10 soit 0,1 %), le complément ticket modérateur enfant (PS 11 soit 0,1 %), l'allocation décès (PS 12 soit 2,9 %) et le complément maladie chronique maintien à domicile (PS 13 soit 1,3 %).

²⁴ Ces dépenses n'ont pas été analysées dans le cadre de ce rapport, dans la mesure où elles ne sont pas des charges de gestion technique mais des dépenses d'investissement.

II - Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) : une approche très réductrice de la contribution de l'assurance maladie à la prévention

A - L'évolution globale des dépenses imputées sur le FNPEIS

Les dépenses du FNPEIS²⁵ se sont élevées à 452 M€ en 2010. Elles ont plus que doublé entre 2000 et 2010.

Suivi du FNPEIS depuis 2000 (en M€)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépenses	201,7	237,7	235,4	290,8	254,9	315,7	351,7	393,7	430,6	477,3	452,2
Budget définitif	200,1	282,4	307,9	299,2	251,3	360,9	389,7	522,9	582,6	620,8	496,6
Taux d'exécution (%)	100,8	84,2	76,5	97,2	101,4	87,5	90,2	75,3	73,9	76,9	91

Source : CNAMTS – DSS

Les dépenses du FNPEIS ont fortement augmenté en 2006 en raison de l'intégration de la subvention à l'INPES (66,1 M€) dans l'enveloppe FNPEIS. Alors que le comité français d'éducation pour la santé (CFES), précurseur de l'INPES, était financé par le FNPEIS (22,6 M€ en 2001), l'INPES, créé en 2002, a été financé d'abord sur le risque jusqu'à fin 2005 (53,2 M€). L'imputation de la dotation versée à l'INPES sur le FNPEIS à compter de 2006 avait pour objectif de l'encadrer de manière pluriannuelle, après plusieurs années de forte augmentation. Par ailleurs, l'augmentation des dépenses du FNPEIS résulte pour une part de l'imputation sur ce fonds des dépenses relatives à la grippe A (21,7 M€ en 2009).

La reconstitution de l'évolution de ces dépenses, présentée dans le tableau ci-dessous, n'a pas été complètement possible en raison de l'évolution des agrégats budgétaires au cours de la période (notamment s'agissant des dépenses de communication).

²⁵ A la différence du FNASS, le FNPEIS ne concerne pas la branche AT/MP.

Exécution du FNPEIS depuis 2000 (en M€)

libellé des programmes	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ACTIONS NATIONALES							136,0	162,0	170,7	195,3	191,8
Vaccinations	12,4	16,0	16,4	49,0	18,3	48,8	23,6	22,7	20,1	43,7	38,3
- Vaccination anti grippale (yc campagne de communication)	10,7	11,7	12,0	14,5	13,8	14,9	15,1	15,9	13,8	15,2	12,5
- Vaccination ROR (yc campagne de communication)	1,7	4,3	3,1	3,1	4,5	8,9	8,5	6,8	6,3	6,8	6,7
- Vaccination méningite et autres risques	0	0	1,3	31,4	0	25,0	0	0	0	21,7	19,1
Prévention bucco-dentaire	12,1	12,0	15,0	16,5	18,5	22,3	25,1	35,2	45,6	51,5	47,2
Bon usage du médicament :							7,2	8,2	6,6	4,9	9,4
- Antibiotiques / test de diagnostic rapide	0	0	6,8	13,4	8,0	9,3	7,2	8,2	6,6	4,9	9,4
- Autres actions de prévention	NC	NC	NC	NC	NC	NC	0	0	0,0	0	0
Actions de prévention et d'accompagnement											7,3
Entretien de prévention 12/13 ans -16/25 ans.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Consultation des seniors de 70 ans et plus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Contraception d'urgence	0	0	0	0	1,2	1,5	2,0	2,3	2,1	2,6	2,6
Substituts nicotiniques	0	0	0	1,0	0	0	0	15,7	19,5	15,7	16,8
Subventions	30,1	31,5	24,2	16,6	16,8	13,8	78,0	77,7	76,8	76,9	70,2
- CFES	22,1	22,6	8,5	0	0	0	0	0	0	0	0
- INPES	-	-	-	-	-	-	66,1	66,2	66,2	66,2	58,4
- Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant & dépistages des maladies génétiques	4,9	5,7	6,5	7,2	8,5	8,8	8,8	9,7	8,9	8,9	9,8
- Autres	3,0	3,2	9,2	9,4	8,3	5,0	3,1	1,8	1,7	1,8	2,0

ACTIONS LOCALES							73,1	84,9	110,5	128,9	106,4
Dépistage des cancers	18,1	25,2	21,1	21,6	28,3	36,4	38,2	44,4	62,2	76,0	63,4
Dépistage hépatite C	-	3,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Actions territorialisées	5,5	9,9	15,2	24,6	28,0	40,6	34,9	40,5	48,4	52,8	42,9
- dont actions territorialisées dans le cadre des PRSP	5,5	9,9	15,2	24,6	28,0	40,6	34,8	40,4	48,4	52,8	42,9
dont dotations aux caisses / actions de prévention	5,5	9,9	15,2	24,6	28,0	40,6	34,8	9,4	13,6	15,4	5,8
dont GRSP ou ARS (depuis 2010)								31,0	34,8	37,4	37,2
- dont dépistage du saturnisme							0	0	0	0	0
AUTRES							142,6	146,8	149,3	153,1	154,1
Centres d'exams de santé	123,2	124,3	126,9	136,3	134,8	142,9	138,3	143,1	144,3	148,3	149,3
Cetaf							4,2	3,8	5,0	4,7	4,8
TOTAL DEPENSES BUDGETAIRES	201,7	236,8	235,4	290,8	254,9	315,7	351,7	393,7	430,6	477,3	452,2

Source: CNAMTS

Les dépenses de prévention²⁶ imputées sur le FNPEIS se sont élevées à 394 M€ en 2010 et sont constituées principalement :

- des dépenses relatives aux centres d'examen et au CETAF²⁷ (154 M€) ;
- des frais de dépistage des cancers (63 M€)²⁸ ;
- de la subvention à l'INPES (58 M€) ;
- de la prise en charge de l'examen bucco-dentaire (47 M€) ;
- du coût des vaccinations (38 M€) ;
- des dotations aux ARS pour la mise en œuvre d'actions de prévention (37 M€).

La prise en charge des substituts nicotiques depuis 2007 entraîne des dépenses croissantes (17 M€ en 2010).

26 Une récente communication (octobre 2011) de la Cour à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale, consacrée à la prévention sanitaire, a souligné qu'une part importante des dépenses de prévention était financée sur le risque, au même titre que les prestations légales (vaccinations...).

27 Le CETAF est une association créée en 1994 à l'initiative de la CNAMTS pour faciliter l'évolution des missions des centres d'examen de santé en conformité avec les axes de la réforme découlant notamment de l'arrêté du 20 juillet 1992. Le CETAF emploie une soixantaine de personnes. Principalement implanté à Saint-Etienne, siège de l'association, il est aussi présent sur trois autres sites, Villejuif, Maisons-Alfort et Vandœuvre-lès-Nancy. La CNAMTS, après avoir décidé en 2002 de renforcer le CETAF alors constitué de neuf agents pour atteindre un effectif cible d'une centaine de postes fin 2005, a gelé les effectifs à partir de 2006. Alors que la CNAMTS assure le pilotage des centres d'examen de santé, le CETAF offre un appui en termes de moyens à ce pilotage et reçoit pour ce faire une subvention annuelle de la CNAMTS. La Cour a souligné que le CETAF, n'étant pas en situation hiérarchique par rapport aux centres d'examen de santé, rencontre de réelles difficultés dans son rôle d'interfaçage entre la CNAMTS et les centres et ne peut ainsi assumer son rôle de coordination.

28 La diminution des dépenses constatées par rapport à 2009 est en partie due à des aspects budgétaires et comptables : en effet, le FNPEIS n'enregistre plus à partir de 2010 que la seule contribution du régime général (63,4 M€) alors que le chiffre 2009 (76 M€) était inter régimes. Par ailleurs, des reports de paiements sont intervenus sur le début de l'exercice 2011, dus à l'arrivée tardive des dotations définitives et des nouvelles règles d'enregistrement comptable. Enfin, les taux de participation de la population cible aux programmes de dépistage sont en deçà de ceux attendus notamment pour le dépistage du cancer colorectal.

B - Les dépenses relatives aux centres d'examen de santé

Depuis 1946, le code de la sécurité sociale fait obligation aux caisses d'assurance maladie de proposer à l'assuré du régime général et aux membres de sa famille un examen de santé gratuit. C'est ainsi que, pour remplir leurs missions, les organismes de sécurité sociale ont progressivement créé des centres d'examens de santé qui proposent des bilans de santé à leurs ayants droit.

A l'origine, les examens de santé étaient destinés à répondre aux priorités sanitaires d'après-guerre, à commencer par la lutte contre le développement des maladies infectieuses telles que la tuberculose et la syphilis, mais aussi la prévention des maladies carencielles génératrices d'une grande morbidité. Ces examens ont peu évolué dans le temps jusqu'à la parution de l'arrêté du 20 juillet 1992 qui prend en considération les nouveaux besoins de santé de la population, notamment en situation de précarité. Désormais, les examens de santé doivent être tournés prioritairement vers les assurés les plus fragiles.

Les dépenses relatives aux centres d'examens de santé s'élevaient à 154 M€ en 2010, soit un tiers du FNPEIS²⁹. Leur part relative a cependant diminué au cours de la période, puisqu'elles représentaient deux tiers du FNPEIS en 2000.

Ces dépenses ont néanmoins augmenté de 26 % depuis 2000 et de 8 % depuis 2006. Au 1er janvier 2009, le réseau des centres d'examen de santé comptait 112 structures (89 centres d'examens de santé et 23 antennes). Leur nombre ayant fortement augmenté³⁰, la COG 2006-2009 a subordonné l'ouverture de nouveaux centres à un avis préalable de la CNAMTS. La répartition des centres est hétérogène, avec un fort ancrage des centres dans le nord de la France et une absence de ces centres dans certaines parties du territoire (une grande partie du Languedoc-Roussillon...) et/ou dans certaines grandes villes comme Montpellier, Rouen, Nantes.

²⁹ En outre, le budget des centres d'examens de santé peut être abondé par d'autres crédits dans le cadre de leurs actions locales. Le montant de ces recettes externes s'est élevé en 2007 à 7 M€. Il inclut notamment la lecture des tests Hémocult dans le cadre du dépistage organisé des cancers colorectaux, des recettes correspondant au paiement de prestations d'EPS pour le compte d'autres régimes et d'autres partenaires (conseils généraux...).

³⁰ On comptait 76 structures en 1990 et 102 structures en 2000.

La Cour avait, dans le RALFSS 2009, rappelé que la CNAMTS ne s'était investie qu'à partir de 2007 dans le pilotage et le contrôle des centres d'examen de santé. Elle soulignait notamment :

- le caractère insuffisant de la coordination menée au niveau national par la CNAMTS, le CETAF et par l'instance de réflexion sur les CES de l'assurance maladie (IRCESAM)³¹ ;
- l'insuffisance des données relatives aux centres d'examen de santé, notamment en ce qui concerne leurs effectifs ;
- l'utilité contestable de ces centres : les examens périodiques de santé, qui absorbent 90 % de la dotation des centres, ont un bénéfice médical non démontré, sont insuffisamment ciblés sur les populations précaires, disparates d'un centre à l'autre, et d'un coût unitaire croissant.

La Cour recommandait par conséquent de transformer les centres d'examens de santé en centres de santé, là où les besoins sont démontrés et de fermer ceux pour lesquels cette orientation ne peut être envisagée. Elle recommandait également de faire assurer le pilotage de ces centres directement par la CNAMTS.

Ces deux recommandations n'ont pas été suivies et la COG 2010-2013 s'est davantage orientée vers un ciblage de l'activité des CES sur les assurés en situation de précarité³².

La CNAMTS a indiqué que, depuis 2009, les centres s'étaient mobilisés sur le recrutement des personnes « éloignées du système de soins » pour les faire bénéficier prioritairement d'un examen périodique de santé et de services spécifiques : information sur le parcours de soins et accompagnement pour la déclaration du médecin traitant, sensibilisation à l'intérêt des dispositifs de prévention existants, orientation dans le système de soins, mobilisation éventuelle des aides sociales pour l'accès effectif aux soins nécessaires. Le taux de personnes « précaires » aurait atteint 49 % en 2010. Par ailleurs, une

³¹ Mise en place en 2005, cette instance est composée de membres du CETAF, de la CNAMTS, des CPAM et des centres d'examens de santé.

³² La COG indique seulement que « l'assurance maladie continuera et intensifiera le ciblage des examens de santé réalisés par les centres d'examen de santé au bénéfice des populations les plus fragiles (notamment par l'utilisation d'outils tels que le score EPICES) et la modulation du contenu de l'examen en fonction des besoins du consultant. Elle veillera à poursuivre, à cette occasion, l'information et l'accompagnement des assurés fragiles dans le système de santé. »

expérimentation, aux résultats positifs, a été réalisée afin d'offrir une offre de service aux médecins traitants en matière d'éducation thérapeutique des patients diabétiques.

La CNAMTS indique également que « les remontées d'information sur l'activité, les relations humaines et l'exécution des budgets sont opérationnelles et informatisées » et que « le processus budgétaire mis en place en 2011 dans le cadre de l'élaboration des contrats pluri annuels de gestion s'est attaché à commencer à rééquilibrer les moyens budgétaires territoriaux avec pour perspective une couverture relativement homogène des besoins de la population en situation de fragilité ». Ces évolutions mentionnées par la CNAMTS n'ont pas l'objet d'investigations spécifiques. En tout état de cause, elles ne traduisent pas un objectif de diminution de ces dépenses que la CNAMTS doit impérativement se fixer conformément aux recommandations que la Cour a faites sur ce sujet en 2010.

Une part très réduite des dépenses de prévention supportées par l'assurance maladie

Comme la Cour l'a souligné dans une toute récente communication sur la prévention sanitaire à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale, les dépenses de prévention imputées sur le FNPEIS ne représentent qu'une part très marginale de la contribution de l'assurance maladie à la prévention en santé.

La création de ce fonds traduisait le souci d'identifier l'effort de l'assurance maladie dans ce domaine et venait lui reconnaître juridiquement, au-delà de sa fonction traditionnelle de payeur, le rôle d'acteur de santé publique selon une logique qui, au-delà de la symbolique, reflétait également une préoccupation financière de « débudgétisation » de certaines actions à la charge de l'Etat.

Les dépenses du FNPEIS ne rendent cependant pas compte de l'effort financier de l'assurance maladie en faveur de la prévention. Le fonds peut en effet comptabiliser l'intégralité des dépenses consacrées à une action de prévention ou à une partie seulement de celle-ci, voire même l'ignorer complètement. Le FNPEIS finance aussi et retrace des dépenses qui ne correspondent pas à des actes répertoriés dans une nomenclature : charges relatives à l'achat et à la lecture des tests Hemocult®, tests de diagnostic rapide des angines, subventions aux structures de gestion pour le dépistage du cancer du sein (financées à 50 % par l'assurance maladie et à 50 % par l'Etat) etc.

Mais certaines actions peuvent être retracées à la fois dans le FNPEIS et dans le fonds national d'assurance maladie. Il s'agit, par

exemple du remboursement de certains vaccins (grippe, ROR) ou l'examen bucco-dentaire destiné aux enfants ainsi que des actes consécutifs à cet examen. Le remboursement du ticket modérateur se trouve dans le FNPEIS et celui de la part de base dans le fonds national d'assurance maladie. Cette ventilation est peu opérationnelle et incite à des erreurs d'interprétation des comptes du FNPEIS.

Enfin, d'autres dépenses de prévention organisée sont uniquement prises en charge au titre du risque maladie et comptabilisées dans le seul fonds national d'assurance maladie tels les actes médicaux relatifs au dépistage organisé du cancer du sein (mammographies, biopsies) et du cancer colorectal. Il en est de même de l'ensemble des actes de prévention individuelle réalisés par les médecins à l'occasion d'une consultation et remboursés comme des soins.

Aussi, alors que le FNPEIS est souvent considéré comme l'instrument budgétaire et comptable regroupant les principales dépenses de prévention de l'assurance maladie, il n'en finance qu'une part très limitée des dépenses de prévention. L'essentiel de ses dépenses de prévention n'est, en effet, pas individualisé et est remboursé au titre du risque maladie.

D'après des estimations de l'IRDES, fondées sur une analyse des données de 2002,³³ les dépenses de prévention dans la consommation de soins et biens médicaux (CSBM), c'est-à-dire lors de soins hospitaliers de court séjour, de consultations de médecins, de sages-femmes, d'auxiliaires médicaux, de dentistes et à travers la consommation de médicaments, se seraient élevées à près de 5,7 Md€ en 2002, pour l'essentiel prises en charge par l'assurance maladie.

III - Les compensations entre régimes : une charge partiellement induite pour le régime général

Depuis la fin des années 1950, plusieurs compensations, principalement avec le régime général, ont été instaurées afin de faire jouer une solidarité financière entre régimes. La loi du 2 décembre 1974 a tenté de les unifier et de les organiser, mais les compensations bilatérales ont été maintenues pour l'assurance maladie, tandis que la généralisation a seulement permis d'inclure le régime général dans l'ensemble et d'étendre le champ aux régimes de non-salariés.

³³ IRDES, Questions d'économie de la santé. N°111. Juillet 2006. DREES, Etudes et résultats. N° 504. Juillet 2006. IRDES. Les dépenses de prévention en France. Cette étude est la plus récente qui soit disponible et n'a pas été actualisée.

Jusqu'en 2010, l'assurance maladie est concernée par deux types de compensations proprement dites, auxquelles les intégrations financières de régimes dans les comptes de la CNAMTS peuvent en outre être assimilées :

- les compensations bilatérales portent sur les charges de l'assurance maladie et maternité au titre des prestations en nature. Elles ont été établies entre le régime général, d'une part, et des régimes spéciaux de salariés, d'autre part, (SNCF, RATP, militaires, mines, gens de mer, Banque de France et clercs de notaire). Le calcul de la compensation s'effectue en appliquant à chacun des régimes concernés les règles du régime général en matière de cotisations et de prestations : si cette simulation fait apparaître un déficit, le régime général la compense ; dans le cas contraire, c'est le régime spécial qui effectue un versement au profit du régime général ;
- la compensation démographique généralisée, créée par la loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoires.

La Cour, dans le RALFSS 201034, avait critiqué les modalités de calcul de ces compensations et a appelé à une « mise à plat », afin de « *simplifier et améliorer l'équité et la transparence dans les relations entre les régimes* ». Elle préconisait notamment la suppression de la compensation généralisée. La Cour avait toutefois souligné que « *le régime général ne devait cependant pas compenser les efforts contributifs insuffisants d'autres régimes.* »

Dans sa réponse, le directeur de la sécurité sociale indiquait partager le constat de la Cour quant à la complexité atteinte par les mécanismes de compensation généralisée et bilatérales : « *Le haut degré d'intégration financière atteint entre le régime général et les principaux régimes, conjugué avec l'existence de ressources garantissant l'équilibre financier des régimes non intégrés, justifient que soit mise rapidement en chantier le démantèlement de ces mécanismes.* »

La principale mesure intervenue depuis est la suppression de la compensation généralisée par la LFSS pour 2011. Les compensations bilatérales n'ont pour le moment pas évolué.

La suppression de la compensation généralisée

L'article 30 de la LFSS a supprimé, à l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale, la référence aux charges de l'assurance maladie et maternité au titre des prestations en nature. La compensation généralisée ne porte donc désormais plus que sur les charges de l'assurance vieillesse au titre des droits propres.

Par ailleurs, le même article s'attache à assurer la neutralité de l'opération, en substituant aux transferts de compensation généralisée d'assurance maladie de nouveaux flux financiers entre les régimes. En lieu et place de la compensation, une fraction de 30,89 % du produit de la C3S (soit 1,3 Md€ en 2011) est ainsi affectée à la branche maladie du régime des exploitants agricoles, correspondant au montant de compensation que devait verser le RSI. Jusqu'alors le produit de cette contribution était prioritairement attribué aux différentes branches des régimes des indépendants (RSI maladie, RSI vieillesse artisans, RSI vieillesse commerçants et régime complémentaire des entrepreneurs du bâtiment et des travaux publics).

Toutefois, l'affectation de plus de 1,3 Md€ au seul régime des exploitants agricoles est supérieure au montant de compensation généralisée maladie qui devait lui être versé en 2011, à savoir 966 M€. Afin d'assurer la neutralité de l'opération, la répartition du produit des droits sur les tabacs est modifiée à compter de 2011 : la part attribuée à la branche maladie du régime des exploitants agricoles est réduite de 3,24 %, soit 348 M€ en 2011, tandis que la part attribuée à la CNAMTS est majorée à due concurrence.

Il aurait été concevable d'affecter simplement au régime agricole et au régime général la part respective de C3S provenant du RSI. Il a été cependant préféré de conserver le principe d'une affectation exclusive de la C3S à des régimes de non-salariés.

Par ailleurs, s'agissant des régimes maladie autres que le régime général, le régime des exploitants agricoles et le RSI, certains d'entre eux sont équilibrés par le régime général, de telle sorte que les incidences financières de la suppression de la compensation généralisée maladie sont nulles par construction ; pour les régimes restants (SNCF, RATP et clercs de notaire), elles peuvent être considérées comme négligeables, puisqu'elles s'élèvent au maximum à 0,3 % de leurs recettes.

A - Le montant des compensations bilatérales

Les compensations bilatérales entre la branche maladie du régime général et certains régimes spéciaux de salariés sont, pour certaines, antérieures à la compensation généralisée : elles ont été instituées en 1971 pour la SNCF et en 1972 pour les régimes des mines (caisse autonome

nationale de sécurité sociale dans les mines -CANSSM-), des marins (établissement national des invalides de la marine -ENIM-) et de la RATP. Elles ont ensuite été étendues à d'autres régimes (caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF - CPRPSNCF-, caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires - CRPCEN-).

Il s'agit, à la différence des compensations généralisées, d'une juxtaposition de transferts entre le régime général et chacun des régimes spéciaux de salariés.

En application de ce mécanisme, le régime général prend à sa charge le déficit (ou enregistre un produit en cas d'excédent), pour ce qui concerne les prestations en nature, que le régime spécial aurait constaté s'il avait appliqué les règles du régime général : les charges des prestations légales du régime spécial sont ainsi simulées en appliquant les taux de remboursement du régime général et les produits sont évalués à partir des différentes contributions et de la masse salariale, à laquelle sont appliqués les taux de cotisation du régime général.

La mise en œuvre de ces mécanismes de compensation a donné lieu, pour les années 2008 et 2009, aux transferts suivants avec le régime général.

**Transferts de compensation bilatérale maladie entre régimes
d'assurance maladie en 2008 et 2009 (en M€)**

	2008	2009
Régime général	1 656	1 781
Mines	- 998	- 1063
CPRPSNCF	- 665	- 695
RATP	29	36
Marins	- 102	- 106
CRPCEN	80	47

Source : commission de compensation – Fascicules 2008 et 2009.

Deux régimes sont (faiblement) contributeurs : la CRPCEN et le régime de la RATP. Trois régimes bénéficient des compensations bilatérales : l'ENIM pour un montant faible et essentiellement la CPRP SNCF et le régime des mines.

Le cumul des transferts (1 656 M€ en 2008, 1 781 M€ en 2009) est à la charge du régime général.

B - Une charge indue de 565 M€ en 2009 pour le régime général

Dans le RALFSS 2010, la Cour avait souligné que « ces transferts ne sont pas dans les faits calculés selon les dispositions réglementaires : pour leur détermination, en effet, ce n'est pas la CSG réellement perçue par les régimes qui est prise en compte dans les ressources, mais le montant de la cotisation salariale que les régimes auraient perçue si la CSG n'avait pas été instaurée. Cette façon de procéder, d'ailleurs non conforme aux dispositions réglementaires, conduit à minorer, pour le calcul du montant de compensation bilatérale, les ressources réelles des régimes et fait ainsi supporter à la CNAMTS une charge injustifiée dont le montant s'élève, pour l'année 2008, à 471 M€. »

En 2009, cette charge injustifiée s'est élevée à 564,5 M€.

Ecarts sur la CSG prise en compte pour les calculs des compensations bilatérales en 2009 (M€)

	CSG attribuée au régime	CSG attribuée au régime et affectée au risque maladie	« CSG calculée » prise en compte pour la compensation	Ecart
CPRP SNCF	627,1	600,6	285,0	315,6
CANSSM	209,8	200,9	13,8	187,1
RATP	112,1	107,4	89,6	17,8
CRPCEN	128,3	122,9	78,8	44,1
ENIM	87,3	83,6	41,8	41,8
Total	1164,6	1115,3	509,0	606,3

Note : pour obtenir le montant pris en charge de façon injustifiée par le régime général (564,5 M€), il faut retrancher du montant total (606,3 M€) l'écart relatif au régime des marins (41,8 M€), qui reste in fine à la charge de la CNAMTS, le déficit du régime des marins étant par ailleurs supporté par le régime général.

Source : fascicule de compensation 2009 et arrêté du 18 décembre 2009.

La Cour avait recommandé de rendre conforme à la réglementation, dès 2010, le calcul des compensations bilatérales maladie.

Un amendement parlementaire au PLFSS pour 2011 a procédé à la mise à jour des textes relatifs à la compensation bilatérale maladie en supprimant les dispositions relatives aux régimes qui, depuis leur intégration au régime général, n'étaient plus dans le champ de la compensation bilatérale, à savoir la banque de France et les gens de mer.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit par ailleurs en son article 3] une disposition visant, d'une part, à encadrer le mécanisme de compensation bilatérale maladie par une règle de plafonnement des transferts nets permettant d'éviter qu'un régime lui-même déficitaire ne contribue plus que nécessaire à l'équilibrage d'un autre régime, d'autre part, à réaffirmer la nécessité pour les régimes spéciaux parties au mécanisme de compensation bilatérale maladie de distinguer dans leurs comptes ce qui relève du régime de base d'assurance maladie et ce qui relève du régime spécifique.

Selon la direction de la sécurité sociale, « ces deux mesures contribueront au renforcement de l'équité entre régimes, à clarifier le périmètre des ressources et prestations à prendre en compte dans le calcul des transferts de compensation, ainsi qu'à fiabiliser les données disponibles sur la base desquelles sont calculés ces transferts.

A ces mesures s'ajoutera en 2013 l'intégration financière de la branche maladie du régime des mines.

Un écart entre la CSG prise en compte pour les calculs de compensations bilatérales et la CSG perçue effectivement par les régimes spéciaux serait donc à réduire des effets de la première mesure (pour près de 100 M€), mais aussi de l'écart propre au régime des mines ».

Si la première mesure devrait effectivement alléger la charge pesant anormalement sur le régime général de l'ordre de 100 M€ en 2012, l'intégration financière de la branche des mines ne supprimera pas réellement la dépense supportée par lui, le déficit cumulé du régime des mines étant à compter de 2013 repris in fine par le régime général.

C - La gestion et le contrôle des compensations

1 - Des calculs de compensation en encaissement/décaissement

Les compensations s'élevaient à 3,37 Md€ en 2010, dont 1,95 Md€ pour les compensations bilatérales.

Charges de compensations (comptes 567111)

	Solde net 2008	Solde net 2009	Solde net 2010
Compensation généralisée	40 681 475	155 281 498	168 772 334
Acomptes régimes créanciers	18 200 000	0	0
Régulation définitive	22 481 475	155 281 498	168 772 334
Compensations bilatérales	1 793 656 081	1 838 859 066	1 947 085 442
Acomptes régimes créanciers.	1 752 000 000	1 798 000 000	1 849 000 000
- Acomptes-SNCF	682 000 000	642 000 000	696 000 000
- Acomptes gens de mer	108 000 000	95 000 000	110 000 000
- Acomptes régime minier	962 000 000	1 061 000 000	1 043 000 000
Régulation définitive	41 656 081	40 859 066	98 085 442
- SNCF			52 983 642
- gens de mer			11 041 554
- Régime minier	38 644 106	35 866 061	2 294 204
- RATP	0	4 993 005	2 936 294
- Banque de France	3 011 975	0	
- Clercs de notaires	0	0	28 829 748
Compensations intégrales	1 203 720 800	1 161 210 714	1 251 902 997
CAVIMAC	118 311 811	109 790 368	116 758 075
Régime agricole salariés	807 500 026	796 413 213	715 277 520
Régime agricole non salariés	0	0	222 675 440
ENIM	212 949 705	199 899 313	140 183 777
CPS ST Pierre et Miquelon	19 318 387	20 507 927	20 535 481
Compensations autres	45 640 870	34 599 893	36 472 704
TOTAL COMPENSATIONS	3 038 058 356	3 155 351 278	3 367 760 773

Source : comptes 2008, 2009, 2010 (balance combinée)

Toutefois, ces données comptables ne permettent pas de connaître les compensations réellement à la charge de la branche maladie en année N dans la mesure où, comme cela avait été souligné dans le RALFSS 2010, les calculs des montants des compensations démographiques continuent d'être réalisés en encaissement/ décaissement alors même que la comptabilité des organismes de sécurité sociale est tenue en droits constatés :

- contrairement aux principes comptables, les acomptes reçus ou versés sont enregistrés en cours d'année en produit ou en charge en compte de résultat, alors qu'il conviendrait de réactualiser les estimations puis de les

enregistrer comme des produits ou des charges, sur la base d'estimations réactualisées à la clôture de l'exercice ;

- les prestations de référence définies pour la compensation généralisée et les prestations prises en charge par la CNAMTS dans le cadre des compensations bilatérales sont calculées en encaissement/décaissement, donc sans tenir compte des provisions pour risque et charge (prestations de l'année non encore remboursées par les régimes à la fin de l'exercice).

Dans sa réponse, l'administration avait indiqué n'être « *pas opposée à l'idée de modifier les montants provisoires de compensations de N en fin d'année pour limiter l'impact comptable de la régularisation en N+1, avec ou sans impact sur les acomptes fixés pour N, et en conservant un dispositif commun à tous les régimes concernés ayant fait l'objet d'échanges au sein de la commission de compensation.* » Cette évolution est intervenue en 2010 avec une révision des acomptes en fin d'année.

En revanche, s'agissant du calcul des montants effectués en encaissement/décaissement et donc sans prise en compte des dotations aux provisions, un réexamen de cette pratique poserait, selon la direction de la sécurité sociale, le problème du maintien de l'équilibre global des transferts entre régimes.

2 - Des erreurs et approximations nombreuses et significatives

La détermination des montants des transferts de compensation nécessite la connaissance d'un nombre réduit de paramètres pour chacun des régimes (effectifs des cotisants « actifs », masse salariale pour les régimes de salariés, prestation moyenne calculée pour les bénéficiaires objets du dénombrement...).

Le RALFSS 2010 a souligné que les règles nécessaires à la détermination de ces paramètres par les régimes n'ont pas toutes encore été suffisamment explicitées ou actualisées. C'est notamment le cas lorsque les paramètres sont déterminés à partir d'estimations qui auraient dues être régulièrement revues et qui ne l'ont pas été. Ainsi, notamment :

- le nombre de bénéficiaires des régimes d'assurance maladie est calculé, pour tenir compte des affiliations dans deux régimes différents et des doublons intra-régimes, en abattant d'un coefficient le nombre total des bénéficiaires gérés. Ce coefficient a été calculé en 1991 sans être actualisé depuis ;

- les règles de calcul de la prestation moyenne n'ont pas été explicitées. Elles diffèrent donc d'un régime à l'autre ;

- les affiliations rétroactives de cotisants ne sont pas prises en compte, notamment pour les travailleurs indépendants, alors que les radiations rétroactives le sont, minorant ainsi le nombre de cotisants ;

- certains bénéficiaires de droits dérivés sont pris en compte, sous prétexte qu'ils auraient pu bénéficier d'un droit propre.

Par ailleurs, des erreurs ont été relevées pour certains paramètres. Il s'agit notamment de :

- la masse salariale des cotisants du régime général qui, depuis plusieurs années, est mal calculée. Elle est sous-évaluée de l'ordre de 2 % et conduit à réduire les compensations démographiques à la charge de la CNAVTS et de la CNAMTS ;

- la masse salariale du régime des agents des collectivités locales et de la fonction publique hospitalière, qui a été surévaluée de 2001 à 2006 de 2,6 % en moyenne.

Enfin, certaines règles sont contestables. Il s'agit principalement du dénombrement des cotisants du régime général, qui est effectué à partir des données de l'INSEE (le total de la population française pour ce qui concerne l'assurance maladie), desquelles sont déduits les effectifs des autres régimes. Cette façon de procéder rend les effectifs du régime général dépendants autant des changements de méthode d'évaluation de l'INSEE que de l'évolution propre du régime.

————— *CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS* —————

Alors que les prestations légales ont connu une augmentation d'environ 50 % entre 2001 et 2010, pour atteindre 141 Md€, les autres charges techniques (hors provisions et charges financières et hors contribution à la CNSA) ont progressé à un rythme moindre (22 % par rapport à 2001) pour atteindre 8,2 Md€. Ces dépenses hors prise en charge de soins se caractérisent donc par leur importance très secondaire par rapport aux prestations de soins et par leur extrême hétérogénéité.

L'augmentation constatée est essentiellement due à celles des charges de compensations (+19,5 %, soit 551 M€ d'augmentation), de la prise en charge des cotisations des PAM (+ 27,2 %, soit 381 M€ d'augmentation) et des autres charges techniques (+ 73,8 %, soit 356 M€ d'augmentation).

L'examen de ces charges montre la nécessité de clarifier le périmètre de plusieurs de ces postes de dépenses.

Les dépenses financées sur le FNASS ont diminué de 28 % sur la période 2000-2010. Cette diminution est largement due à un changement de périmètre, plusieurs dépenses ne relevant pas du secteur sanitaire et social ayant été sorties du champ du FNASS au cours de la COG 2006-2009. En dépit de ce « recentrage », le financement sur le FNASS de certaines dépenses peut encore être discuté.

Entre 2000 et 2010, les dépenses de prévention du FNPEIS ont certes plus que doublé pour atteindre 452 M€ mais elles ne représentent qu'une petite partie de l'ensemble des dépenses de prévention qui, selon les dernières estimations disponibles, sont de l'ordre de 5,7Md€. Au niveau du FNPEIS, l'utilité et l'efficacité des dépenses relatives aux centres d'examen de santé (environ un tiers des dépenses) ont été contestées par la Cour.

En ce qui concerne les charges de compensation, plusieurs évolutions favorables sont intervenues depuis la publication du RALFSS 2010, dans lequel la Cour avait critiqué les compensations interrégimes : la compensation généralisée a été supprimée et les acomptes sont désormais révisés en fin d'année.

Toutefois, toutes les recommandations de la Cour n'ont pas encore été suivies d'effet. En particulier, le mode de calcul des compensations bilatérales continue de faire peser une charge injustifiée (évaluée à 565 M€ en 2009) sur le régime général.

Alors que les prestations légales ont connu une augmentation d'environ 50 % entre 2001 et 2010, pour atteindre 141 Md€, les autres charges techniques (hors provisions et charges financières et hors contribution à la CNSA, ont progressé à un rythme moindre (22 % par rapport à 2001) pour atteindre 8,2 Md€. Ces dépenses hors prise en charge de soins se caractérisent donc par leur importance très secondaire par rapport aux prestations de soins et par leur extrême hétérogénéité.

L'augmentation constatée est essentiellement due à celles des charges de compensations (+19,5 %, soit 551 M€ d'augmentation), de la prise en charge des cotisations des PAM (+ 27,2 %, soit 381 M€ d'augmentation) et des autres charges techniques (+ 73,8 %, soit 356 M€ d'augmentation).

C'est pourquoi la Cour recommande de :

1- Poursuivre le recentrage du FNASS sur le secteur sanitaire et social, en mettant fin à l'imputation sur ce fonds de certaines dépenses

comme les cures thermales, les dépenses relatives aux UGECAM ou les dépenses relatives au suivi post-professionnel ;

2- prendre en compte, pour le calcul des compensations bilatérales, le montant de CSG réellement perçu par les régimes, afin de ne pas majorer artificiellement le montant versé par le régime général aux régimes spéciaux ;

3- clarifier les règles d'imputation des actions de prévention et faire évaluer à intervalles réguliers, selon une méthodologie homogène et constante, les dépenses de prévention supportées par l'assurance maladie.

Chapitre II

La difficile maîtrise des contributions de l'assurance maladie aux fonds et entités extérieurs

La branche maladie du régime général apporte des concours à de très nombreux fonds et entités extérieurs dans des conditions qui dénotent une absence préjudiciable de politique d'ensemble.

I - L'augmentation du nombre de fonds et de structures bénéficiant d'un financement de la branche maladie

En 2001, la branche maladie finançait un nombre relativement limité d'organismes. Elle apportait des subventions (290 M€, notamment pour le fonds d'aide à la qualité des soins de ville -FAQSV-35), une contribution au fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES -75,4 M€-) et au fonds de modernisation des cliniques privées (94,2 M€), ainsi que des concours à trois organismes : l'établissement national de transfusion sanguine (5,8 M€), l'établissement français des

35 Le FIQCS est issu de la fusion, en 2007, de ce fonds et de la dotation régionale de développement des réseaux.

greffes (7,1 M€) et l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES -10,1 M€-).

Depuis cette date, le nombre de fonds et d'entités financés par la branche a fortement augmenté. En 2002, se sont notamment ajoutées les subventions à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM, à l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)³⁶ et à l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH -1,2 M€ en 2002-).

En 2008, le montant des subventions a fortement augmenté du fait de la subvention à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS - 148 M€).

La loi HPST du 21 juillet 2009 met à la charge de l'assurance maladie le financement des dépenses de fonctionnement et de prévention des agences régionales de santé (ARS), ainsi que de leurs dépenses d'installation par le biais d'un fonds de concours. La LFSS pour 2010 a prévu par ailleurs sa contribution au financement du système ANTARES³⁷.

Désormais, la branche maladie contribue, sur divers fonds et comptes, au financement du FIQCS, du FMESPP³⁸ et d'un grand nombre de structures, de nature extrêmement variée³⁹ :

- des autorités indépendantes ou des établissements publics : l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), le centre national de gestion (CNG), l'agence de biomédecine⁴⁰, la Haute autorité de santé (HAS), l'institut national de transfusion sanguine (INTS), l'EPRUS, l'ATIH, l'ONIAM ;
- le centre de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers (CGOS), association de loi 1901 ;

³⁶ A compter de 2006, la dotation au FMESPP a été financée sur le FNPEIS.

³⁷ L'article 60 de la LFSS pour 2010 a prévu la contribution, pour un montant défini par arrêté, des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'équipement et du fonctionnement du dispositif d'interconnexion ANTARES dans les établissements de santé autorisés à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente. Un projet d'arrêté fixant la dotation à 9,54 M€ pour l'exercice 2010 a été présenté au conseil de la CNAMTS du 9 décembre 2010. L'arrêté n'étant toujours pas paru, aucun versement n'a été effectué à ce jour.

³⁸ Le FMESPP est issu de la fusion du FMES et du fonds de modernisation des cliniques privées.

³⁹ Le détail des fonds et structures financés par le régime général est présenté dans l'annexe 5.

⁴⁰ L'agence de biomédecine a succédé à l'établissement français des greffes en 2005.

- l'union nationale des professionnels de santé (UNPS).
- des groupements d'intérêt économique ou à des groupements d'intérêt public : le GIE SESAM-VITALE⁴¹; le GIP ASIP santé⁴², issu de la fusion des GIP cartes professionnels de santé (GIP CPS) et dossier médical personnel (GIP DMP) ; le GIP institut des données de santé (GIP IDS)⁴³ ; le GIP modernisation des déclarations sociales (GIP MDS)⁴⁴. L'ensemble de ces contributions s'est élevé à 96 M€ en 2010 ;
- l'INPES (58,4 M€ en 2010) ;
- l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC) financée sur le FNASS (comme l'ensemble des dépenses relatives à la formation conventionnelle continue) pour un montant de 42 M€ en 2010 ;
- les ARS (143,5 M€ en 2010). Ces financements regroupent les frais d'installation des ARS (24 M€ en 2010), les dépenses de prévention imputées sur le FNPEIS (7,2 M€ en 2010, pour 9 mois d'activité) et la contribution aux frais de gestion, imputée sur le fonds national de gestion - FNG - (112,3 M€ en 2010, pour 9 mois d'activité, contre 5,2 M€ en 2009 pour les ARH).

Au total, le montant des charges de la CNAMTS⁴⁵ relatives à ses contributions à des fonds et organismes a atteint 802 M€ en 2010, hors FIQCS⁴⁶, et 959 M€ en l'intégrant.

Au-delà de cette très grande hétérogénéité des organismes concernés, les dépenses ainsi supportées par la branche maladie concernent principalement trois secteurs :

41 La contribution de la CNAMTS à ce GIP est imputée sur les comptes 84/231833 "Avances et acomptes sur matériels informatiques", 84/6552388 "Autres contributions de gestion administrative", 55 et 56/4522388 "CPAM- opération diverses à recevoir".

42 Les contributions relatives aux cartes des professionnels de santé sont imputées sur le compte 84/6552388, celles concernant le dossier médical personnel figurent sur le compte 120/6553811 "subventions accordées-expérimentation soins de ville".

43 La contribution de la CNAMTS à ce GIP est imputée sur le compte 84/6552388 « autres contributions de gestion administrative ».

44 Idem.

45 Ce chiffre intègre les contributions à la charge de la branche AT-MP. Pour connaître le détail des charges supportées par la seule branche maladie, voir annexe 3.

46 Hors FIQCS, seule la part de la dotation au GIP ASIP financée sur le FIQCS étant prise en compte.

- **le secteur hospitalier** (FMESPP, CNG, CGOS, ATIH, ANAP), pour un montant de 201 M€ en 2010 ;
- **la santé publique** (INPES, ABM, EPRUS, HAS, INTS, ONIAM, crédits de prévention des ARS), pour un montant de 326 M€ ;
- **l'optimisation du système de soins** (FIQCS, ARS -hors dépenses de prévention-), GIP CPS, GIP ASIP santé, GIE SESAM-VITALE, GIP MDS, UNPS, OGC, ANTARES), pour un montant de 432 M€⁴⁷.

Au vu de cette répartition et au regard des modalités de gestion utilisées où l'assurance maladie est en règle générale réduite à un rôle de financeur obligé et passif et où les décisions appartiennent en fait au ministère de la santé, il apparaît clairement que la multiplication des fonds et entités extérieurs financés par l'assurance maladie s'inscrit dans une logique où l'assurance maladie prend le relais de crédits d'Etat pour permettre au ministère de la santé de disposer des moyens nécessaires à sa politique.

Dans ce contexte, il est d'autant plus impératif d'encadrer strictement ces dépenses notamment celles financées sur le risque hors ONDAM, car celles-ci entraînent une dynamique de croissance que le déficit actuel de l'assurance maladie impose de réguler.

II - Des variations imprévisibles des dotations de la CNAMTS sur les cinq derniers exercices

Les dotations de la CNAMTS aux fonds et entités ont augmenté de 15 % sur les cinq derniers exercices (802 M€ en 2010, contre 697 M€ en 2006).

Cette évolution globale masque toutefois des effets de transfert. En effet, hors ARS, le montant global des dotations est stable par rapport à 2006.

Elle est surtout non linéaire : elle a fortement varié sur la période en fonction de la dotation au FMESPP (319 M€ en 2007, 171 M€ en

⁴⁷ Ce chiffre n'intègre pas la dotation à ANTARES, cette charge n'ayant finalement pas été mise à la charge de l'assurance maladie faute de parution des textes d'application. Par ailleurs, il tient compte du fait qu'une partie de la dotation au GIP ASIP santé est financée sur le FIQCS.

2008) et de celle à l'EPRUS (148 M€ en 2006 et 2007, 47 M€ en 2008, 292 M€ en 2009, 144 M€ en 2010 et 17 M€ en 2011⁴⁸). L'évolution des charges de subvention et de contributions se caractérise ainsi essentiellement par son absence de prévisibilité.

Par ailleurs, la situation est contrastée entre les structures. Certaines ont connu une hausse de leur financement par la CNAMTS sur la période 2006-2010. C'est le cas de l'ATIH (+ 123 %), de l'ONIAM (+ 68 %) ou de l'agence de biomédecine (+ 54 %). A l'inverse, d'autres structures ont connu une baisse des contributions de l'assurance maladie. C'est le cas de l'OGC (-16,3 %) et de l'INPES (- 11,75 % sur 2006-2010). Comme on le verra infra, ces évolutions contrastées peuvent être mises en rapport avec les modalités d'encadrement de ces dépenses (financement sur le risque hors ONDAM, notamment).

48 Après une forte période de croissance des dotations de l'EPRUS, la LFSS pour 2011 a prévu une restitution de crédits de la part de l'EPRUS à l'assurance maladie, à hauteur de 336,1M€ pour l'ensemble des régimes (cf.infra).

Charges enregistrées par la CNAMTS pour financer des fonds ou entités extérieurs (en M€)

	Nom Abrégé	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Entités financées par la branche maladie et/ou la branche ATMP	ANAP	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	33,3	Non connu à ce jour
	ATIH	2,6	3,1	4	4,9	5,8	Non connu à ce jour
	GMSIH		2,1	6,1	6,1	Cf. ANAP et ASIP Santé	Cf. ANAP et ASIP Santé
	ANTARES	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	9,54M€ dans le projet d'arrêté soumis à la COR	Pas de dotation prévue en LFSS 2011
	ARS	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	143,5 (9 mois)	180,5 (FNG : 143; FNPEIS : 7,5)
	BIOMEDECINE	16,2	17	19,2	21,5	24 ,9	Non connu à ce jour
	CGOS	Sans objet	Sans objet	Sans objet	23,8	12	Non connu à ce jour
	CNG	Sans objet	5,9	17,1	17,1	14,7	Non connu à ce jour
	EPRUS	148	148	46,8	292,2	144	17
	FMESPP	276,5	319	171,04	164	135,6	297,3
	HAS	16,3	1,7	11,9	24,6	23,55	23,4
	INTS	7	7,3	7,8	8,2	8,6	8,7
	GIP ASIP SANTE	Sans objet	Sans objet	Sans objet	36,521	64,877	75 (FNG : 19 ; FIQCS : 56)
	GIP CPS	15,037	15,707	16,257	12,806	Cf. ASIP santé	Cf. ASIP santé
	GIP DMP	32	23,561	15	14,4	Cf. ASIP Santé	Cf. ASIP Santé
	GIP IDS		0,199	0,297	0,335	0,390	0,335
	GIP MDS	0,985	1,180	1,143	1,181	1,186	1,35
	GIE SESAM VITALE	31,522	28,044	28,623	32,518	29,119	32,55
	INPES	66,153	66,2	66,2	66,2	58,4	58,7
	OGC	50,003	66,382	66,309	78,181	41,853	75,66 (sur le FAC à partir de 2011)
ONIAM	35,3	54,1	59	99,8	59,3	38,2	
UNPS	0,2	0,61	0,50	0,50	0,70	Non connu	
	TOTAL	697,08	760,083	537,269	904,842	801,775	
	Dont financements sur le risque hors ONDAM	225,6	239,81	172,4	498,7	326,85	

Source : CNAMTS

III - Un encadrement insuffisant

A - Un cadre budgétaire variable selon les dépenses

Seules les dépenses financées sur le FNPEIS (65,5 M€), le FNASS (42 M€) et le FNG (164M€) sont soumises à un encadrement pluriannuel, dans le cadre d'une annexe de la convention d'objectifs et de gestion.

Or, les concours aux fonds et entités financés par la branche maladie sont aussi imputés sur le risque, à la fois dans l'ONDAM et hors ONDAM, comme le fait apparaître le tableau ci-après.

Répartition des financements par imputation

Imputation	Fonds ou entités	Financement reçu de la CNAMTS en
Risque	Risque hors ONDAM	350,85
	EPRUS	144,00
	ONIAM	59,30
	Agence de biomédecine	24,90
	ANAP	33,30
	ARS (fonds de concours)	24,00
	HAS	23,55
	CNG	14,70
	CGOS	12,00
	INTS	8,60
	ATIH	5,80
	UNPS	0,70
	Risque sur ONDAM	336,6
	FIQCS	201
	Dont : ASIP Santé (FICQS)	43,88
	FMESPP	135,60
	Total risque	687,45
FNG	ARS (9 mois)	112,30
	GIE Sesam Vitale	29,12
	GIP – ASIP SANTE	21,00
	GIP – MDS	1,19
	GIP – IDS	0,39
	Total FNG	164,00
FNPEIS	INPES	58,4
	ARS (9 mois)	7,2
	Total FNPEIS	65,6
FNASS	OGC	41,853
	Total FNASS	41,853
TOTAL		958,9

Source : CNAMTS

Les dotations imputées sur le risque (687 M€) représentent plus de 70 % des dotations versées par la branche maladie. Parmi ces dotations, celles concernant le FMESPP et le FIQCS sont incluses dans l'ONDAM. Le FMESPP, inclus dans le 3ème sous-objectif de l'ONDAM (autres dépenses relatives aux établissements de santé), représente 1,4 % du sous-objectif « secteur hospitalier » et 0,2 % de l'ONDAM total.

Mais plus de la moitié des dotations imputées sur le risque ne sont pas comptabilisées dans l'ONDAM. Alors que les dépenses incluses dans l'ONDAM ont augmenté en moyenne de 3,7 % par an sur la période 2006-2009⁴⁹, les charges enregistrées par la CNAMTS au titre des concours qu'elle apporte sur le risque hors ONDAM ont plus que doublé pendant la même période, passant de 225 M€ en 2006 à 499 M€ en 2009, en raison de l'importante dotation octroyée à l'EPRUS. Ces charges ont ensuite fortement diminué pour atteindre 293 M€, progressant toutefois de 30 % entre 2006 et 2010.

B - Des dotations souvent fixées à un niveau excessif au regard de la situation financière de ces entités

Pour quelques fonds et entités, le montant de la dotation est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale. C'est le cas du FIQCS, du FMESPP, de l'EPRUS, de l'ONIAM, ou de la dotation aux ARS.

Pour les autres entités (CNG, HAS, ANAP, UNPS, ANTARES...), le montant de la dotation est fixé par arrêté ministériel.

Le FIQCS, le FMESPP et certains établissements financés par l'assurance maladie se caractérisent par une sous-consommation de leurs crédits. Cette sous-consommation ne s'est pas toujours accompagnée d'une réduction de la dotation de l'assurance maladie, d'autant qu'il n'existe pas de règle relative au niveau du fonds de roulement. Alors que celui-ci est très faible pour certains établissements (HAS, par exemple), il est très élevé pour d'autres.

1 - Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, en application de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

⁴⁹ 3,2 % en 2006, 4 % en 2007, 3,5 % en 2008, 3,5 % en 2009.

Pour 2010, la dotation de l'assurance maladie au FIQCS s'est élevée à 228 M€, dont 220 M€ au titre du risque maladie et 8 M€ au titre du risque AT/MP. Le régime général finance près de 88 % de ces dépenses, soit 193 M€ au titre du risque maladie et 7,5 M€ au titre du risque AT/MP.

Contribution de l'assurance maladie au FIQCS en 2010

Régimes	Taux de ventilation des régimes (%)	TOTAL	Maladie	AT-MP
Régime général d'assurance maladie des travailleurs salariés	87,954	200 535 120	193 035 107	7 500 013
Assurance maladie des salariés agricoles	2,592	5 909 760	5 909 760	0
Assurance maladie des exploitants agricoles	4,936	11 254 080	10 833 177	420 903
Assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles	4,518	10 301 040	9 915 781	385 259
		228 000 000	219 693 825	8 306 175

Source : CNAMTS

La persistance d'un fonds de roulement élevé (104 M€ en 2009) a tardivement conduit à réduire les dotations de l'assurance maladie.

Recettes, résultat et report à nouveau du FIQCS en M€

	2007	2008	2009	2010
Recettes FIQCS	63,5	231,0	190,112	228,0
Dépenses	94,7	210,8	230,7	254,4
Résultat	- 31,2	20,2	-40,6	-26,4
Report à nouveau après résultat N-1	155,2	124,0	144,1	103,6

Source : CNAMTS

Le FIQCS a fait l'objet de nombreuses mesures de régulation au cours des dernières années.

La LFSS pour 2009 a procédé au gel des crédits du fonds pour 2008 à hauteur de 70 M€, ainsi qu'à une diminution de 60 M€ de ceux prévus pour l'année 2009 par rapport à la dotation initiale de 2008.

La LFSS pour 2010 a procédé à un nouveau gel des crédits du FIQCS de 50 M€ pour 2009, ramenant ainsi sa dotation de 240 à 190 M€.

et, d'autre part, a diminué de 12 M€ sa dotation pour 2010 par rapport à 2009, la fixant à 228 M€.

La LFSS pour 2011 n'a prévu aucun gel de crédits pour 2010 et a fixé à 250 M€ la dotation accordée au fonds pour 2011, soit une augmentation de 22 M€ par rapport à 2010. Le fonds de roulement devrait être ramené à 64 M€ à la fin 2011.

2 - Le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Le FMESPP a été créé le 1er janvier 2003. Il a succédé à plusieurs structures : le FASMO, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, puis le FMES, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Le FMESPP a également repris les créances et les dettes du fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP), en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

Le FMESPP est, selon les dispositions de l'article 40 de la LFSS pour 2001, géré par la caisse des dépôts et consignations (CDC). Toutefois, la gestion quotidienne du FMESPP est assurée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Les ressources du FMESPP proviennent, en application de l'article 40 de la LFSS pour 2011, des participations des régimes obligatoires d'assurance maladie.

La persistance d'un fonds de roulement élevé n'a pas conduit à réduire les dotations de l'assurance maladie.

En 2009, le fonds de roulement du FMESPP après affectation du résultat a atteint 511 M€⁵⁰.

⁵⁰ Le FMESPP a perçu pendant l'année 2009 près de 633 000 € de produits financiers.

Recettes, résultat et report à nouveau du FMESPP en M€

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Contribution de l'AM prévue en LFSS N-1			376	301	190	264
Contribution de l'AM rectifiée	405	327	376	201	190	159
Plan de relance	0	0	0	0	70	0
Total recettes	405	327	376	201	260	159
Dépenses	408	275	183	223	358	NC
Résultat d'exploitation	-3	52	192	-21,6	-98,9	NC
Report à nouveau après affectation du résultat	383,2	435,7	629,37	609,27	511,05	NC

Source : commission de surveillance du FMESPP, DGOS

Toutefois, le report à nouveau excédentaire du FMESPP ne reflète pas la réalité du solde disponible. En effet, la formation progressive de ce dernier au fil des exercices s'explique par le cumul de trois phénomènes :

- crédits ouverts en LFSS mais non délégués aux ARS par la DGOS ;
- crédits délégués aux ARS mais non engagés par elles ;
- crédits engagés par les ARS mais non consommés par les établissements (opérations abandonnées, remboursements des frais non demandés...).

Le résultat de chaque exercice est égal à la différence entre la dotation de l'exercice, telle qu'arrêtée par la LFSS, et les paiements, quel que soit l'exercice de rattachement. Le résultat de chaque exercice et le report à nouveau ne tiennent donc pas compte des dépenses engagées mais non acquittées, qui restent à venir et pour lesquelles il faut réserver les crédits. Or, le paiement des subventions aux établissements ne s'effectue pas systématiquement l'année dont relève cette subvention, dans la mesure où les crédits sont versés en fonction de l'avancement des opérations (présentation des factures). Il existe donc un décalage entre le montant du fonds inscrit dans la LFSS et les décaissements enregistrés.

Pour l'année 2007, l'IGF⁵¹ avait estimé à 219 M€, sur 629 M€, la part des crédits réellement disponibles au sein du fonds de roulement. Ce solde de crédits non utilisés correspondait aux crédits non délégués par la DGOS, aux crédits non engagés par les ARH, ainsi qu'aux crédits engagés sur des opérations qui ont finalement été abandonnées.

En conséquence, la LFSS pour 2009 a procédé à l'annulation de 100 M€ des crédits destinés au FMESPP pour 2008 (sur une dotation de 301 M€) et a fixé la dotation pour 2009 à 190 M€, soit une diminution de 110 M€ par rapport à la dotation de 2008. Toutefois le FMESPP a bénéficié d'un crédit supplémentaire de 70 M€ dans le cadre du plan de relance, destiné à financer des mises en sécurité dans les hôpitaux psychiatriques.

La LFSS pour 2010 n'a pas poursuivi ce mouvement d'ajustement : aucun gel de crédits pour 2009 n'est intervenu et la dotation du FMESPP pour 2010 a été fixée à 264 M€, soit une augmentation de 74 M€ par rapport à 2009.

L'article 61 de la LFSS pour 2010 a cependant créé une procédure de « déchéance » des crédits affectés par le fonds mais n'ayant pas donné lieu à une demande de remboursement. Elle s'articule selon les modalités suivantes:

- une déchéance annuelle, qui concerne le droit d'engagement des ARS, qui disposent d'un an à compter de la circulaire de délégation pour engager les crédits ;
- une déchéance de trois ans à compter du 1^{er} jour de l'année suivant la date de l'engagement avec l'ARS, pour que les établissements bénéficiaires demandent le paiement de la subvention à la CDC.

Les crédits déchus le sont au profit du fonds. Cette procédure de déchéance, entrée en vigueur le 1er janvier 2010, et portant sur les crédits déchus au titre des années 2001 à 2005, a permis au FMESPP de dégager un solde de 105 M€. Ce chiffre a été obtenu de manière grossière, en soustrayant du montant total des crédits délégués aux régions le montant des paiements versés par la CDC aux établissements de santé, sur la base des comptes arrêtés au 31 mars 2010 et pour les années antérieures à 2006. Il a été décidé, pour cette première année de calcul des crédits de la déchéance, de ne pas comptabiliser la déchéance annuelle postérieure à 2006. D'après la DGOS, la distinction entre les crédits déchus, issus de la déchéance annuelle, de ceux issus de la déchéance triennale aurait

51 Rapport n° IGF 2008-M-071-02 sur la situation financière du FMESPP, novembre 2008.

présenté un intérêt limité et aurait été difficile à réaliser, du fait d'un manque de données précises, facilement récupérables, concernant les années antérieures à 2006.

Lors des discussions sur le PLFSS 2011, le rapporteur général de la commission des affaires sociales du Sénat avait déposé un amendement prévoyant la restitution des crédits déçus à l'assurance maladie plutôt qu'au fonds. Cette mesure avait été votée en commission mixte paritaire mais rejetée par le gouvernement, qui a préféré retenir une mesure ayant un impact sur l'ONDAM, à savoir la diminution de la dotation 2010 de l'assurance maladie⁵².

La LFSS pour 2011 a ainsi gelé les crédits du FMESPP pour 2010 à hauteur du montant de ces crédits déçus (105 M€) soit près de la moitié de la dotation pour 2010, ramenée à 159 M€ (dont 135,6 M€ pour la CNAMTS).

Toutefois, la dotation au fonds pour 2011 n'a pas été réduite pour tenir compte de la sous-consommation des crédits, puisqu'elle est fixée à 347 M€ (dont 297 M€ pour la CNAMTS).

La sous-consommation des crédits du FMESPP a conduit à un décalage croissant entre les charges de l'assurance maladie et les sommes réellement décaissées.

En effet, à la différence des autres régimes, le régime général ne verse au FMESPP sa quote-part de la dotation du fonds qu'en fonction des besoins. L'article 1er du décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 prévoit un versement des crédits FMESPP par la CNAMTS par fraction de 40 M€ dès que les disponibilités du FMESPP, gérés par la caisse des dépôts et consignations (CDC), se situent en dessous du seuil de 20 M€. La convention de 2004 qui lie la CNAMTS, l'ACOSS et la caisse des dépôts aux fins de préciser les modalités de versements de la participation de la CNAMTS au FMESPP, se base sur ce principe.

Le solde de la dette de la CNAMTS vis-à-vis du FMESPP atteignait 512 M€ en fin 2010, ce qui représente trois années de dotation de l'assurance maladie.

52 Voir RALFSS 2011. Chapitre II, page 69.

Charges enregistrées par la CNAMTS, décaissements et charges à payer au titre du FMESPP (en M€)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011(à fin mars)
Charges enregistrées par la CNAMTS (droits constatés) dans les comptes de N	276,5	319	171,04	164	135,6	297,3
Décaissements effectués par la CNAMTS en N	240	120	200	200	160	80
- dont au titre des exercices antérieurs	240	120	200	200	160	80
- dont au titre de N	-	-	-	-	-	-
Charges à payer au 31/12 de N	402,05	601,05	572	536	511,6	

Source : CNAMTS

3 - L'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)

Créé par l'article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des maladies et à la qualité du système de santé, l'ONIAM est un établissement public administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il a pour missions principales d'indemniser les victimes d'aléas thérapeutiques et d'assurer le bon fonctionnement du dispositif de réparation des accidents médicaux.

L'ONIAM a été doté de 70 M€ chaque année au titre des exercices 2002, 2003 et 2004 et de 30 M€ en 2005. Pour les années 2006 et 2007, aucune dotation de l'assurance maladie n'a été versée, étant donné l'importance du fonds de roulement : 200 M€ fin 2005 et 165 M€ fin 2006. Pour 2008, la dotation de l'assurance maladie a été de 50 M€, le fonds de roulement de l'ONIAM s'établissant fin 2007 à 98 M€.

La dotation de l'ONIAM s'est élevée à 117 M€ en 2009 et à 70 M€ en 2010. Le fonds de roulement de l'ONIAM était de 116 M€ fin 2010. La LFSS pour 2011 a fixé le montant de la dotation d'assurance maladie à 10 M€. Toutefois, le fonds de roulement pourrait encore atteindre 51 M€ en 2011.

Ainsi, l'importance du fonds de roulement de l'ONIAM n'a que tardivement conduit à réviser le montant de la dotation de l'assurance maladie.

Résultats cumulés et fonds de roulement de l'ONIAM (en M€)

	2006	2007	2008	2009	2010 (p)
Dotation AM	0	0	50	117	70
Résultat net	-39,9	-69,2	-26,7	48,3	- 5,6
Fonds de roulement	165,4	98,2	75,9	119,8	115,7

Source : étude d'impact annexée au PLFSS 2011, direction du budget.

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

En application de l'article L.3135-4 du code de la santé publique, les ressources de l'EPRUS sont constituées d'une subvention de l'Etat et d'une contribution des régimes obligatoires de base d'assurance maladie. Cette contribution est répartie entre ces régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, relatif à la répartition des dotations des régimes d'assurance maladie aux établissements de santé.

L'article L. 3135-4 du CSP dispose que la contribution des régimes de base d'assurance maladie au financement de l'EPRUS ne peut excéder 50 % des dépenses de l'établissement public au titre des missions mentionnées au deuxième aliéna de l'article L.3135-1 du CSP, dont l'objet est « d'acquérir, de fabriquer, d'importer, de distribuer et d'exporter des produits et des services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves » ainsi que de « financer les actions de prévention des risques sanitaires majeurs ». Cette définition légale vise principalement les dépenses de l'établissement pharmaceutique constitué au sein de l'EPRUS. Les autres dépenses sont financées en totalité par l'Etat.

Ce plafond s'apprécie sur des périodes de trois années consécutives.

La communication de la Cour des comptes à l'Assemblée nationale sur les comptes et la gestion de l'EPRUS⁵³ a critiqué le choix du recours à une avance de la CNAMTS pour préfinancer les dépenses liées à la pandémie grippale, l'« Etat ayant ainsi choisi de faire peser sur l'assurance maladie le préfinancement intégral de la campagne » alors que ces dépenses avaient vocation à être financées à parité.

53 Cour de comptes, Les comptes et la gestion de l'établissement public de préparation et de réponse aux urgences sanitaires depuis sa création, Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire et à la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, septembre 2010.

La Cour a souligné la sous-consommation des crédits par l'EPRUS et le non-respect de la règle d'un financement à parts égales entre l'Etat et l'assurance maladie sur la période 2007-2009. En effet, les dépenses auxquelles les régimes d'assurance maladie et l'Etat doivent contribuer à parts égales se sont élevées à 473 339 018 € sur les exercices 2007 à 2009, ce qui plafonne leur contribution respective à 236 669 509 €. Or les dotations des régimes d'assurance maladie prévues sur la même période ont atteint 568 300 000€ au total. Le plafond mentionné à l'article L. 3135-4 du code de la santé publique a donc été dépassé de 331 630 491 €.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a porté à 338 300 000 € la dotation 2009 des régimes d'assurance maladie pour faire face aux besoins alors estimés en matière de protection contre le virus de grippe A (H1N1).

La LFSS pour 2011 a prévu **une restitution à hauteur de 331 630 491 €** calculée sur les dotations accordées entre 2007 à 2009.

Sur la nouvelle période de trois ans mentionnée par l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, à savoir 2010-2012, les dépenses de produits de santé cofinancés devraient s'élever, selon les données transmises par le ministère de la santé, à 401,2 M€ dont 270 M€ pour l'année 2010. Cette année est en effet caractérisée par un niveau de dépenses important compte-tenu de l'exécution plus tardive que prévue des achats de vaccins grippaux.

Programmation prévisionnelle des dépenses de l'EPRUS 2010-2012 (en M€)

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

Sur la période triennale, la contribution maximale des régimes d'assurance maladie s'élèverait à 200,6 M€. Comptetenu des besoins de financement de 2010, il était proposé de répartir cette contribution sur les trois années de la façon suivante : 170 M€ dès 2010(contre 100 M€ pour l'Etat), puis 20 M€ en 2011 et 10,6 M€ en 2012. Ladotation initiale de l'assurance maladie à l'EPRUS ayant été fixée à 44 M€ par la LFSS pour 2010, la LFSS pour 2011 se proposait de la majorer de 126 M€. Le même

projet de loi proposait de fixer à 20 M€ la dotation de l'EPRUS pour 2011.

Sur proposition parlementaire, la dotation de l'assurance maladie à l'EPRUS en 2011 a été réduite de 20 M€ et ainsi ramenée à zéro.

5 - L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

Le budget initial de l'ANAP, voté par le conseil d'administration du 14 décembre 2009, s'élevait à 35,3 M€. Il prévoyait une dotation de l'assurance maladie à hauteur de 34,3 M€ et un financement par la CNSA à hauteur de 1 M€. Le conseil d'administration du 14 décembre 2009 avait acté une clause de réexamen à mi-année. Le conseil d'administration du 21 juin 2010 a ainsi décidé une dotation supplémentaire de l'assurance maladie à l'ANAP de 10 M€. Le principal poste d'augmentation concernait les crédits d'études et de prestations, en lien avec le lancement et la mise en œuvre des contrats performance. Le budget 2010 de l'ANAP, après décision modificative, s'élevait à 47,2 M€ (dont 44,3 M€ pour l'assurance maladie et 33,3 M€ pour le régime général).

Le rapport et le compte financier 2010 témoignent d'une sous-exécution du budget 2010 après décision modificative de l'ordre de 6,6 M€, soit 15 % du budget. Le fonds de roulement de l'agence est ainsi porté à 15,8 M€. D'après la direction de la sécurité sociale, cette sous-exécution s'explique, d'une part, par de moindres charges de personnel liées à des difficultés de recrutement et, d'autre part, par des retards dans la mise en œuvre des programmes de travail concernant les contrats performance.

Le budget initial 2011, qui s'élève à 52 M€, repose sur une stabilisation des dotations de l'assurance maladie (44,8 M€) et de la CNSA (1 M€) et sur un prélèvement sur le fonds de roulement à hauteur de 6,2 M€. Le budget initial 2011 est donc en augmentation de 28 % par rapport à l'exécuté 2010⁵⁴. La tutelle justifie cette augmentation par la montée en charge du programme de travail de l'ANAP.

C - Une gouvernance insatisfaisante : l'exemple du FMESPP

Si le financement par l'assurance maladie de l'organisation des soins et de la modernisation des hôpitaux n'apparaît pas, en soi illégitime,

⁵⁴ Le budget initialement présenté par l'ANAP était de 62 M€

certaines dépenses financées sur le FMESPP nécessiteraient d'être évaluées.

1 - Des missions insuffisamment lisibles

Les missions du fonds sont définies par l'article 40 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, qui prévoit que celui-ci finance des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.

A ce titre, les prestations relevant de la compétence du fonds prévues par la loi sont les suivantes :

- les contrats d'amélioration des conditions de travail (CLACT) ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales représentatives au sens de l'article L. 6144-4 du code de la santé publique ;
- les actions de modernisation sociale (notamment celles figurant dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens) ;
- les aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation⁵⁵ ;
- l'investissement et le fonctionnement des établissements de santé.

Depuis 2002, les missions du fonds ont été progressivement étendues. Le FMESPP participe ainsi au financement :

- de dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé⁵⁶ et des groupements de coopération sanitaire⁵⁷ dans le cadre d'opérations de

55 Versement d'indemnité de départ volontaire , d'indemnités exceptionnelles d'aide à la mobilité avec ou sans changement de résidence , remboursement des frais de changement de résidence, financement d'actions de conversion professionnelle , prise en charge du différentiel de rémunération, financement du coût de fonctionnement des cellules d'accompagnement social des établissements.

56 Loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001).

57 Loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003).

modernisation et de restructuration ou de réorganisation de l'offre de soins ;

- des versements aux établissements de santé correspondant à une partie des dépenses évitées par la mise en œuvre d'accords nationaux ou locaux⁵⁸⁵⁹.

Jusqu'en 2009, il finançait par ailleurs les missions créées dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » : la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), la mission tarification à l'activité (MT2A), la mission nationale d'appui à l'investissement (MAINH), les missions régionales ou inter-régionales d'appui à l'investissement et les missions régionales ou inter-régionales d'expertise et d'audit hospitaliers placées auprès des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation.

Enfin, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007⁶⁰, les dépenses d'investissement et de fonctionnement financées par le fonds le sont soit au moyen de subventions, soit au moyen d'avances remboursables.

En 2009, la Cour avait souligné l'absence de codification des dispositions législatives relatives au FMESPP : la fixation annuelle de ses dotations ainsi que toutes les modifications apportées au fonds font l'objet de modifications de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, alors qu'elles portent sur les années postérieures, notamment en ce qui concerne le financement par l'assurance maladie.

Il en résultait que l'existence et les missions du FMESPP manquaient de lisibilité. Ces constats restent valides.

2 - L'absence de bilan précis des prestations financées sur le FMESPP

Les prestations financées sur le FMESPP ne font pas l'objet d'un bilan détaillé. Le rapport d'activité, produit annuellement par la CDC, se contente de lister les prestations versées par codes de prestations, sans que celles-ci ne soient regroupées par grandes catégories et sans aucune explication. Ce rapport ne comprend pas non plus de bilan détaillé des crédits déçus.

58 Accords mentionnés à l'article L. 6113-13 du code de la santé publique.

59 Loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 (loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004).

60 Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006.

Par ailleurs, la comptabilité du FMESPP est une comptabilité tenue en encaissements/décaissements. Il n'est donc pas possible de connaître avec précision les crédits réellement disponibles⁶¹.

La commission de surveillance du FMESPP, prévue à l'article 6 du décret du 21 décembre 2001, ne s'est réunie que deux fois, en 2010 et 2011. Or, le décret prévoit que cette commission, qui peut formuler « toute proposition relative aux ressources, aux dépenses et à la gestion du fonds », se réunit sur convocation de son président, au moins une fois par semestre et que ses avis doivent être joints aux rapports annuels de la CDC pour transmission, au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice considéré, au ministre chargé de la santé. La direction du budget n'est pas représentée dans cette commission.

3 - Un financement parfois prématuré aux dépens de l'assurance maladie

Les crédits relatifs aux unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et aux unités pour malades difficiles (UMD) ont été financés par l'assurance maladie à partir de crédits du FMESPP gérés par la caisse des dépôts et consignations (CDC). Le décret du 21 décembre 2001 créant le FMESPP dispose notamment que la CDC " verse à l'établissement de santé (...) la subvention (...), dans les conditions prévues par l'avenant ou l'engagement contractuel. L'établissement (...) joint à l'appui de sa demande (...) une facture attestant du début de réalisation des travaux". Avant paiement, la CDC doit contrôler la demande au regard du décret, des circulaires et des avenants signés par l'ARH (puis l'ARS). Le directeur général de cette dernière est responsable du bon emploi des crédits. Des circulaires successives ont confirmé la possibilité soit d'un versement unique « dès le démarrage de l'opération », soit d'un « échelonnement des versements, fondé par exemple sur les principales phases du chantier », plus logique. Une circulaire DGOS de 2006 a exigé « une facture attestant du début de réalisation des travaux (... de démolition, de dévoiement de réseaux mais en aucun cas d'une facture d'études) », cette dernière restriction ayant été ultérieurement levée par un simple courriel.

A l'automne 2011, la CDC avait ainsi déjà versé 29,7 M€ pour les UHSA et 30,2 M€ pour les UMD, plusieurs années avant l'achèvement, voire le début, des travaux ainsi subventionnés. Pour l'UHSA de Villejuif, l'ARH avait affecté 11,9 M€ dès 2007, "afin que la mise en

⁶¹ Cf. supra, crédits déçus.

service soit effective en 2010 au plus tard", puis confirmé en 2009 leur versement intégral « *après lancement du concours de conception-réalisation* », soit plus tôt que stipulé par les textes précités. La CDC les a versés en novembre 2010 au vu de simples factures d'études (l'établissement avait effectué quelques travaux de démolition mais omis de les mentionner), soit 18 mois avant les premières factures de construction (0,3 M€ facturés en juillet-août 2011) La mise en service est prévue début 2013, soit six ans après la notification initiale, ou deux ans après ce versement intégral. L'insuffisance de trésorerie, dont souffre l'assurance maladie, appelle des paiements plus rigoureusement échelonnés en fonction des besoins.

Les établissements s'étaient de surcroît vu fixer en 2007 un délai initial de six semaines, en été, pour déposer projet de soins, étude de faisabilité, programme fonctionnel et technique et montant prévisionnel, étapes qui ont finalement duré jusqu'à plus de trois années. Une convention signée par les ministres chargés du plan de relance et de la santé avait de même prévu en 2009 un délai irréaliste de dix mois. Les ministres ont alors attesté dans un avenant du 1er octobre 2010 que 45 M€ de crédits avaient déjà été « dépensés », quand moins de 37 M€ avaient en fait été payés aux établissements, et bien moins encore, faute de réalisations, versés par eux aux entreprises - dont le maintien de l'activité en 2009 avait justifié cet effort.

4 - La réserve nationale

La réserve nationale constitue le reliquat de la dotation annuelle du fonds (montant défini par la LFSS) une fois les montants répartis en enveloppes thématiques et notifiés aux ARS par circulaire ou par arrêté ministériels. Cette réserve peut servir à l'attribution, sur instruction ministérielle, de subventions exceptionnelles portant sur des objets très divers à certaines ARS ou à certains établissements.

Dans son rapport d'observations définitives sur la gestion du FMESPP de 2009, la Cour avait critiqué les modalités de gestion de cette réserve.

En effet, il n'est fait état dans aucun cadre réglementaire de l'existence d'un tel type d'action. L'expression « réserve nationale » n'est mentionnée, pour la première et seule fois, que dans une circulaire de la DGOS du 27 août 2003 portant sur l'utilisation des crédits du FMESPP avec mise en « réserve nationale » du solde de crédits de 25 M€ afin d'abonder l'enveloppe investissement du plan hôpital 2007 et de prendre en compte les conséquences de la canicule du mois d'août 2003 sur le fonctionnement des hôpitaux.

Qualifiée de « marge de manœuvre ministérielle », le montant de la réserve était supposée être plafonnée à 15 M€ en 2009 et à 30 M€ en 2010.

Il n'existe pas de bilan détaillé de l'utilisation de ces crédits. D'après les données issues du rapport de gestion du FMESPP, les crédits décaissés relatifs à la réserve nationale auraient atteint 54,2 M€ en 2008 et 24,8 M€ en 2009.

Montant de la réserve nationale (en M€)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Crédits décaissés	1,07	11,27	2,08	3,6	14,05	8,94	54,21	24,76

Source : comptes et rapports annuels

Selon la DGOS, les crédits délégués au titre de la « réserve nationale » se seraient élevés à 37 M€ en 2010, soit près d'un tiers de la dotation 2010 rectifiée.

Crédits délégués sur la « réserve nationale » en 2009 (en €)

Mesures identifiées par l'outil e-cdc « réserve nationale »	Montant	Dont mesures financées sur la réserve
Clinique des Clarines (clinique du souffle-Auvergne)	2 100 000	
SI Plateforme pages jaunes	640 000	640 000
CHU Toulouse Site Purpan	4 000 000	
CH Bastia	4 200 000	4 200 000
CH Ajaccio	16 800 000	16 800 000
CHS Le Vinatier 5ème UMD	1 498 000	1 498 000
Clinique Jeanne d'Arc Gien	2 300 000	
Protonthérapie d'Orsay	2 000 000	
St Pierre et Miquelon	8 000 000	
TOTAL DELEGATION	41 538 000	23 138 000*

* Ce montant tient compte des crédits non délégués les années précédentes

Source : DGOS

Crédits délégués sur la « réserve nationale » en 2010 (en €)

Mesures identifiées par l'outil e-cdc « réserve nationale »	Montant	Dont mesures financées sur la réserve	Objet
GECT Puigcerda (hôpital transfrontalier)	4 340 000	4 340 000	Construction d'un nouvel hôpital : ces crédits avaient été versés dans le cadre d'une notification antérieure mais, en raison du retard rencontré dans la constitution du groupement européen de coopération internationale, ils sont tombés en déchéance. Cette notification ministérielle alloue donc de nouveau ces crédits sur la même base que ceux initialement versés en 2008
Clinique Conti - l'Ile Adam	700 000	700 000	Complément de subvention d'investissement au titre de son projet de reconstruction dans le cadre du plan hôpital 2012
Protonthérapie d'Orsay	2 000 000	2 000 000	Remplacement du synchrocyclotron (en service depuis 50 ans) et installation d'un bras isocentrique (financement total de 10M€ versé sur 5 ans par tranche annuelle de 2 M€ à compter de 2007)
AP-HP projet IMAGINE	10 000 000	10 000 000	Construction d'un bâtiment affecté au futur institut des maladies génétiques au sein de l'hôpital Necker
CHS Le Vinatier 5ème UMD	8 430 734	8 430 734	Construction d'une unité pour malades difficiles (UMD)
CH Bastia	5 200 000	5 200 000	Aide à l'investissement dans le cadre du programme exceptionnel d'investissement pour la Corse
CH Ajaccio	6 210 000	6 210 000	4,01 M€ au titre de l'aide à l'investissement dans le cadre du programme exceptionnel d'investissement pour la Corse et 2,2 M€ dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre
St Pierre et Miquelon	11 000 000		
TOTAL DELEGATION	47 880 734	36 880 734*	

* Ce montant tient compte des crédits non délégués les années précédentes
Source : DGOS

En 2009, la Cour avait souligné que certaines des dépenses prises en charge sur la réserve nationale étaient éloignées des missions du FMESPP, notamment les dotations aux cliniques privées destinées à atténuer l'impact de la mise en œuvre de la T2A.

En conclusion, la Cour soulignait « une réappropriation de la gestion du fonds par la DGOS pour un certain nombre d'actions alors

qu'il est financé par l'assurance maladie et que sa gestion relève normalement des ARH ».

Le récent rapport IGF/IGAS sur les fonds de l'assurance maladie aboutit à la même conclusion : *« toutes les décisions sont prises par l'administration centrale au niveau de l'opération individualisée, qu'il s'agisse d'investissements, quel qu'en soit le montant, ou d'aides à l'accompagnement des ressources humaines, qu'elles soient individuelles ou collectives (à l'exception des CLACT, gérées par les ARS, mais qui ne représentaient que 10 M€ en 2010) (...) La distinction entre les opérations d'investissements de moins de 10 M€ et de plus de 10 M€ actuellement en vigueur n'a qu'un impact limité puisqu'elle permet simplement de répartir la charge de travail. Les premières sont instruites localement tandis que les secondes sont instruites par la DHOS. Mais toutes sont validées par le comité national de validation et décidées par arrêté du ministre. La concentration intégrale au niveau national des aides individuelles (ressources humaines) est encore plus marquée. »*

La nature des dépenses présentées dans le tableau ci-dessus illustre la dérive de cette réserve, qui, dans sa grande majorité, sert à financer des projets qui devraient normalement entrer dans le cadre d'Hôpital 2012 ainsi que des dépenses étrangères à l'objet du FMESPP (retour à l'équilibre du CH d'Ajaccio).

5 - Les suites du rapport IGF/IGAS

La mission avait recommandé, afin de renforcer le rôle des ARS, de globaliser les crédits (sous réserve d'une fongibilité asymétrique en faveur des crédits de prévention) en créant un fonds régional d'intervention regroupant les parts régionales des fonds actuels. La mission proposait de confier à l'assurance maladie un rôle de payeur unique, y compris pour les crédits Etat du programme 2004 (prévention).

La LFSS pour 2011 a engagé une première réforme en rendant fongibles les parts régionales du FIQCS et du FMESPP. Cette réforme a été cependant engagée sans que les outils permettant le suivi de l'utilisation de ces fonds soient adaptés. Par conséquent, il n'est plus possible, aujourd'hui, de suivre les différentes contributions versées aux établissements.

Le PLFSS pour 2012 franchit une nouvelle étape et prévoit la création d'un fonds d'intervention régional, doté d'1,5 Md€, mutualisant les crédits qui étaient jusque là dédiés soit à l'ambulatoire, soit à l'hospitalier, soit à la prévention, de manière à mettre à la disposition des ARS un outil permettant d'accompagner les redéploiements et la mise en place d'une politique de santé plus finement adaptée aux spécificités

locales. L'incidence de la création de ce nouveau fonds sur l'articulation des compétences et des financements entre l'Etat et l'assurance maladie ne peut être à ce stade évaluée.

IV - Un partage des compétences et des financements insuffisamment formalisé

A - Entre l'Etat et l'assurance maladie

1 - L'absence quasi-totale de règle formalisée

La part de la CNAMTS dans le budget des fonds et entités qu'elle finance est prépondérante. En effet, l'assurance maladie finance en totalité certaines entités. C'est le cas du FIQCS, du FMESPP, de l'ONIAM et de l'ANAP (sous réserve d'une contribution très réduite de la CNSA).

Dans d'autres cas, l'Etat participe au financement des fonds et entités, mais l'assurance maladie reste le financeur majoritaire : c'est le cas de l'agence de biomédecine, de l'ATIH, de l'INPES ou de la HAS, dont la part du budget financée par l'assurance maladie est d'environ les deux tiers.

Concernant l'agence de biomédecine⁶², la Haute autorité de santé et l'ATIH, le montant versé par l'assurance maladie est, en application d'une règle non écrite, le double du montant versé par l'Etat.

Toutefois, cette règle « coutumière » ne sert qu'au moment de fixer la dotation de l'assurance maladie et n'est pas vérifiée ex post, sauf pour la HAS.

L'EPRUS, pour lequel la loi prévoit que le montant soit fixé par la LFSS et que le montant versé par l'assurance maladie ne puisse excéder celui versé par l'Etat sur une période de trois ans, constitue un cas spécifique dans la mesure où il conduit à vérifier ex post le respect des règles de répartition des financements (cf. supra).

62 S'y ajoute une dotation destinée à financer les banques de sang placentaire dans le cadre du plan cancer.

2 - Des charges parfois contestables pour l'assurance maladie

Le financement par l'assurance maladie de certaines charges peut être parfois jugée contestable dès lors que leur nature apparaît éloignée des objectifs de l'assurance maladie.

a) Des dépenses pesant sur l'assurance maladie auparavant financées par l'Etat

Il n'existe pas de doctrine distinguant les structures appelées à être financées par l'Etat de celles relevant d'un financement par l'assurance maladie. La répartition des financements se fait au cas par cas.

Sur le fond, le caractère légitime ou illégitime d'un financement par l'assurance maladie est délicat à apprécier. Les développements qui suivent n'ont pas pour objectif de trancher ce débat, mais d'analyser trois de ces contributions controversées.

-le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)

Créé en 2007⁶³, le CNG est un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Reprenant des missions autrefois exercées par la DGOS, il assure notamment la gestion statutaire et le développement des ressources humaines des praticiens hospitaliers et des directeurs de la fonction publique hospitalière (secteurs sanitaire, social et médico-social).

En 2010, la contribution de la CNAMTS au CNG s'est élevée à 14,7 M€⁶⁴.

-l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et l'établissement français du sang (EFS)

Les missions de l'ONIAM ont été élargies par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui transfère à l'office :

- l'indemnisation des victimes d'accidents résultant de vaccinations obligatoires, auparavant effectuée par la direction générale de la santé ;

63 Décret n°2007-704 du 4 mai 2007 relatif à l'organisation et au fonctionnement du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et modifiant le code de la santé publique.

64 Dont 14,5 M€ pour la branche maladie. Source : comptes combinés du régime général.

- l'indemnisation des victimes contaminées par le VIH, auparavant assurée par le fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (FITH) ;
- l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux résultant des mesures d'urgence prises en cas de menace sanitaire grave, en application du nouvel article L. 3110-1 du code de la santé publique.

Par ailleurs, la LFSS pour 2009 a introduit une procédure d'indemnisation à l'amiable pour les victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C (VHC) lors d'une transfusion sanguine et a chargé l'ONIAM de sa gestion.

Les dépenses exposées par l'office à ce titre sont couvertes de deux manières :

- l'article L. 1142-23 du code de la santé publique prévoit que l'établissement français du sang (EFS) lui verse une dotation couvrant l'ensemble des dépenses. Ainsi, l'EFS continue à assurer la charge de l'indemnisation des victimes de contamination transfusionnelle de l'hépatite C à travers les sommes qu'il verse à l'ONIAM ;
- lorsque le dommage subi par la victime résulte d'une faute, les articles L. 1221-14 et L. 3122-4 du même code permettent à l'ONIAM d'exercer un recours subrogatoire contre la personne responsable du dommage, ainsi que contre les personnes tenues à un titre quelconque d'en assumer la réparation. Il s'agit le plus souvent de l'EFS, qui a repris l'ensemble des anciens centres de transfusion. Toutefois, sauf manquement de l'établissement de transfusion concerné à des prescriptions législatives ou réglementaires, la possibilité pour l'ONIAM d'exercer ce recours est soumise à la condition que la responsabilité civile dudit établissement soit couverte par un assureur.

Dans son rapport public pour 2010⁶⁵, la Cour a noté que « *du fait de la réduction du délai de traitement des dossiers et d'une hausse probable du nombre de demandes, une forte augmentation du montant des indemnisations est à craindre pendant plusieurs années, avec, selon les simulations réalisées, un pic à 40 millions d'euros par an entre 2011 et 2013, soit quatre fois plus qu'aujourd'hui* ».

65 Tome II, page 89.

« Au regard de telles projections, le financement des indemnisations n'est pas actuellement assuré. Depuis 2007, l'Etat, qui accordait à l'EFS une subvention annuelle couvrant la plus grande part des indemnisations versées, s'en est désengagé, transférant indûment cette charge à l'assurance maladie. Sa contribution a été remplacée par une première majoration des tarifs de cession des produits sanguins labiles (PSL) pour un montant de 9,5 millions d'euros en 2008 : quadrupler ce relèvement pour financer l'indemnisation des victimes saperait tout effort de rationalisation de la politique tarifaire et accroîtrait encore la charge de l'assurance maladie ».

Dans ce contexte, une mission d'audit sur l'EFS, dans le cadre de la révision générale des politiques publiques, a recommandé en juillet 2009 de modifier le dispositif en vigueur et de neutraliser ses conséquences pour l'EFS qui n'a pas provisionné les sommes correspondant aux indemnisations prévisibles dans ses comptes.

Le PLFSS pour 2011 prévoyait de transférer de l'EFS à l'ONIAM le financement de la prise en charge des dépenses d'indemnisations et de contentieux, les dépenses de l'ONIAM devant à leur tour être couvertes par une dotation de l'assurance maladie. Cette mesure n'a pas été adoptée.

En revanche, la part du tarif des produits sanguins jusqu'alors consacrée au financement du contentieux relatif au VHC, soit 3,149 % du prix des PSL, a été supprimée, pour un montant de 17,1 M€ en 2010 (19,2 M€ en année pleine).

Par conséquent, la loi de financement de la sécurité sociale a prévu qu'une dotation de 35 M€ serait versée par l'assurance maladie à l'EFS, tenant compte de l'augmentation du flux d'indemnisation qu'engendre la procédure amiable de l'ONIAM, désormais gestionnaire des indemnisations.

La contribution de l'assurance maladie au comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers (CGOS)

Association loi 1901 à but non lucratif, le CGOS est un organisme paritaire où siègent des représentants des établissements hospitaliers publics. Il a pour mission de mettre en œuvre et de gérer l'action sociale en faveur des agents en activité ou retraités des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux adhérant au CGOS et, sous certaines conditions, en faveur des membres de leur famille définis par son conseil d'administration. Le CGOS crée, verse et développe des prestations sociales, des aides remboursables (ou non) pour faire face à des contraintes ponctuelles, des activités culturelles, sportives et de loisirs et toute autre action entrant dans le champ de ses missions et pouvant présenter un caractère social. Au 1er

janvier 2009, 2474 établissements étaient adhérents au CGOS et le nombre total de leurs personnels non médicaux était de 889 570.

En 1965, le CGOS a souscrit un contrat d'assurance collective à adhésion facultative auprès des AGF, intitulé complémentaire retraite des hospitaliers (CRH). En 2007, ce contrat de droit privé concernait environ 350 000 personnes dont 120 000 retraités.

Alors que ce contrat était initialement destiné à garantir aux membres du personnel des établissements publics hospitaliers une rente pendant les cinq premières années de leur retraite, la pratique des remboursements a été viagère depuis l'origine du contrat, ce qui a conduit à une situation financière très défavorable.

A l'issue d'une médiation, engagée en 2007, un plan de consolidation a été établi. Ce plan et son avenant prévoient notamment un effort financier des pouvoirs publics de 14 M€ par an pendant 20 ans

Par lettre du 25 mars 2008, les ministres en charge de l'économie, de la santé et du budget ont donné leur accord pour qu'une « contribution publique annuelle de 14 M€ soit versée au CGOS pendant 20 ans. »

Ce financement a finalement été mis à la charge de l'assurance maladie. L'article 69 de la LFSS dispose ainsi, selon une rédaction particulièrement sibylline, qu'une « dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale, peut contribuer au financement de l'un des organismes agréés par l'État visés au dernier alinéa de l'article 116-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, au titre de la convention en cours à la date de publication de la présente loi souscrite au profit de ses adhérents en application de l'article L. 141-1 du code des assurances. »

Le montant de la participation financière des régimes obligatoires d'assurance maladie a été fixé à 24 M€ pour 2009⁶⁶ (au titre des engagements pris pour 2008 et 2009) et à 14 M€ pour 2010⁶⁷. Corrélativement, la charge pour la branche maladie du régime général s'est élevée à 23,8 M€ en 2009 et 11,95 M€ en 2010. Une convention de financement a été signée en avril 2011.

66 Arrêté du 23 juin 2009

67 Arrêté du 3 mai 2010

B - Entre les régimes d'assurance maladie obligatoire

A l'exception de l'UNPS et des GIE/GIP, au financement desquels seule la CNAMTS contribue au titre de l'assurance maladie, les différentes structures sont financées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie, selon des clés de répartition qui peuvent varier sans raison apparente :

- clé des dotations hospitalières pour le CGOS, l'EPRUS, l'INPES, l'ANAP, l'ATIH, l'agence de biomédecine, le CNG, le FMESPP, la HAS, l'INTS et l'ONIAM. En 2009, cette clé était la suivante : 85,32 % pour le régime général, 14,68 % pour les autres régimes. A compter de 2010, cette clé est transmise par la DSS, sur la base des enveloppes forfaits (MIGAC et DAF) ;
- taux des grossistes répartiteurs et taux de répartition des laboratoires pour l'OGC ;
- versement de la quote-part de la CNAMTS indépendamment des autres régimes pour les ARS, les GIE et GIP.

Par ailleurs, certaines de ces structures sont financées uniquement par la branche maladie (CGOS, EPRUS, UNPS) tandis que d'autres, plus nombreuses, bénéficient d'un financement de la branche AT/MP, qui peut atteindre 10,62 % en ce qui concerne les GIE et GIP, mais est plus réduite (0,74 %) pour les autres structures cofinancées par la branche maladie et la branche AT/MP.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le nombre de fonds et entités extérieurs financés par l'assurance maladie a fortement augmenté depuis 2001. Le montant des engagements de la CNAMTS⁶⁸ relatifs à des fonds et organismes a atteint 959 M€ en 2010.

Ces dépenses concernent principalement trois secteurs : le secteur hospitalier (FMESPP, CNG, CGOS, ATIH, ANAP) pour un montant de 201 M€ en 2010, la santé publique (INPES, ABM, EPRUS, HAS, INTS, ONIAM, crédits de prévention des ARS) pour un montant de 326 M€ et l'optimisation du système de soins (FIQCS, ARS -hors dépenses de

68 Ce chiffre intègre les contributions à la charge de la branche AT-MP. Pour connaître le détail des charges supportées par la seule branche maladie, voir annexe 3.

prévention-), GIP CPS, GIP ASIP santé, GIE SESAM-VITALE, GIP MDS, UNPS, OGC, ANTARES) pour un montant de 432 M€.

L'évolution des charges de subvention et de contributions dispersées entre de nombreux organismes se caractérise par son absence de prévisibilité.

Par ailleurs, alors que certaines structures ont connu une hausse de leurs versements par la CNAMTS sur la période 2006-2010, à l'inverse, d'autres structures ont connu une baisse de leurs financements en provenance de la CNAMTS.

Ces évolutions contrastées peuvent être mises en rapport avec les modalités d'encadrement de ces dépenses (financement sur le risque hors ONDAM, notamment). Si les dépenses financées sur le FNPEIS, le FNASS et le FNG bénéficient d'un encadrement pluriannuel, tel n'est pas le cas des subventions et dotations financées sur le risque (687 M€ en 2010), souvent hors ONDAM, qui représentent pourtant près des trois-quarts des dotations versées par la branche maladie. Il conviendrait d'encadrer de manière pluriannuelle ces dotations dans le cadre de la COG entre la CNAMTS et l'Etat et des contrats d'objectifs et de moyens de ces organismes, en intégrant, si nécessaire, des mécanismes de révision annuelle ou semestrielle.

L'assurance maladie est le principal financeur de la modernisation des hôpitaux et de l'organisation des soins via le FMESPP. Pour autant, certaines des dépenses financées par ces fonds sont éloignées de leurs objectifs initiaux. Surtout, le contrôle de l'utilisation de ces fonds est insuffisant, notamment pour le FMESPP et l'assurance maladie devrait être davantage associée à sa gestion.

Par ailleurs l'Etat s'est désengagé du financement de plusieurs structures au détriment de l'assurance maladie. Ce désengagement qui porte sur des montants peu importants s'est cependant opéré au cas par cas, dans une logique de débudgétisation en l'absence d'une réflexion globale sur le champ de compétence respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie.

Enfin les règles de partage des financements entre l'Etat et l'assurance maladie sont insuffisamment formalisées. Ainsi le montant de la dotation de l'assurance maladie n'est fixé en LFSS que pour un nombre restreint de structures. Pour les autres, il est déterminé par simple arrêté ministériel, selon des clés de répartition entre régimes d'assurance maladie, voire entre branches d'assurance maladie et AT-MP du régime général, non homogènes. De plus le montant de ces dotations est parfois surestimé au regard des crédits réellement

consommés, ce qui conduit à la constitution de fonds de roulement trop importants.

C'est pourquoi la Cour recommande de :

4- Encadrer de manière pluriannuelle les dotations versées par l'assurance maladie aux fonds et entités extérieures, en intégrant si nécessaire des mécanismes de révision annuelle ou semestrielle ;

5- élaborer des règles harmonisées relatives au niveau des fonds de roulement des fonds et entités financées par l'assurance maladie ;

6- définir des règles claires de partage de financement entre l'Etat et l'assurance maladie et s'assurer ex post du respect de ces règles ;

7- améliorer le contrôle de l'utilisation des crédits du FMESPP, en particulier des crédits de l'enveloppe dite « nationale », dont le montant devrait également être réduit.

Chapitre III

La prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux : des dépenses à mieux cibler

La naissance, puis le développement, de la politique conventionnelle avec les professions de santé se sont accompagnés de la mise en place d'une série d'avantages sociaux prenant la forme d'une participation de l'assurance maladie au financement de leur protection sociale. Leur accumulation et leur stratification ont abouti, aujourd'hui, à un ensemble complexe et peu lisible, qui permet difficilement de mettre en rapport leur coût élevé, de près de 2 milliards d'euros, avec des objectifs sanitaires et sociaux.

I - Un coût élevé

En échange de leur engagement dans une relation conventionnelle avec l'assurance maladie et du respect de tarifs opposables, les professionnels de santé du secteur 1 - médecins⁶⁹, chirurgiens-dentistes,

⁶⁹ Dont les médecins directeurs de laboratoire (mais non les directeurs non-médecins).

sages-femmes, auxiliaires médicaux⁷⁰ - bénéficient de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales, par le biais d'un régime d'assurance spécifique (maladie, avantage supplémentaire retraite) ou non (cotisations personnelles d'allocations familiales).

A - Une stratification de prises en charge

1 - Les cotisations d'assurance maladie.

Cette prise en charge, dont l'origine remonte à 1960⁷¹, se fait dans le cadre d'un régime particulier, celui des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), géré par l'assurance maladie selon des règles définies aux articles L.722-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Sont affiliés à ce dernier les professionnels du secteur 1 et, s'ils le souhaitent, les professionnels du secteur 2, mais, en ce cas, sans le bénéfice d'une prise en charge. Ces derniers peuvent également s'inscrire au RSI. Pour leur part, les professionnels non-conventionnés le doivent mais ils représentent un pourcentage très marginal.

L'assurance maladie prend en charge la quasi-totalité de la cotisation d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (9,7 % alors que le taux de cotisation est de 9,81 %).

Depuis la loi d'août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, ce taux comme l'assiette de prise en charge relèvent des négociations conventionnelles. L'article L.162-14-1 alinéa 5 du code de la sécurité sociale énonce que les conventions définissent « les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ».

Progressivement, les différentes conventions ont prévu de restreindre l'assiette de prise en charge aux seuls revenus tirés d'honoraires sans dépassements, hormis le cas des forfaits CMU-C : pour les médecins en 2005, pour les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes en 2006 etc. Il ne semblait en effet ni légitime ni utile que les praticiens et auxiliaires médicaux du secteur 1 continuent de bénéficier d'un tel avantage au titre des dépassements qu'ils pratiquent

70 Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes.

71 Pour rendre plus attractive l'adhésion individuelle à une convention type, proposée à partir de cette année-là, il a été institué un régime d'assurance maladie et vieillesse propre aux praticiens et auxiliaires médicaux, auparavant couverts par des assurances privées. Ce régime était en grande partie financé par les caisses d'assurance maladie.

alors que ces derniers, croissants, devenaient particulièrement importants dans le cas de certaines professions, tels les chirurgiens-dentistes.

A fortiori, les revenus tirés d'activités non-conventionnées, quand les professionnels peuvent réaliser à la fois des actes remboursables et non-remboursables (exemple : l'ostéopathie pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes), se trouvaient exclus de l'assiette de prise en charge et relevaient d'un autre régime, le RSI, qui les assujettissait à des taux différents.

Ce régime complexe, longtemps incertain juridiquement, peu compréhensible par les intéressés et conduisant à une multiplicité de déclarations a fait l'objet de critiques de la Cour dans le RALFSS de 2010, à l'occasion d'une insertion sur les chirurgiens-dentistes⁷². En particulier, les professionnels devaient cotiser à deux caisses tout en ne bénéficiant de prestations que de la part d'une seule. Conformément à la recommandation de la Cour, qui préconisait de « simplifier la réglementation en matière de cotisation d'assurance maladie en élargissant leur assiette au titre du régime des PAMC à l'ensemble de leurs revenus libéraux » (recommandation n°56 du RALFSS), la LFSS pour 2011 a prévu de retenir dans cette assiette les revenus tirés des activités professionnelles des intéressés qui ne sont pas réalisées dans le cadre des conventions, et ce, dans une limite fixée par décret à 5 plafonds de la sécurité sociale. Le barème se présente donc de la manière suivante, avant et après cette réforme :

⁷² RALFSS 2010 pages 336 et suivantes

**Taux de cotisation d'assurance maladie applicables aux
revenus des professionnels de santé du secteur 1**

Assiette	Régime bénéficiaire avant 2011	Taux avant 2011	Régime bénéficiaire depuis 2011	Taux depuis 2011
Revenus tirés d'actes remboursables hors dépassements	PAMC	9,81 % - 9,7 %* = 0,11 %	PAMC	9,81 % - 9,7 %* = 0,11 %
Revenus perçus au titre des dépassements sur les actes remboursables	PAMC	9,81 %	PAMC	9,81 %
Revenus tirés d'actes non- remboursables. En-deçà d'un plafond de SS	RSI	6,5 %	PAMC	9,81 %
Revenus tirés d'actes non- remboursables. – entre 1 et 5 plafonds SS	RSI	5,9 %	PAMC	9,81 %
Revenus tirés d'actes non- remboursables. – au-delà de 5 plafonds	RSI	0 %	PAMC	0 %

**taux de prise en charge par l'assurance maladie*

**2 - La prise en charge de la cotisation personnelle d'allocations
familiales (CPAF)**

Instituée en contrepartie du gel du secteur 2 par la convention médicale de 1990, elle ne concernait originellement que les médecins conventionnés, y compris exerçant les fonctions de directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales (les directeurs pharmaciens ne sont donc pas éligibles). Comme les autres, cette prise en charge partielle du taux de droit commun de 5,4 % incombe à l'assurance maladie, et non à la branche famille.

	Taux pris en charge par l'AMO	Taux effectif supporté par le praticien
Sous le plafond de la SS	5 %	0,4 %
Au-dessus du plafond de la SS	2,9 %	2,5 %

Depuis avril 2009, les infirmiers (ères) libéraux (ales) ayant adhéré au « contrat de santé solidarité », à raison de l'exercice de leur activité en

zone très sous dotée, bénéficient d'une prise en charge à 100 %, des cotisations d'allocations familiales⁷³.

3 - Les régimes d'assurance-vieillesse supplémentaire (ASV)

Il s'agit de régimes de retraite supplémentaires par points, institués par décret en juillet 1962 puis rendus obligatoires dans les années 70 (depuis 1972 pour les médecins) et financés par des cotisations forfaitaires selon les professions. Ce n'est pas l'ACOSS qui les recouvre mais les caisses de retraite de chaque profession⁷⁴. Ils s'ajoutent, pour les intéressés, aux régimes de base des professions libérales et aux régimes complémentaires gérés par leurs sections professionnelles, tous également obligatoires. L'assurance maladie prend en charge 2/3 de ces cotisations pour les PAM du secteur 1, ceux du secteur 2 en supportant le coût à hauteur de 100 %. Comme les autres prises en charge, cette participation relève du cadre conventionnel depuis la loi du 9 août 2004 (article L.645-3 du CSS). En revanche, le niveau des cotisations est fixé par décret (article L. 645-2 du CSS).

Pour les médecins, la pension correspondante, qu'ils peuvent toucher en principe à partir de 65 ans, représente en moyenne 39 % du total des retraites, soit 1 000 euros (19 % pour le régime de base, 42 % pour le régime complémentaire). En réalité, ces régimes se caractérisent par une forte hétérogénéité, la participation de l'assurance maladie allant par exemple de 2 400 € par an pour un médecin du secteur 1 à 150 € pour un auxiliaire de santé (infirmier ou masseur-kinésithérapeute).

⁷³ Ils doivent tirer les 2/3 de leur revenu de leur activité libérale conventionnelle dans la zone très sous-dotée. S'ajoutent d'autres conditions : avoir un taux de télétransmission au minimum de 80 %, réaliser les injections vaccinales contre la grippe dans le cadre des campagnes de l'assurance maladie, assurer le suivi des patients atteints de pathologies chroniques, notamment le suivi des patients insulinodépendants. Une aide à l'équipement du cabinet et à l'investissement professionnel complète cette prise en charge.

⁷⁴ Médecins, chirurgiens-dentistes, auxiliaires médicaux, sages-femmes et directeurs de laboratoires privés d'analyse médicale non-médecins. Le regroupement de la caisse des sages-femmes et de celle des dentistes au 1er janvier 2009 a entraîné l'intégration des premières dans le régime complémentaire des seconds (elles n'en avaient pas) mais non la fusion des deux régimes ASV. Celui des sages-femmes se trouve dans une situation difficile pour des raisons démographiques et la compensation entre ces régimes ASV a par ailleurs été abrogée par la LFSS pour 2009.

L'ASV en 2006

Profession	Médecin	Dentiste	Auxiliaire de santé	Directeur de laboratoire non-médecin	Sage-femme
Caisse	CARMF	CARCD	CARPIMKO	CAVP	CARSAF
Date de création	1962	1962	1962	1981	1962
Obligatoire depuis	1972	1978	1975	1981	1984
Cotisation : part des professionnels	1200 (secteur 1)	1000	77	115,20	229
Cotisation : participation de l'AMO	2400 (secteur 1)	2000	154	230,40	458
Coût pour l'AMO (en millions) en 2005	232,7	71,7	18,4	0,95	1,0
Pour information : part moyenne de l'ASV dans la pension totale	40 %	35 %	20 %	20 %	35 %
Pour information : pension ASV liquidée en 2006 après 30 ans de carrière	13480	9840	4610	6280	3290

Source : COR

L'absence de pilotage de ces régimes a conduit à des taux de rendement instantanés⁷⁵ très élevés, les paramètres remontant à une période où les retraités étaient peu nombreux proportionnellement aux cotisants⁷⁶. Ces taux ont pu dépasser 50 %, soit en réalité, trois fois ce taux, si l'on prend en compte le fait que le professionnel ne supporte que le tiers du coût effectif de la cotisation. En pratique, le délai effectif de récupération des cotisations versées pouvait parfois ne pas excéder quelques mois. Les départs massifs en retraite et la dégradation des ratios de dépendance menant à un épuisement des réserves à relativement brève échéance ont rendu nécessaire une révision des paramètres, par-delà le gel des pensions qui s'est généralisé au cours des années 90.

⁷⁵ Rapport de la valeur de service du point sur son prix d'achat, ou pension annuelle acquise pour un euro de cotisation.

⁷⁶ Et à la suite du passage d'un système par capitalisation à un système par répartition. Celui-ci a manifestement provoqué des erreurs d'appréciation en donnant l'impression de créer des marges de manœuvre financières.

La LFSS pour 2006 a jeté les bases d'une réforme destinée à garantir la pérennité de ces régimes, en déconnectant cotisations et nombre de points acquis d'une part, des lettres clefs des professionnels de santé d'autre part, en prévoyant la possibilité d'appeler une cotisation proportionnelle aux revenus éventuellement non-créatrice de droits et en distinguant différentes catégories de points (liquidés au 1er janvier 2006, acquis avant cette date et après celle-ci), de manière à rendre possible un ajustement progressif des paramètres respectant le principe de l'équité intergénérationnelle. Il revient aux négociations conventionnelles, à l'intérieur de ce cadre général, d'arrêter le contenu précis des réformes en tenant compte des spécificités de chaque profession (capacité contributive, part de l'ASV dans la pension totale, perspectives démographiques, conditions passées plus ou moins généreuses d'acquisition des droits etc.).

Mises en œuvre dans le cas des directeurs de laboratoire d'analyse médicale non-médecins, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux, ces réformes ont pris la forme d'accords sur une hausse des forfaits, l'instauration d'une cotisation d'ajustement proportionnelle au revenu (jusqu'à 5 plafonds de SS77), prise en charge à 50 % ou 60 % et non aux 2/3 par l'assurance maladie, de baisses de la valeur de service des points, y compris pour les pensions déjà liquidées.

Le surcoût des réformes déjà décidées pour l'assurance maladie atteint 73 M€, selon le conseil d'orientation des retraites. La plus coûteuse pour les finances sociales à ce jour est celle du régime ASV des auxiliaires médicaux (47 M€) dans la mesure où elle procède davantage que les autres d'une hausse des prélèvements, compte-tenu du niveau initial relativement faible de leurs cotisations et pensions.

La convention médicale signée le 26 juillet envisage une réforme du régime ASV des praticiens, comparable aux réformes déjà décidées pour d'autres professions, à cette réserve que la participation de l'assurance maladie aux cotisations tant forfaitaires que proportionnelles serait maintenue aux 2/3.

77 Qui aurait a priori pu être non créatrice de droits, mais ce ne fut pas le cas, dans le souci d'éviter d'appeler des cotisations « à fonds perdus ».

Les régimes ASV réformés

	Chirurgiens- dentistes	Directeurs de laboratoire	Auxiliaires médicaux
Cotisation forfaitaire	3900	1296	540
Participation de l'assurance maladie à la cotisation forfaitaire	2/3	2/3	2/3
Cotisation proportionnelle au revenu	0,75 %	0,30 %	0,40 %
Participation de l'assurance maladie à la cotisation proportionnelle	50 %	50 %	60 %

Deux autres dispositifs ont une portée et mobilisent des montants financiers nettement moindres :

- Le mécanisme incitatif à la cessation anticipée d'activité (MICA)

Mis en place en 1988 pour réguler la démographie médicale et maîtriser ainsi l'augmentation des dépenses de santé, il est destiné à financer un revenu de remplacement au profit des médecins conventionnés des secteurs 1 et 2, ayant cessé leur activité professionnelle avant 60 ans et ce, jusqu'à l'âge de 65 ans. Il donne lieu au versement d'une cotisation spécifique versée par les médecins à la CARMF (caisse autonome de retraite des médecins de France), en partie prise en charge par l'assurance maladie (à hauteur de 68,75 %). Si l'accès à ce dispositif a été fermé en 2003, il reste, jusqu'en 2011, un besoin de financement au titre des médecins qui y sont entrés avant cette date. Les cotisations versées ne créent donc pas de droits et servent exclusivement à financer un avantage acquis d'une génération précédente.

- Les médecins de secteur 2 ayant adhéré à l'option de coordination.

Depuis la réforme de 2004, plus aucune disposition législative ne s'oppose à la prise en charge par les caisses d'une partie des cotisations dues par les professionnels du secteur 2, cette participation (et ses modulations) relevant désormais de la politique conventionnelle. Elle a été utilisée en 2005 à l'occasion de la mise en place de l'option de coordination destinée à favoriser l'accès aux soins.

La prise en charge des cotisations des praticiens adhérant à l'option de coordination se fait selon un dispositif ad hoc. L'assurance maladie rembourse a posteriori une partie des cotisations sociales acquittées par les médecins en secteur 2 qui y ont adhéré et qui ont respecté les conditions posées par la convention médicale pour l'exercice de cette option⁷⁸. Les médecins du secteur 2 sont donc éligibles à ces prises en charge de cotisations sur la fraction des revenus tirés des honoraires sans dépassement, qu'ils relèvent du régime des PAMC ou du RSI⁷⁹.

Selon la CNAMTS, le nombre de praticiens ayant adhéré à cette option n'a été que de 1300 environ, et seuls 727 avaient respecté les conditions permettant la prise en charge des cotisations. La convention médicale signée le 26 juillet 2011 l'a reconduite, en prévoyant au surplus un suivi trimestriel des tarifs opposables et des dépassements d'honoraires afin de permettre aux praticiens de corriger éventuellement leur situation en cours d'année et de respecter ainsi les critères requis.

78 Pour les patients qui entrent dans le parcours de soins coordonnés :

- appliquer les tarifs opposables pour les actes cliniques,
- appliquer des dépassements maîtrisés, plafonnés par acte facturé à 20 % des tarifs opposables pour les actes techniques,

à l'échelle de l'ensemble de l'activité du praticien (y compris auprès de patients se situant hors du parcours de soins) :

- réaliser au moins 30 % de ses honoraires en tarifs opposables, dans le cas des actes respectivement cliniques ou techniques,

(article 36 de la convention nationale du 26 juillet 2011).

79 En revanche, les modalités de calcul et de paiement pour les praticiens du secteur 2 affiliés au RSI diffèrent du régime applicable aux médecins du secteur 1. Par exemple, la période de référence pour le calcul des revenus n'est pas la même dans l'un et l'autre cas.

**Récapitulation : modalités de prise en charge des cotisations
sociales des professionnels de santé**

Type de cotisation	Prise en charge par le professionnel	Prise en charge par l'assurance maladie	Revenu ou montant de référence	Professionnels concernés
Maladie	0,11 %	9,7 %	Revenu de n-2	- Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux du secteur 1 - Médecins du secteur 2 ou « DP » avec option de coordination
Famille	0,4 % sous plafond, 2,5 % au-dessus du plafond	5 % sous plafond, 2,9 % au-dessus du plafond	Revenu de n-1	Médecins du secteur 1
ASV	1/3 du forfait prévu pour la profession	2/3 du forfait prévu pour la profession	Forfait par profession	Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux du secteur 1
MICA	0,205 %	0,27 %	Revenu de n-2	Tous médecins

Comme on l'a vu, la loi d'août 2004 accorde une grande liberté aux négociations conventionnelles à cet égard. Ainsi le 5ème alinéa de l'article L.162-14-1 indique que les conventions définissent « les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11 (*allocations familiales*), L. 645-2 (ASV) et L. 722-4 (*maladie, maternité, décès*) ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'exercice ;

elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ».

Cette liste de prises en charge peut donc s'allonger au fil des années, en particulier si de tels avantages devaient servir de contrepartie usuelle à certains efforts demandés aux professionnels, quand bien même s'agirait-il de concourir à un objectif de santé publique, ce qui est au demeurant consubstantiel à leur activité.

B - Une charge importante essentiellement supportée par le régime général

En 2010, le coût total de ces prises en charge pour l'assurance maladie a atteint 1,985 Md€. Le régime général en supporte 90 % (1,79 Md€), le régime agricole (exploitants et salariés), environ 6 % et le RSI 4 %⁸⁰.

Les cotisations d'assurance maladie en représentent la part la plus importante (les 2/3) devant les cotisations vieillesse, au titre des régimes ASV (17,8 %), et les cotisations personnelles d'allocations familiales des médecins du secteur 1 (15,2 %).

Ce coût total s'est accru de 13 % entre 2003 et 2010 (+1,5 % par an), les charges au titre des cotisations vieillesse (+34 %) et d'allocations familiales (+19,7 %) se montrant les plus dynamiques, tandis que s'éteignait le dispositif MICA, qui représentait encore 5 % de ce coût global en 2003 (d'où un accroissement de près de 19 % de ce total hors MICA, soit +2,5 % par an).

Les facteurs explicatifs de l'évolution de ces différents postes tiennent à la démographie, à l'activité par professionnel et aux tarifs de base propres à chaque discipline, c'est-à-dire essentiellement aux revenus⁸¹, mais aussi à certaines modifications conventionnelles et/ou réglementaires affectant ces cotisations et leur prise en charge. Ainsi en va-t-il :

80 Cette répartition résulte, d'une part, du financement par le régime général de la totalité de la participation prévue au titre des cotisations « ASV » et « MICA », d'autre part, au titre des allocations familiales et de l'assurance maladie, d'une ventilation de cette charge selon une clef fixée par arrêté annuel du ministre de la santé (88 % pour le régime général, 7,5 % pour la MSA et 4,5 % pour le RSI, en 2010).

81 Revenus de N-2 pour les cotisations d'assurance maladie, de N-1 pour les autres.

- entre 2005 et 2007, pour ce qui concerne les prises en charges de cotisations maladie, de l'exclusion de leur assiette des revenus tirés des dépassements d'honoraires (-10 % en deux ans). Cette dernière disposition a permis, toutes choses égales par ailleurs, des économies pour les comptes sociaux⁸² ;
- entre 2007 et 2009, pour ce qui est des cotisations vieillesse (+25 % en deux ans), des mesures de redressement décidées dans le cas de certains régimes ASV.

Par ailleurs, l'assiette de ces cotisations s'entend elle-même nette de charges et subit donc, avec un retard de un à deux ans, l'effet des variations du montant des cotisations lors des années précédentes - effet de sens inverse. Ainsi, un accroissement des revenus en N induit une hausse des charges en N+2 (assurance maladie) et en N+1 (autres prélèvements sociaux) qui, toutes choses égales par ailleurs, minore les revenus de ces années-là et donc, les cotisations à recouvrer et à prendre en charge lors des exercices ultérieurs.

Ces phénomènes nombreux et complexes perturbent l'analyse des évolutions annuelles. A moyen terme, la tendance à l'augmentation des revenus des professions de santé semble prépondérante, les conséquences des modifications réglementaires pouvant notamment se compenser en partie.

La participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales représente pour les professions de santé concernées un apport de ressources non négligeable, mais inégal.

Pour les médecins du secteur 1, qui bénéficient d'une prise en charge spécifique des cotisations d'allocations familiales et, au titre de

82 Partiellement compensées par certaines revalorisations tarifaires (et la hausse des prises en charges subséquentes) qui ont pu être parfois accordées en contrepartie de cette réforme. Par ailleurs, il convient de signaler l'évolution assez erratique des prises en charge bénéficiant aux chirurgiens-dentistes du fait d'un arrêt du Conseil d'Etat de 2008 conduisant à annuler l'effet, au titre de la seule année 2006, de la réforme de l'assiette de ces prises en charge décidée à l'occasion de la convention dentaire de 2006. Il a jugé qu'elle revêtait un caractère rétroactif dans le cas de cette année. On a donc observé une baisse de cette participation (réforme de l'assiette), puis une hausse (remboursements aux professionnels à la suite de cette annulation partielle) et, à nouveau, une diminution (mise en œuvre d'une nouvelle disposition destinée à compenser après coup l'effet de la décision du Conseil d'Etat, au bénéfice de comptes de l'assurance maladie).

l'ASV, d'une prise en charge aux 2/3 du forfait le plus élevé des professions de santé, cette participation de l'assurance maladie représente un part appréciable des revenus conventionnels : de plus de 18 % en 2007 dans le cas des généralistes et de près de 14 % dans celui des spécialistes⁸³. L'avantage correspondant atteint 10,3 % pour les pédicures, 9,4 % pour les sages-femmes et un peu plus de 8 % pour les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que pour les infirmier(ère)s. Il est moindre pour les chirurgiens-dentistes (7,1 %) depuis la réforme de l'assiette de participation puisque les dépassements contribuent à leurs revenus pour près de la moitié.

A titre purement illustratif, la contribution financière que représente cette prise en charge a été rapportée à certaines prestations parmi les plus courantes effectuées par les différentes professions concernées. De fait, elle peut apparaître comme une mesure équivalente ou un substitut à une hausse des tarifs remboursables, ayant l'avantage, par rapport à cette dernière, d'éviter un accroissement du ticket modérateur à la charge du patient ou de son assurance complémentaire.

83 Source : rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2009.

**Montant de prise en charge de cotisations maladie et famille
pour certains actes courants**

Profession	Prestation	Tarif conventionnel (euros)	Prise en charge de cotisations sociales (euros)
Médecin du secteur 1	Consultation	23	3,38 en dessous du plafond SS, 2,90 au-dessus
Médecin spécialiste du secteur 1	Avis ponctuel de consultant	46	6,76 en dessous du plafond SS, 5,80 au-dessus
Chirurgien-dentiste	Traitement d'une carie une face	16,90 (tarif opposable)	1,64
Infirmier(ère)	Séance de soins infirmiers (y compris un déplacement de 10 km en plaine)	14,95	1,45
Masseur-kinésithérapeute	Séance de rééducation d'un membre	15,30	1,48
Sage-femme	Consultation dans le cadre du suivi d'une grossesse	19	1,84
Sage-femme	Surveillance d'un accouchement	106	10,28

Pour les médecins de secteur 1, par exemple, la prise en charge de ces cotisations par l'assurance maladie représente ainsi une majoration substantielle du C : +15 % en dessous du plafond de la sécurité sociale, 13 % au-dessus.

Par ailleurs, ces professions bénéficient d'une prise en charge de cotisations retraite au titre des régimes ASV, à caractère pour l'essentiel forfaitaire et donc, en première analyse, indépendante de la valeur des actes. Toutefois, si l'on rapportait le montant de l'avantage ainsi accordé à un médecin du secteur 1 au nombre moyen de consultations qu'il donne au cours d'une année, il conviendrait d'ajouter 68 centimes d'euros aux totaux de la première ligne (soit, par exemple 4,06 euros de prise en

charge pour une consultation au tarif de 23 euros en-deçà du plafond de la SS).

Au final, les médecins du secteur 1 représentent, en 2010, 61 % du poids total de ces prises en charge⁸⁴, alors qu'ils ne constituent que 34 % de l'ensemble des professionnels de santé exerçant à titre libéral éligibles à celles-ci⁸⁵. De fait, les plus de 300 millions d'euros afférents aux cotisations d'allocations familiales leur bénéficient en totalité, les près de 1,3 Md€ de participation financière au titre de l'assurance maladie, à hauteur de 52 % (30 % pour les généralistes, 22 % pour les spécialistes) et les 350 millions de prises en charge de cotisations vieillesse (ASV), à hauteur de 61 %.

Les autres professions se partageant cette forme d'aide publiques sont principalement :

- les infirmiers(ères) (14 % de la participation de l'AMO, pour 23 % des effectifs concernés) ;
- les chirurgiens-dentistes (11 %, pour 14 % des effectifs) ;
- et les masseurs-kinésithérapeutes (10 %, pour 18 % des effectifs).

Les seules évolutions notables à cet égard au cours de la décennie écoulée tiennent à :

- un recul, limité, de la part des médecins dans le bénéfice de l'aide consentie au titre de l'ASV, en contrepartie d'un accroissement de celle des professions dont le régime ASV a été réformé, ce qui s'est traduit par une hausse des cotisations des intéressés mais aussi des prises en charge correspondantes⁸⁶,
- une diminution, sensible (de 23 % en 2003 à 9 % en 2010), du pourcentage, au profit des chirurgiens-dentistes, de la participation au financement des cotisations d'assurance maladie, en raison de la décision d'exclure les dépassements de l'assiette de calcul (cf. supra).

84 hors MICA.

85 Au nombre d'environ 250 000, les médecins du secteur 2 étant ici exclus de ce total puisque la participation financière de l'assurance maladie ne les concerne que de manière marginale.

86 Mais de telles réformes s'appliqueront à terme à toutes les professions de santé.

C - Une application incertaine du droit et des pertes probables pour les finances sociales.

1 - Le revenu de référence et le droit régissant le règlement des cotisations

Les cotisations d'assurance maladie au régime des PAMC sont calculées⁸⁷, pour une période d'assurance qui va du 1er mai de l'année n au 30 avril de N+1, sur la base des revenus de N-2 déclarés en N-1 et portées sur un compte « PAM » tenu par les URSSAF pour chaque professionnel. Si leur paiement peut être fractionné, il ne s'agit pas de versements provisionnels donnant lieu à régularisation ultérieure. Le revenu d'activité pris en compte au titre de la couverture maladie en N et N+1 est bien celui de N-2 (d'où une assiette forfaitaire les premières années).

Les cotisations d'allocations familiales, comme la CSG, la CRDS, la cotisation de formation professionnelle ou la cotisation URML (unions régionales des médecins libéraux, notamment chargées de l'évaluation des pratiques professionnelles) sont, pour leur part calculées pour l'année civile N, à titre provisionnel sur la base des revenus de N-2, déclarés en N-1 et portées sur un compte « ETI » (employeur et travailleur indépendant) tenu par les URSSAF, et distinct du compte « PAM », puis donnent lieu à une régularisation, en N+1, en fonction des revenus effectivement perçus en N.

Le régime des PAMC est un des derniers à ne pas avoir aligné sur l'année civile la période d'ouverture des droits, avec celui des étudiants, pour lesquels cette particularité apparaît plus justifiée.

La COG Etat-ACOSS pour la période 2006-2009 avait prévu qu'une étude soit menée en vue de l'harmonisation des échéances des cotisations et contributions dues par les PAM, ce qui nécessite une adaptation de la réglementation. L'Etat et l'activité de recouvrement n'ont pas respecté cet engagement, en dépit de la constitution par la DSS d'un groupe de travail chargé de proposer des aménagements juridiques, financiers et comptables à la prise en charge des cotisations des PAMC par l'assurance maladie.

87 Article D. 722-4 du code de la sécurité sociale.

2 - Les problèmes touchant au calcul de l'assiette des cotisations et de la participation de l'assurance maladie.

a) Les difficultés liées aux revenus « non-conventionnés ».

La situation antérieure à la LFSS pour 2011

Une lettre circulaire conjointe de l'ACOSS et de la CNAMTS d'août 2005, tirant les conclusions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes de janvier 2005, précise très clairement dans un tableau que l'assiette de participation des CPAM aux cotisations se trouve minorée à concurrence des revenus issus des dépassements d'honoraires mais aussi des bénéfices liés à d'autres activités, non-conventionnées⁸⁸, ce qui paraît la moindre des choses. Les professionnels concernés étaient censés les déclarer au RSI et s'acquitter auprès de ce dernier des cotisations dues à ce titre.

En pratique, cette obligation de double affiliation (auprès du régime des PAMC et du RSI), selon la nature des revenus, est restée lettre morte, les professionnels ne se manifestant pas spontanément auprès du RSI et ce dernier n'ayant pas entrepris d'action ne serait-ce qu'afin de les inviter à régulariser leur situation. Interrogée à ce sujet, la DSS déclarait que « sans pouvoir apprécier l'ampleur du phénomène, il semblerait que des professionnels de santé ne paieraient aucune cotisation sur les revenus tirés de leur activité hors convention ou non remboursable par l'assurance maladie ». Une autre hypothèse consistait dans la déclaration par erreur de ces derniers dans la ligne réservée aux « revenus conventionnés », d'où des prises en charge indues.

Les changements induits par la LFSS pour 2011.

La réforme mise en œuvre par la LFSS pour 2011⁸⁹ conformément à une recommandation de la Cour⁹⁰ constitue un pas en avant important. Dorénavant, les professionnels du secteur 1 ne relèvent plus que d'un seul régime, celui des PAMC, n'ont plus affaire qu'à une seule caisse et doivent lui déclarer leur revenus issus d'activités non-conventionnées jusqu'à un plafond élevé (5 plafonds de la SS).

Au plan des principes, ce plafonnement revient à une forme d'exonération de cotisations, aussi profitables aux professionnels et

88 Par exemple, certains « actes hors nomenclature » pratiqués de manière relativement courante dans une série de professions, comme les chirurgiens-dentistes (dans le cas des implants dentaires, notamment), les pédicures-podologues et les masseurs-kinésithérapeutes.

89 Modification de l'article L.722-4 du CSS.

90 Recommandation n°56 du RALFSS de 2010.

coûteuses pour l'assurance maladie qu'une prise en charge, alors qu'il s'agit là de revenus tirés d'honoraires non-remboursables. Un tel avantage apparaît paradoxal. A contrario, on peut considérer que ce changement représente un progrès au regard de la situation antérieure, en particulier telle qu'elle était en pratique.

Mais cette formule ne résout toutefois pas tous les problèmes.

D'une part, on peut suspecter que nombre de professionnels ne font pas ou continuent de ne pas faire correctement la distinction entre activités conventionnée ou non. Il en résulte toujours des prises en charge injustifiées. Les informations transmises par les CPAM ne permettent pas de redressement aisé puisqu'elles portent sur des honoraires et non sur des revenus.

D'autre part, elle ne règle pas la question de la non ou sous-déclaration éventuelle de tels revenus, qui met en jeu le recouvrement de l'impôt sur le revenu et de l'ensemble des cotisations sociales. L'assurance maladie n'en a en effet aucune connaissance puisque les CPAM n'ont communication que des honoraires sans dépassements et des dépassements. Contrairement à une autre recommandation du RALFSS de 2010, il n'a pas été décidé d'imposer l'obligation de faire figurer sur les feuilles de soins la totalité des actes effectués et des honoraires perçus ainsi que d'inclure dans le SNIR les actes hors nomenclature. L'application du droit repose donc sur les contrôles des URSSAF et des services fiscaux. Or, les contrôles d'assiette sur pièce et sur place réalisés par les URSSAF demeurent rares, les PAM ne constituant pas une catégorie prioritaire.

Malgré l'intérêt enfin porté à l'occasion de la LFSS pour 2011 à la question des revenus « non-conventionnés », qui représentent parfois une part élevée des revenus de certains professionnels de santé, il s'en faut ainsi de beaucoup que toutes les dispositions aient été prises afin de s'assurer qu'ils en font une déclaration exhaustive et/ou que les finances sociales n'assument pas à ce titre des prises en charge indues de cotisations.

b) Les dividendes des sociétés d'exercice libéral (SEL)

Requalifier des revenus non-salariés en revenus de capital par le biais de la création d'une société d'exercice libéral (SEL) constituait un moyen commode de limiter les prélèvements sur ceux-ci, en les faisant échapper aux cotisations sociales.

Depuis la LFSS pour 2009 (article 22), qui a mis fin à une divergence de jurisprudence entre le Conseil d'Etat et la Cour de

cassation, les revenus tirés du résultat de SEL (dividendes, comptes courants d'associés débiteurs, intérêts de ces derniers, primes d'émission) sont réintégrés dans l'assiette des cotisations et contributions sociales⁹¹, au-delà d'un seuil de 10 % du capital social (et des fonds assimilables à ce dernier), censé correspondre à une rémunération normale des fonds investis⁹².

L'intérêt du recours à la forme de la SEL devrait décroître de manière significative. Dans le nouvel état du droit, le professionnel s'acquitte dans tous les cas de cotisations sociales et au surplus, s'il exerce dans le cadre d'une SEL, d'un impôt sur les sociétés (qui contribue toutefois à minorer l'assiette de l'IR). L'avantage éventuel que conservera cette formule tiendra, cette fois-ci seulement au cas par cas, à la fiscalité des dividendes (prélèvement libératoire forfaitaire de 19 % ou soumission au barème progressif de l'IR après application d'un abattement de 40 %), qui, ajoutée à celle des bénéficiaires de la SEL, doit être comparée à un éventuel IR dû au titre des revenus du travail. Par ailleurs, elle offre la possibilité de repousser et d'étaler dans le temps la taxation de certains revenus d'activité et donc de mener à bien une certaine optimisation fiscale.

L'effet de cette réforme bienvenue reste cependant à ce jour incertain, non seulement du fait de son caractère récent mais aussi en raison d'une mobilisation insuffisante des administrations sociales en vue de son application (information des professionnels et adaptation des déclarations de revenus, contrôles). Il importe de faire rapidement un bilan de sa mise en œuvre.

Les rémunérations n'ayant pas le caractère de salaire versées par certaines structures à des professionnels libéraux

Jusque récemment, l'assurance maladie ne retenait pas dans l'assiette de participation les honoraires qui ne sont pas réglés directement par le patient au professionnel. En effet, elle considérait que la prise en charge de cotisations constituait la contrepartie d'un certain droit de regard sur la fixation des honoraires afférents. Or, elle n'en

91 Cotisations d'assurance maladie/maternité, vieillesse et d'allocations familiales. CSG et CRDS. En contrepartie, ces revenus réintégrés échappent dorénavant à la CSG, à la CRDS et aux prélèvements sociaux dus au titre des produits de placements et des revenus du patrimoine.

92 Article L. 131-6 du CSS. Au plan fiscal, ils demeurent toutefois des revenus de capitaux mobiliers imposables en tant que tels à l'IR.

dispose pas en l'occurrence, bien qu'elle assume la charge de ces rémunérations en finançant les structures de soins concernées⁹³.

La loi du 10 août 2011, modifiant certaines dispositions de la loi de juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a notamment conduit à l'ajout, après le mot « honoraires, au 5ème alinéa de l'article L. 162-14-1 » (qui définit l'assiette de prise en charge), de la formule « ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération ». Ces rémunérations doivent donc aujourd'hui donner lieu à prise en charge.

II - Une prise en charge de cotisations sociales à mieux cibler

A - Des objectifs peu lisibles

1 - La promotion du conventionnement médical

La prise en charge croissante des cotisations sociales des professionnels de santé s'est historiquement inscrite dans la montée en puissance d'une démarche conventionnelle promue par les pouvoirs publics, s'efforçant à un certain encadrement de la liberté tarifaire sous-tendue par le principe de l'« entente directe » sur les honoraires entre praticien et patient.

Après les conventions départementales prévues en 1945, a été établie, en 1960, la possibilité d'une adhésion individuelle à une convention-type. Pour rendre le conventionnement plus attractif, les pouvoirs publics ont institué un régime d'assurance maladie et vieillesse propre comportant certains avantages. Auparavant, ces risques étaient couverts par des assurances privées comme dans le cas des autres non-salariés.

Se fondant sur cet historique, la direction de la sécurité sociale fait valoir que la suppression de cet avantage conduirait les médecins à revendiquer une liberté tarifaire conduisant à ce que l'assurance maladie rembourse de moins en moins les frais auxquels les assurés sociaux seraient exposés. La CNAMTS, quant à elle, considère que cette remise en cause se traduirait par le choix systématique du secteur 2 par les

93 En revanche, en font naturellement partie les revenus tirés de l'exercice d'une activité libérale dans ces établissements.

professionnels remplissant les conditions d'accès à celui-ci et par une demande de revalorisations des honoraires opposables de la part des professionnels du secteur 1, aux fins de compenser l'augmentation des cotisations sociales effectivement acquittées.

Le facteur essentiel du conventionnement tient cependant aujourd'hui plutôt au fait que le remboursement des soins aux patients par l'assurance maladie solvabilise la demande de ces derniers et confère une forme de légitimité aux praticiens auprès d'eux. Certes, pour quelques spécialistes renommés, ces éléments peuvent être secondaires, mais comme ils appartiennent en général au secteur 2, la question de cette prise en charge ne les concerne pas.

En pratique, cet instrument a pu certes contribuer au développement de la politique conventionnelle car de nouveaux avantages ont servi de contreparties à certains changements ne suscitant pas spontanément l'adhésion des professionnels (convention médicale, fermeture du secteur 2...). Toutefois, ces prises en charge ont perduré et se sont sédimentées quand bien même elles perdaient leur sens avec le temps.

2 - Les dépassements d'honoraires

La prise en charge de cotisations a été souvent promue comme un outil de régulation des dépassements d'honoraires.

a) Le choix du secteur d'exercice

Conservent aujourd'hui la possibilité de pratiquer à titre permanent des dépassements des tarifs opposables : les médecins de secteur 1 titulaire d'un droit permanent à dépassement (DP) ou les médecins autorisés à pratiquer des « honoraires différents » (les médecins du secteur 2). Le droit à dépassement permanent a été fermé par la quatrième convention de 1980⁹⁴ qui a, en revanche, ouvert le droit à pratiquer des « honoraires différents ». Il permet aux médecins qui ont choisi d'exercer dans ce secteur de pratiquer des dépassements, la conséquence en étant aussi, pour eux, la perte du financement par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales.

Initialement, cette option était ouverte à tous les médecins conventionnés et devait être exercée lors de l'adhésion à la convention ou lors d'un bilan général prévu à l'issue de la deuxième année d'application

94 Au 31 décembre 2008, 24 généralistes et 360 spécialistes disposaient encore de ce droit.

de la convention. Le dispositif a été repris dans la convention de 1985. Toutefois, devant le succès trop important de cette formule, la convention du 9 mars 1990 a fortement encadré le passage en secteur 2 afin de garantir à tous les assurés la liberté d'accéder à des soins de qualité dans le cadre d'honoraires opposables.

En effet, cette faculté s'est traduite, en pratique, par l'accroissement continu du nombre des praticiens optant pour le secteur 2 : ce dernier regroupait ainsi, en 1990, plus du quart des médecins généralistes et spécialistes. Ce pourcentage national recouvrait, qui plus est, des disparités considérables d'un département à l'autre, de sorte que les patients ne disposaient, dans certaines villes, d'aucun praticien ayant opté pour le respect des tarifs conventionnels.

Aussi, pour les praticiens s'installant pour la première fois après le 1er décembre 1989, la convention a subordonné le choix du secteur 2 à la possession de certains titres liés à une activité dans un établissement hospitalier public ou privé participant au service public hospitalier. Ce choix devait être effectué dans le délai d'un mois suivant la notification de la nouvelle convention ou à la date de la première installation⁹⁵.

Une des conclusions que l'on peut tirer de cette expérience est que l'avantage social lié à l'appartenance au secteur 1, à savoir la prise en charge de certaines cotisations, a pesé d'un faible poids dans le choix des PAM pendant la période où il leur était laissé. Tel semble être toujours le cas aujourd'hui pour ceux qui jouissent encore de cette faculté. Ainsi, 20 ans après le durcissement des conditions d'accès au secteur 2, l'assurance maladie⁹⁶ s'alarme de l'accroissement continu, passé et en prévision, de la proportion de spécialistes inscrits en secteur 2 (4 médecins sur 10 mais 6 sur 10 parmi ceux qui se sont installés en 2010), particulièrement élevée dans certaines zones ou dans le cas de certaines disciplines.

b) La limitation des dépassements dans le secteur 1 quand ils sont autorisés.

La prise en charge de cotisations pourrait participer d'une politique de limitation des dépassements d'honoraires dans le secteur 1, puisque l'on a vu que les différentes conventions ont progressivement exclu ces derniers de l'assiette afférente.

95 En revanche, les praticiens installés avant le 1er décembre 1989 conservaient le bénéfice de leur option conventionnelle. La convention disposait pour l'avenir et ne pouvait obliger les médecins exerçant en secteur 2 à revenir en secteur 1.

96 Point d'information de la CNAMTS du 17 mai 2011.

Si cette adaptation constitue une économie pour les finances sociales et paraît des plus normales, la collectivité n'ayant pas à subventionner la pratique des dépassements, il s'en faut sans doute de beaucoup qu'elle puisse réellement influencer sur celle-ci. Par définition, le prélèvement supplémentaire correspondant ne représente qu'une part limitée du revenu net de charges (hors cotisations) procuré par les dépassements. Il en va de même des actes hors nomenclature ou ce qu'il convenu d'appeler plus généralement l' « activité non-conventionnée ».

Dans le cas des chirurgiens-dentistes, les dépassements représentent près de la moitié des honoraires totaux, leur masse avoisinant 4,2 Md€ en 2008, essentiellement au titre des soins prothétiques (pour lesquels le prix peut être de plusieurs fois supérieur au tarif de référence). A cet égard, il apparaît que la réforme de l'assiette évoquée plus haut, à l'occasion de la convention dentaire de 2006, n'a pas freiné l'accroissement des dépassements. Pour les seuls soins prothétiques, leur part dans les honoraires a ainsi continué à augmenter, passant de 70,7 % en 2006 à 72,2 % en 2008.

La question est ainsi posée de mieux faire contribuer cet effort financier très important de l'assurance maladie à la résolution de certaines difficultés qui s'aggravent dans l'accès aux soins, en particulier en raison de l'inégale répartition territoriale des médecins libéraux. La Cour a ainsi recommandé dans le RALFSS 2011⁹⁷ de reconsidérer les modalités de prise en charge des cotisations sociales de l'ensemble des médecins, généralistes comme spécialistes, ceux déjà installés comme ceux qui sortent de formation, en les modulant en fonction de leur implantation territoriale.

B - Des problèmes méritant un réexamen

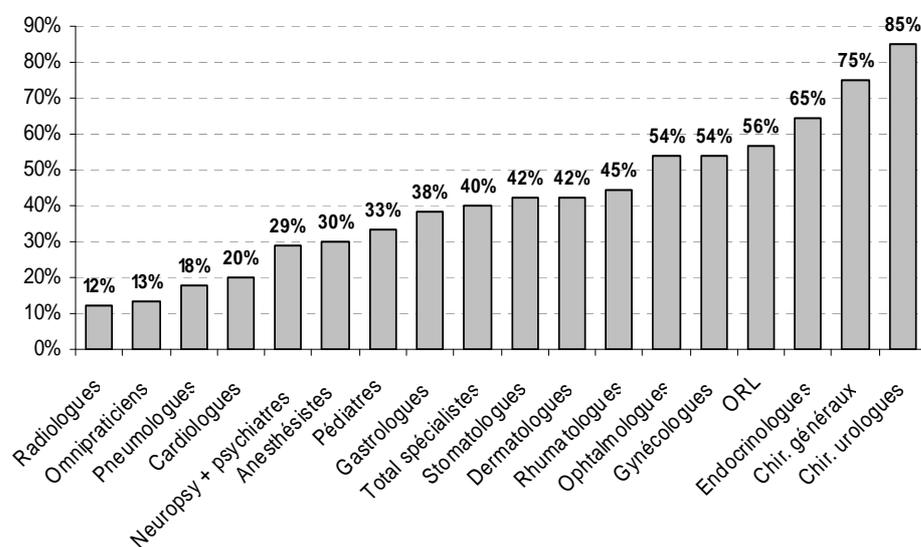
1 - La visibilité et la lisibilité de cette prise en charge pour les professionnels de santé libéraux

On fait souvent valoir que les PAM n'ont pas conscience des montants pris en charge par l'assurance maladie, alors qu'ils représentent un coût important pour cette dernière et une contribution non négligeable à leurs revenus. De ce point de vue, ni les pouvoirs publics ni la CNAMTS n'ont pris à ce jour d'initiative notable et n'ont en particulier valorisé ce dispositif à l'occasion des dernières négociations conventionnelles.

2 - La liberté de choix d'affiliation laissée aux professionnels du secteur 2

Les PAM du secteur 2 représentent des effectifs importants et parfois majoritaires dans certaines professions.

Part de médecins libéraux en secteur 2 selon la spécialité en 2007



Source : DSS

Jusqu'en 1987, les médecins, même inscrits dans le secteur 2, relevaient tous du régime des PAMC. En 1987, les médecins de secteur 2 ont eu le choix lors de leur première installation d'adhérer au régime des PAMC ou au régime des non salariés non-agricoles. Aujourd'hui, au moment où ils s'établissent en secteur 2, les professionnels de santé concernés ont donc la faculté de s'affilier au régime des PAMC géré par la branche maladie du régime général (sans prise en charge de leurs cotisations) ou au RSI. Ainsi, environ 29 000 médecins, omnipraticiens et surtout spécialistes, ont eu à opter pour l'un ou l'autre des deux régimes. Une telle possibilité de choisir son régime d'assurance maladie obligatoire est singulière dans le paysage de la protection sociale en France.

Les taux de cotisations au RSI sont moins importants que ceux qui s'appliquent dans le cadre du régime des PAMC (9,81 % sans plafond). Jusqu'à un plafond de sécurité sociale, le taux atteint 6,5 % ; pour des

revenus dont le montant est supérieur à un plafond de sécurité sociale et jusqu'à cinq plafonds, le taux est de 5,9 %. Les revenus supérieurs à cinq fois le plafond ne sont pas assujettis à cotisation. Ce type de disposition, qui limite le caractère redistributif de l'assurance maladie, n'a plus cours dans le cas du régime général des salariés depuis 1984.

A contrario, il existe peu de différences entre les prestations offertes par les deux régimes. Elles sont totalement identiques s'agissant des prestations en nature mais aussi des indemnités journalières de maladie. Certes, le régime des PAMC n'en verse pas mais c'est aussi le cas du RSI, comme pour toutes les professions libérales.

Au 31 décembre 2008, le nombre de professionnels du secteur 2 affiliés au régime des PAM est de 2 506 (8,7 %) et de 26 160 au RSI (91,3 %). En pratique les nouveaux praticiens de secteur 2 s'affilient systématiquement au RSI et on peut considérer que des médecins relevant du régime du PAMC ne l'ont pas quitté pour le RSI parce qu'ils n'en ont plus la possibilité. Cette situation se comprend aisément au regard des cotisations demandées.

Pour un médecin touchant le revenu libéral moyen, le gain lié au choix de s'affilier au RSI atteignait 3 416 euros (3,7 % de ce revenu). Or, les praticiens pouvant exercer ce choix sont essentiellement des spécialistes dont les revenus moyens dépassent ceux de l'ensemble des médecins. De ce fait, on peut considérer que le gain des médecins effectivement concernés excède cette somme, en moyenne. De plus, en raison du mécanisme de plafonnement des cotisations au RSI, il croît avec le revenu libéral, en valeur absolue mais aussi en pourcentage.

Ainsi, pour un anesthésiste en secteur 2 (revenu moyen de 183 340 €), la cotisation s'élèverait respectivement à 17 985 € (taux de 9,81 %) au régime des PAMC et à 10 039 € au RSI (cotisation maximale en 2008, correspondant ici à un taux de prélèvement apparent de 5,5 %), ce qui représente une économie de 7 946 euros dans le second cas (4,3 % des recettes nettes).

3 - Une dépense peu régulée, dont la croissance pourrait s'accélérer

Le taux de participation de l'assurance maladie ne dépend pas des niveaux d'activité et des tarifs conventionnels. Le coût de ces prises en charge croît donc globalement comme la masse des honoraires sans dépassements perçus par les professionnels et profite à ceux dont l'activité est la plus importante.

De même, la Cour concluait dans le RALFSS de 2005, qu'au vu de la très forte contrainte financière globale, « il conviendrait de cesser de faire des régimes d'ASV un instrument de négociation dans les relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie ». Or, la convention médicale signée le 26 juillet 2011 envisage une réforme de ce régime dans le cas des praticiens d'ici la fin de l'année 2011, en vue d'une entrée en vigueur au début de 2012, qui impliquera une augmentation de la participation financière de l'assurance maladie. Un précédent effort de redressement, dans les années 90, s'était traduit par un triplement de son coût pour l'assurance maladie.

Enfin les discussions en cours sur le secteur optionnel, si elles aboutissent, conduiront d'une manière ou d'une autre à accorder aux médecins concernés du secteur 2 une prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales en contrepartie des engagements pris pour limiter les dépassements, alors que se pose la question de l'efficacité de ce dispositif au regard de ses objectifs.

Au total, on peut donc prévoir au cours des prochaines années une croissance substantielle des dépenses de l'assurance maladie au titre de la prise en charge des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé, ce qui rend indispensables une plus grande lisibilité et visibilité de ces dispositifs ainsi que le renforcement de leur efficacité par un meilleur ciblage de leurs objectifs.

————— *CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS* —————

La prise en charge par l'assurance maladie d'une part très importante des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés a un coût élevé (près de 2Md€ en 2010) et en forte croissance (+ 27 % entre 2000 et 2010) mais cette prise en charge n'a joué dans la période récente qu'un rôle limité en pratique dans la dynamique conventionnelle, la promotion du secteur 1 et la limitation des dépassements d'honoraires des professionnels de ce secteur quand ils ont la possibilité d'en pratiquer. Malgré son coût élevé, sa contrepartie au bénéfice des assurés et des patients apparaît donc aujourd'hui mal assurée. Il n'en est pas de même pour les professionnels de santé pour qui cette mesure représente une part appréciable des revenus conventionnels estimée respectivement à 18 % et 14 % pour les généralistes et les spécialistes.

Parmi les différentes pistes de réforme à mettre à l'étude aux fins de renforcer l'efficacité cette dépense, la Cour a déjà recommandé dans le RALFSS 2011 d'introduire, à coûts constants, une modulation en fonction de la répartition territoriale des professionnels de santé.

Malgré l'intérêt enfin porté à l'occasion de la LFSS pour 2011 à la question des revenus « non-conventionnés », qui représentent parfois une part élevée des revenus de certains professionnels de santé, il s'en faut de beaucoup que toutes les dispositions aient été prises afin de s'assurer qu'ils en font une déclaration exhaustive et/ou que les finances sociales n'assument pas à ce titre des prises en charge indues de cotisations.

C'est pourquoi la Cour recommande de :

8- Améliorer la visibilité et la lisibilité de la participation de l'assurance maladie au financement des cotisations sociales en particulier auprès des professionnels concernés, et en accroître l'efficacité, notamment en les modulant en fonction de la répartition territoriale des professionnels de santé (aux fins de les encourager à s'installer dans les zones les moins bien pourvues) ;

9- dans le cas des revenus « non-conventionnés » (et donc non-remboursables) des professionnels de santé (notamment tirés des actes dits « hors nomenclature »), prendre les dispositions nécessaires afin de s'assurer, d'une part, qu'ils en font une déclaration exhaustive auprès des administrations tant fiscales que sociales, d'autre part, que ces dernières n'assument pas à ce titre des prises en charge indues de cotisations ;

10- faire rapidement un bilan de l'assujettissement aux cotisations sociales, depuis la LFSS de 2009, de la plus grande partie des dividendes des sociétés d'exercice libéral (SEL) détenues par des professionnels de santé, afin d'en tirer toutes les conséquences opérationnelles nécessaires, en particulier en vue de la bonne application du droit par ces professionnels ;

11- évaluer l'impact financier de la décision⁹⁸ d'élargir l'assiette de prise en charge de cotisations par l'assurance maladie aux rémunérations n'ayant pas le caractère de salaire versées par certaines structures à des professionnels libéraux, ainsi que le nombre de professionnels et des montants de revenus concernés.

98 Prise à l'occasion de la loi du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Conclusion

Sur la période 2001-2010, les charges de gestion technique autres que les prestations légales (hors dotations aux provisions et charges financières) ont crû de 22 %, en neutralisant l'incidence de la création de la CNSA. Ces charges ont donc progressé nettement moins vite que les prestations légales (+50 %), qui représentent par ailleurs 87 % des charges de gestion techniques hors provisions et charge financières.

Parmi ces dépenses, certaines constituent en tout ou partie une charge qui peut être contestée pour l'assurance maladie. C'est notamment le cas des compensations bilatérales, dont le mode de calcul fait peser encore actuellement une charge induite d'environ 565 M€ sur le régime général, ou, de manière plus marginale, du transfert de certaines dépenses (CNG, CGOS) de l'Etat vers l'assurance maladie.

Au-delà, l'amélioration du pilotage de ces dépenses est indispensable. Cela vaut tout particulièrement pour le financement des fonds et entités extérieurs qui représente une charge de près de 1 Md€ pour le régime général : le cadre budgétaire et les modalités de fixation des dépenses sont très variables selon les dépenses, le partage des compétences et des financements entre l'Etat et l'assurance maladie mais aussi entre les régimes d'assurance maladie obligatoire est insuffisamment formalisé, des variations imprévisibles des dotations du régime général sont constatées d'une année sur l'autre. Ces dotations doivent impérativement être mises sous contrainte d'économies et, plus essentiellement, il doit être mis fin à la tendance à leur multiplication pour donner au ministère de la santé des moyens aujourd'hui très largement supérieurs à ceux dont il dispose sur le plan budgétaire.

La réforme de la prise en charge des cotisations des PAM représente, pour sa part, un enjeu beaucoup plus important. D'un montant élevé (1,8 Md€ pour le seul régime général) et croissant (+27 % depuis 2001), la prise en charge des cotisations n'a pas atteint ses objectifs initiaux : elle n'a joué qu'un rôle marginal dans la dynamique conventionnelle, la promotion du secteur 1 et la limitation des dépassements d'honoraires par les professionnels du secteur 1. Il convient donc de réformer ce dispositif afin de le mettre au service d'objectifs définis plus clairement avec les partenaires conventionnels, c'est-à-dire de manière à ce qu'il apporte une réelle valeur ajoutée, mais aussi afin de le rendre plus équitable, plus fiable (en évitant les prises en charge indues) et de mieux l'encadrer financièrement.

Annexes

Annexe 1

Lettre de saisine de la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LA PRÉSIDENTE

Monsieur Didier MIGAUD
Premier Président de la Cour des comptes
13 rue Cambon
75100 PARIS RP

Paris, le 2 décembre 2010

Réf. : S/2010.213.1

Monsieur le Premier Président,

Ainsi que nous en sommes convenus, et conformément aux dispositions de l'article L. 132-3-1 du code des juridictions financières, je vous confirme notre demande d'enquête sur les deux sujets suivants :

- examen des spécificités du régime d'assurance maladie en Alsace-Moselle ;
- analyse de l'ensemble des dépenses prises en charge par l'assurance maladie et ne correspondant pas, *stricto sensu*, à des remboursements de soins.

Notre premier choix s'explique par le souci d'étudier les conditions de fonctionnement d'un régime en situation d'équilibre financier susceptible d'inspirer des propositions d'améliorations fructueuses. Le second, dont nous mesurons pleinement l'ampleur, aura pour intérêt de distinguer clairement la nature des différentes dépenses incombant à l'assurance maladie.

Si votre programme de travail le permet, il nous serait utile de pouvoir disposer de vos conclusions sur ces questions d'ici l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Par ailleurs, nous porterons la plus grande attention aux travaux que la Cour conduira, l'année prochaine, sur Pôle emploi, notre commission ayant décidé de proposer au Sénat la constitution d'une mission commune d'information consacrée à cet organisme.

En vous assurant de ma profonde gratitude pour votre précieuse collaboration et de l'importance que nos commissaires attachent aux travaux de la Cour, je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier Président, l'expression de ma haute considération.

Mugette DINI

Annexe 2
Compte de résultat combiné au 31 décembre 2010 (charges)

CHARGES (en €)	EXERCICE 2010	EXERCICE 2009
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE (I)		
- Prestations sociales (656)	141 874 779 610,70	137 690 736 592,65
Prestations légales (6561)	140 892 900 356,70	136 565 334 405,86
<i>dont : prestations maladie (656111)</i>	<i>129 601 517 474,57</i>	<i>125 350 003 305,13</i>
<i>prestations maternité (656112)</i>	<i>6 835 798 452,96</i>	<i>6 596 493 684,76</i>
<i>prestations invalidité (65616)</i>	<i>4 291 866 322,97</i>	<i>4 458 029 297,90</i>
<i>prestations décès (65617)</i>	<i>163 718 106,20</i>	<i>160 808 118,07</i>
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale (6562)	220 599 193,33	254 392 258,33
<i>dont : actions individualisées d'ASS (656211)</i>	<i>113 735 245,56</i>	<i>133 574 971,16</i>
<i>actions collectives d'ASS (656212)</i>	<i>106 863 947,77</i>	<i>120 817 287,17</i>
Actions de prévention (6563)	394 287 813,01	466 981 844,78
Diverses prestations (6565, 6568)	366 992 247,66	404 028 083,68
- Charges techniques, transferts, subventions et contributions	18 939 961 644,71	17 909 760 121,29
Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés (6571)	18 101 437 160,75	16 909 107 693,52
<i>dont : compensations (657111)</i>	<i>3 367 760 773,13</i>	<i>3 155 351 277,99</i>
<i>prise en charge cotisations (657113)</i>	<i>1 783 967 613,21</i>	<i>1 752 239 512,44</i>
<i>contributions versées à la CNSA (6571155)</i>	<i>12 879 122 253,22</i>	<i>11 933 917 776,67</i>
Autres charges techniques (6572)	838 524 483,96	1 000 652 427,77
- Diverses charges techniques (6574, 658)	1 135 080 741,79	1 072 732 714,48
- Dotations aux provisions pour charges techniques (681x)	12 292 799 669,96	12 279 223 364,23
Pour prestations sociales et autres charges techniques	11 652 779 043,68	11 387 499 385,98
<i>dont : prestations légales (681411)</i>	<i>11 257 288 656,14</i>	<i>11 181 918 165,77</i>
<i>autres charges techniques (6814x)</i>	<i>395 490 387,54</i>	<i>205 581 220,21</i>
Pour dépréciation des actifs circulants (6817)	640 020 626,28	891 723 978,25
Total charges de gestion technique (I)	174 242 621 667,16	168 952 452 792,65
CHARGES DE GESTION COURANTE (II)		
- Achats (60)*	81 952 057,96	88 880 125,42
- Autres charges externes (61, 62)	900 312 874,37	990 340 331,69
- Impôts, taxes et versements assimilés (63)	339 239 687,53	345 744 275,13
- Charges de personnel (64)	3 516 986 865,18	3 597 630 170,27
<i>Salaires et traitements (641 à 644)</i>	<i>2 368 685 694,98</i>	<i>2 423 410 549,87</i>
<i>Charges sociales (645 à 648)</i>	<i>1 148 301 170,20</i>	<i>1 174 219 620,40</i>
- Diverses charges de gestion courante (651 à 655)	919 969 000,04	779 734 605,17
- Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions (681x)	186 790 388,89	246 616 803,21
Total charges de gestion courante (II)	5 945 250 873,97	6 048 946 310,89
CHARGES FINANCIERES (III)		
- Charges financières sur opérations de gestion courante et technique (66x)	160 549 841,50	53 594 714,47
- Diverses charges financières (668, 686)	936,05	331 101,71
Total charges financières (III)	160 550 777,55	53 925 816,18
CHARGES EXCEPTIONNELLES (IV)		
- Charges exceptionnelles sur opérations de gestion courante (671)	3 511 063,89	28 297 708,32
- Charges exceptionnelles sur opérations techniques (674)	48 434 683,26	25 000 946,94
- Valeurs comptables des éléments d'actif cédés (675)	7 805 208,75	8 455 491,22
- Autres charges exceptionnelles (678)	1 421 895,68	1 091 087,56
- Dotations aux amortissements et provisions (687)	1 013 736,90	36 651,35
Total charges exceptionnelles (IV)	62 186 588,48	62 881 885,39
IMPÔTS SUR LES BÉNÉFICES ET ASSIMILÉS (V)		
Total impôts sur les bénéfices et assimilés (69) (V)	147 762,82	155 145,77
TOTAL DES CHARGES (VI=I+II+III+IV+V)	180 410 757 669,98	175 118 361 950,88
RESULTAT NET DE L'EXERCICE EXCEDENTAIRE (XII=XI-VI)		
TOTAL GENERAL (XIII=VI+XII)	180 410 757 669,98	175 118 361 950,88

* Dont variation de stocks (603)

Annexe 3

Evolution des charges de gestion techniques en M€ (comptes combinés, branche maladie)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Prestations légales (6561)	94 191 006 424	100 839 882 356	106 162 766 098	112 841 544 566	115 258 629 869	121 047 823 275	126 471 374 115	129 398 860 265	136 565 334 406	140 892 900 357
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale (6562)	278 783 833	318 926 131	444 445 527	497 305 376	455 825 628	426 516 952	380 036 297	215 041 653	254 392 258	220 599 193
Actions de prévention (6563)	236 591 694	228 611 993	276 353 367	248 389 609	303 007 442	343 150 685	381 202 376	419 459 998	466 981 845	394 287 813
Prestations conventions internationales (6565)	175 722 387	189 310 993	232 548 509	245 378 510	266 894 062	312 876 310	276 482 641	296 177 846	393 269 554	360 438 470
Diverses prestations (6568)	95 241	70 445	527 684	553 293	42 225	997	50 339 787	24 662 101	10 758 529	6 553 777
Autres (dont IJ congés mat et pat)	6 524 926	148 295 208	172 782 924	178 572 347	-	-	-	-	-	-
Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés (6571)	4 605 068 366	5 004 039 192	5 497 367 170	5 524 234 817	5 377 909 873	14 967 779 784	15 163 202 413	15 752 614 181	16 909 107 694	18 101 437 161
- compensations (657111)	2 817 224 516	3 070 131 771	3 369 388 749	3 264 370 410	3 022 137 630	3 305 413 864	2 899 474 154	3 038 058 356	3 155 351 278	3 367 760 773
- prise en charge cotisations (657113)	1 402 562 887	1 472 831 595	1 570 943 100	1 675 864 238	1 746 781 974	1 694 264 150	1 627 303 340	1 691 349 433	1 752 239 512	1 783 967 613
- contributions versées à la CNSA (6571155)	-	-	-	-	-	9 425 131 076	10 077 433 230	10 961 554 571	11 933 917 777	12 879 122 253
- contribution CPS Mayotte (6571161)	13 155 347	19 433 356	24 101 795	36 541 606	45 279 908	53 246 927	59 159 279	61 651 822	67 599 126	70 586 521
- autres (1)	372 125 616	441 642 470	532 933 526	547 458 563	563 710 362	489 723 768	499 832 410	-	-	-
Autres charges techniques (6572)	482 558 216	394 073 463	886 430 758	915 171 629	649 875 416	596 218 921	777 489 904	693 900 646	1 000 652 428	838 524 484
- Subventions	289 887 489	104 459 143	41 036 205	41 525 844	57 612 679	87 618 921	194 070 035	321 708 784	254 423 445	346 942 089
- Contributions	169 583 341	202 003 208	771 764 433	797 766 775	486 965 522	422 131 500	316 406 944	169 308 650	162 679 925	179 395 920

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<i>- Participations</i>	23 087 386	87 611 112	73 630 120	75 879 010	105 297 214	86 468 499	267 012 926	202 883 212	583 549 057	312 186 476
Pertes sur créances irrécouvrables et autres charges techniques (658)	900 751 535	783 363 479	773 000 353	777 442 688	893 315 525	965 808 066	996 647 778	1 781 201 931	1 072 732 714	1 135 080 742
SOUS-TOTAL	100 877 102 622	107 906 573 260	114 446 222 390	121 228 592 835	123 205 500 040	138 660 174 990	144 496 775 311	148 581 918 621	156 673 229 428	161 949 821 997
Dotations aux provisions pour charges techniques (681x)	5 059 021 464	4 146 398 272	4 988 422 897	4 712 779 538	7 143 572 290	8 552 578 682	8 766 885 521	11 373 215 866	12 279 223 364	12 292 799 670
<i>Pour prestations sociales et autres charges techniques</i>	3 757 571 916	3 955 141 072	4 801 319 705	4 681 332 744	7 066 994 825	8 409 085 304	8 647 673 901	11 146 887 246	11 387 499 386	11 652 779 044
<i>- pour prestations légales (681411)</i>					6 985 212 508	7 911 666 405	8 440 517 150	10 512 160 410	11 181 918 166	11 257 288 656
<i>- pour autres charges techniques (6814x)</i>					81 782 316	497 418 899	207 156 752	634726836	205 581 220	395 490 388
<i>Pour dépréciation des actifs circulants (6817)</i>	1 301 449 548	191 257 200	187 103 192	31 446 794	76 577 465	143 493 378	119 211 620	226 328 620	891 723 978	640 020 626
Charges financières (2)	261 068 438	310 977 566	380 569 197	475 712 015	-	-	-	-	-	-
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	106 197 192 523	112 363 949 097	119 815 214 484	126 417 084 388	130 349 072 330	147 212 753 672	153 263 660 834	159 955 134 487	168 952 452 793	174 242 621 667

Source : comptes combinés branche maladie

Notes : (1) dont transfert FNGA ACOSS jusqu'en 2007 et travailleuses familiales jusqu'en 2005)

(2) charges financières intégrées dans charges de gestion technique jusqu'en 2004 inclus.

Annexe 4
Exécution du FNASS 2006-2010 (en milliers d'euros)

	2006		2007		2008		2009		2010		
	Crédits consommés	Taux d'exécution	Crédits consommés	Taux d'exécution	Crédits consommés	Taux d'exécution	Crédits consommés	Taux d'exécution	Crédits consommés	Taux d'exécution	
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT											
DOTATIONS AUX CAISSES LOCALES	prestations obligatoires										
	~ cures thermales	13 538	65 %	15 295	54 %	12 794	40 %	13 895	42 %	10 260	73 %
	~ articles 71-4 et 71-4-1 du RICP	245 113	100 %	0	-	0			-		
	~ Reliquats cures thermales	3 000	100 %	0	-	0			-		
	~ Reliquats 71-4 et 71-4-1	0	0 %	172 713	100 %	0			-		
	~ suivi post professionnel	431	33 %	522	8 %	450	4 %	473	3 %	450	41 %
	~ prévention bucco dentaire	1 313	77 %	0	0 %	0			-		
	TOTAL PRESTATIONS OBLIGATOIRES	263 395	95 %	188 530	91 %	13 244	29 %	14 368	28 %	10 710	71 %
	prestations facultatives										
	~ paramétrique enveloppe non affectée	74 065	76 %	84 882	72 %	92 201	71 %	108 217	80 %	83 528	86 %
	~ aide à la complémentaire santé (ACS)	42 182	100 %	46 812	78 %	74 324	89 %	0		0	
										2500	83 %
	~ charges exceptionnelles	281	72 %	2 376	89 %	39	7 %	91	11 %	88	29 %
	~ aide au maintien à domicile des personnes handicapées	6 207	75 %	7 352	71 %	7 554	67 %	8 329	68 %	19 280*	74* %
~ aide au maintien à domicile des personnes atteintes du VIH	1 153	96 %	1 081	85 %	932	66 %	954	54 %			
~ soins palliatifs	4 226	68 %	4 312	57 %	5 217	59 %	5 813	61 %			

DEPENSES EN CAPITAL											
	Etablissements et œuvres (CP)	53 723	63 %	42 641	37 %	46 060	34 %	65 015	47 %	46 687	86 %
	<i>Etablissements et œuvres (AP)</i>	<i>30 398</i>	<i>35 %</i>	<i>25 068</i>	<i>17 %</i>	<i>15 458</i>	<i>8 %</i>	<i>210 000</i>	<i>96 %</i>	<i>200</i>	<i>0 %</i>
	~ Etablissements extérieurs (personnes âgées / personnes handicapées) (CP)	21 634	45 %	23 053	44 %	23 922	38 %	31 225	44 %	26 580	56 %
	<i>Etablissements extérieurs (personnes âgées / personnes handicapées) (AP)</i>	<i>33 000</i>	<i>100 %</i>	<i>0</i>	<i>-</i>						
TOTAL CAPITAL		75 357	56 %	65 694	39 %	69 982	35 %	96 240	46 %	73 267	72 %
TOTAL CAPITAL (enveloppes d'AP)		63 398	53 %	58 068	33 %	48 458	21 %	243 000	96 %	200	0 %
TOTAL ACTION SANITAIRE ET SOCIALE		478 092	82 %	414 037	69 %	277 179	55 %	256 538	57 %	200 974	77 %
ACTIONS CONVENTIONNELLES											
	~ Formations	42 565	66 %	56 662	63 %	53 311	52 %	65 919	54 %	FAC	
	~ Indemnisations des formations	28 439	56 %	36 136	48 %	38 179	40 %	46 331	41 %	FAC	
	~ Autres dotations	196	2 %	101	1 %	5	0 %	858	3 %	FAC	
TOTAL ACTIONS CONVENTIONNELLES		71 200	57 %	92 899	51 %	91 495	41 %	113 108	43 %	101 753	83 %
TOTAL DEPENSES BRUTES		549 292	77 %	506 936	65 %	368 674	51 %	369 646	52 %	302 726	79 %

Note : (1) Ce crédit alloué aux UGECAM vise au financement des mesures d'accompagnement liées à la mise en œuvre du protocole d'accord du 9 avril 1998 relatif aux garanties données aux personnels travaillant dans les établissements gérés par l'assurance maladie dans le cas d'une "réorientation des activités des établissements entraînant une évolution des qualifications et des emplois" ou d'une "réorganisation dans les structures de gestion" (garantie d'emploi, de la formation ; attribution d'indemnités favorisant la mobilité et, le cas échéant, prise en charge de surcoûts résultant du maintien de la convention collective dans l'hypothèse d'un reclassement hors institution).

Source : CNAMTS Annexe 4
Exécution du FNASS 2006-2010 (en milliers d'euros)

		2006		2007		2008		2009		2010		
		Crédits consommés	Taux d'exécution	Crédits consommés	Taux d'exécution	Crédits consommés	Taux d'exécution	Crédits consommés	Taux d'exécution	Crédits consommés	Taux d'exécution	
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT												
DOTATIONS CAISSES LOCALES	AUX	prestations obligatoires										
	~ cures thermales	13 538	65 %	15 295	54 %	12 794	40 %	13 895	42 %	10 260	73 %	
	~ articles 71-4 et 71-4-1 du RICP	245 113	100 %	0	-	0			-			
	~ Reliquats cures thermales	3 000	100 %	0	-	0			-			
	~ Reliquats 71-4 et 71-4-1	0	0 %	172 713	100 %	0			-			
	~ suivi post professionnel	431	33 %	522	8 %	450	4 %	473	3 %	450	41 %	
	~ prévention bucco dentaire	1 313	77 %	0	0 %	0			-			
	TOTAL PRESTATIONS OBLIGATOIRES	263 395	95 %	188 530	91 %	13 244	29 %	14 368	28 %	10 710	71 %	
	prestations facultatives											
	~ paramétrique enveloppe non affectée	74 065	76 %	84 882	72 %	92 201	71 %	108 217	80 %	83 528	86 %	
	~ aide à la complémentaire santé (ACS)	42 182	100 %	46 812	78 %	74 324	89 %	0		0		
										2500	83 %	
	~ charges exceptionnelles	281	72 %	2 376	89 %	39	7 %	91	11 %	88	29 %	
	~ aide au maintien à domicile des personnes handicapées	6 207	75 %	7 352	71 %	7 554	67 %	8 329	68 %	19 280*	74* %	
~ aide au maintien à domicile des personnes atteintes du VIH	1 153	96 %	1 081	85 %	932	66 %	954	54 %				
~ soins palliatifs	4 226	68 %	4 312	57 %	5 217	59 %	5 813	61 %				

		2006		2007		2008		2009		2010	
		Crédits consommés	Taux d'exécution								
	~ subventions aux associations (fonctionnement et actions ciblées) / œuvres	6 719	79 %	7 724	85 %	8 259	82 %	8 794	80 %	6 988	82 %
	~ protocole d'accord du 9 avril 1998 ⁽¹⁾	1 051	100 %	822	82 %	1 542	100 %	7 709	100 %	350	100 %
	~ autres	1 143	100 %	1 971	98 %	260	99 %	292	96 %	549	55 %
	TOTAL PRESTATIONS FACULTATIVES	137 027	83 %	157 332	74 %	190 328	77 %	140 199	79 %	113 283	83 %
	<i>sous-total caisses locales</i>	400 422	90 %	345 862	82 %	203 572	69 %	154 567	67 %	123 992	82 %
CNAMTS	~ subventions aux associations	373	61 %	335	51 %	362	37 %	356	33 %	312	48 %
	~ subventions affectées	1 451	55 %	1 394	42 %	1 580	36 %	3 952	45 %	1 947	41 %
	~ études et recherches	489	16 %	753	17 %	1 683	37 %	1 423	39 %	1 455	73 %
	<i>sous-total CNAMTS</i>	2 313		2 482	30 %	3 625	36 %	5 731	42 %	3 714	50 %
TOTAL FONCTIONNEMENT	402 735	89 %	348 344	81 %	207 197	68 %	160 298	66 %	127 706	80 %	
DEPENSES EN CAPITAL											
	Etablissements et œuvres (CP)	53 723	63 %	42 641	37 %	46 060	34 %	65 015	47 %	46 687	86 %
	<i>Etablissements et œuvres (AP)</i>	30 398	35 %	25 068	17 %	15 458	8 %	210 000	96 %	200	0 %
	~ Etablissements extérieurs (personnes âgées / personnes handicapées) (CP)	21 634	45 %	23 053	44 %	23 922	38 %	31 225	44 %	26 580	56 %

		2006		2007		2008		2009		2010	
		Crédits consommés	Taux d'exécution								
	<i>Etablissements extérieurs (personnes âgées / personnes handicapées) (AP)</i>	33 000	100 %	33 000	100 %	33 000	100 %	33 000	100 %	0	-
TOTAL CAPITAL		75 357	56 %	65 694	39 %	69 982	35 %	96 240	46 %	73 267	72 %
TOTAL CAPITAL (enveloppes d'AP)		63 398	53 %	58 068	33 %	48 458	21 %	243 000	96 %	200	0 %
TOTAL ACTION SANITAIRE ET SOCIALE		478 092	82 %	414 037	69 %	277 179	55 %	256 538	57 %	200 974	77 %
ACTIONS CONVENTIONNELLES											
	~ Formations	42 565	66 %	56 662	63 %	53 311	52 %	65 919	54 %	FAC	
	~ Indemnisations des formations	28 439	56 %	36 136	48 %	38 179	40 %	46 331	41 %	FAC	
	~ Autres dotations	196	2 %	101	1 %	5	0 %	858	3 %	FAC	
TOTAL ACTIONS CONVENTIONNELLES		71 200	57 %	92 899	51 %	91 495	41 %	113 108	43 %	101 753	83 %
TOTAL DEPENSES BRUTES		549 292	77 %	506 936	65 %	368 674	51 %	369 646	52 %	302 726	79 %

Note : (1) Ce crédit alloué aux UGECAM vise au financement des mesures d'accompagnement liées à la mise en œuvre du protocole d'accord du 9 avril 1998 relatif aux garanties données aux personnels travaillant dans les établissements gérés par l'assurance maladie dans le cas d'une "réorientation des activités des établissements entraînant une évolution des qualifications et des emplois" ou d'une "réorganisation dans les structures de gestion" (garantie d'emploi, de la formation ; attribution d'indemnités favorisant la mobilité et, le cas échéant, prise en charge de surcoûts résultant du maintien de la convention collective dans l'hypothèse d'un reclassement hors institution).

Source : CNAMTS

Annexe 5
Synthèse des fonds et entités financés par la CNAMTS

	Nom abrégé	Nom détaillé	Textes régissant cette entité et existence éventuelle d'une convention	Missions	Financement reçu de la CNAMTS en 2010 *	Part 2010 du Régime Général*	Clé de répartition utilisée
TOTALITE EN MALADIE	CGOS	Comité de Gestion des Œuvres Sociales	* Article 69 de la LFSS pour 2009 (n°2008-1330 du 17/12/2008) * Convention en cours d'élaboration entre la CNAMTS, la CPAM de Paris et le CGOS	* Organisme permettant aux agents titulaires de la Fonction publique hospitalière qui le souhaitent, de percevoir une rente viagère lorsqu'ils seront en retraite. * Assurer la pérennité du fonds de roulement	14 M€	11,95 M€	Clé des Dotations Hospitalières
	EPRUS	Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires	* Loi n°2007-294 du 05/03/07 * Convention du 07/05/2009, prévoyant le financement par la CNAMTS en fonction des besoins	* Diffuser des informations sur la réserve sanitaire, * Assurer la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire, * Achat, gestion des stocks, distribution des produits de santé destinés aux plans de sécurité sanitaire	charges 2010 : 170 M€	Charges 2010 du RG : 143,97 M€	Clé des Dotations Hospitalières
	INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	* Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (article L 1417-4 du Code de la Santé Publique) * Décret n° 2002-639 du 29 avril 2002.	Actions de promotion de la santé	69 M€	58,4 M€	Clé des Dotations Hospitalières
	OGC	Organisme Gestionnaire Conventionnel	Décret n°2000-803 du 25 août 2000	* Gestion des contributions versées par les Caisses Nationales d'assurance maladie au titre du financement de la Formation Professionnelle Continue et de l'indemnisation des médecins participants	78,181 M€	68,38 M€	Taux des grossistes répartiteurs et taux de répartition des laboratoires
	UNPS	Union Nationale des Professionnels de Santé	* Article 55 de la loi du 13/08/2004 * article L.182-4 du code de la Sécurité Sociale	* Négocier avec l'Assurance Maladie l'accord-cadre interprofessionnel * Etablir avec l'UNCAM et l'UNOCAM un programme annuel de concertation * Emettre un avis sur proposition de changement de taux de participation de l'assuré	0,7 M €	0,7 M €	100 % CNAMTS

	Nom abrégé	Nom détaillé	Textes régissant cette entité et existence éventuelle d'une convention	Missions	Financement reçu de la CNAMTS en 2010 *	Part 2010 du Régime Général*	Clé de répartition utilisée
TOTALITE EN AT	EUROGIP	Groupement de l'Institution Prévention de la Sécurité Sociale pour l'Europe	* Convention du 23/12/1991	* Animer, coordonner et développer au plan Européen les actions réalisées par la Sécurité Sociale en matière de risques professionnels.	1,069 M €	1,069 M €	La CNAMTS verse sa quote part indépendamment des autres régimes
	FCAATA	Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	* créé par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. * Un décret 99-247 du 29 mars 1999 fixe les modalités de fonctionnement de ce fonds.	Préretraites pour les travailleurs de l'amiante	Contribution 2010 de la branche AT : 880M€. Participation de la CNAMTS aux frais de retraite complémentaires: 84,5 M€	Contribution 2010 de la branche AT : 880 M€. Participation de la CNAMTS aux frais de retraite complémentaires: 84,5 M€	La CNAMTS verse sa quote part indépendamment des autres régimes
	FCAT	Fonds commun des accidents du travail	* Décret 55-1388 du 18/10/55 * Article L413-11-2 du code de la Sécurité Sociale.	Majoration des vieilles rentes AT-MP pour compenser l'érosion monétaire – AT-MP antérieurs à 1947	Participation 2010 : 27,6 M€	Participation 2010 : 27,6 M€	100 % CNAMTS
	FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	* Loi du 23 décembre 2000 * Décret du 23 octobre 2001 * Arrêté du 5 mai 2002 * Loi du 30 décembre 2004 (fiscalité des indemnisations) * Convention	Indemnisation des victimes de l'amiante	Contribution 2010 de la branche AT : 315M€. Versement 320 M€ sur contributions 2008 et 2009	Contribution 2010 de la branche AT : 315 M€. Versement 320M€ sur contributions 2008 et 2009	100 % CNAMTS
	INRS	Institut National de Recherche et de sécurité	* Décision du 18/02/1958 du Comité de Gestion du Fonds de Prévention de la Caisse Nationale	Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles	79 M€	79 M€	100 % CNAMTS
MALADIE + AT	ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé médico-sociaux	* La loi 2009-879 du 21/07/2009 * Convention constitutive publiée au J.O du 23/10/2009 * Convention de financement du 09/07/2010	* Concevoir et diffuser des outils et des services permettant aux établissements de santé et médico-sociaux d'améliorer leur performance et la qualité de leur service * Optimiser le patrimoine immobilier des établissements	39 M €	33,3 M € 84,58 % maladie 0,74 % AT	Clé des Dotations Hospitalières
	ARS	Agence Régionale de Santé	* Les ARS ont été créées le 01/04/2010 par la loi n°2009-879 du 21/07/2009 (loi HPST). * Fonds de concours : LFSS pour 2010	* Pilotage de la santé publique, * Régulation de l'offre de santé, dans le secteur ambulatoire, hospitalier et médico-social.	143,5 M €	RG : 143,5 M €. Pour les 24 M € installation ARS : 84,58 % mal 0,74 % AT	La CNAMTS verse sa quote part indépendamment des autres régimes

Nom abrégé	Nom détaillé	Textes régissant cette entité et existence éventuelle d'une convention	Missions	Financement reçu de la CNAMTS en 2010 *	Part 2010 du Régime Général*	Clé de répartition utilisée
ANTARES	Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques Et aux Secours	* Art. 60 de la LFSS pour 2010, * Art. L 6311-2 du code de la santé publique	* Remplacer les réseaux analogiques actuels des services d'incendie et de secours.	-	-	-
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	* Décret n°2000-1282 du 26/12/00 * Art. 4 de la loi de modernisation sociale du 17/01/02 * Art. R.6113-47 du CSP	Prise en charge des travaux concourant à la mise en œuvre et à l'accessibilité aux tiers du système d'information commun Etat-Assurance maladie et participation aux nomenclatures	6,83 M €	5,78 M € 83,95 % maladie 0,74 % AT	Clé des Dotations Hospitalières
BIOMEDECINE	Agence de la Biomédecine	* La loi n° 2004-800 du 06/08/04 * Décret 2005-420 du 04/05/05	Application des règles relatives à la gestion de la liste nationale des patients, répartition et attribution des greffons. Coordonner les activités de prélèvements, greffes et moelle osseuse.	29,4 M €	24,9 M € 83,95 % maladie 0,74 % AT	Clé des Dotations Hospitalières
CNG	Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière	* Décret n ° 2007-704 du 04/05/07	* Assurer la gestion des personnels de direction de la Fonction Publique Hospitalière et des praticiens hospitaliers.	17,2 M €	14,68 M € 84,58 % maladie 0,74 % AT	Clé des Dotations Hospitalières
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés	* Article 40 de la LFSS du 23/12/00 * Décret 2001-1242 du 21/12/01	Amélioration des conditions de travail, mobilité des personnels, dépenses d'investissement, actions de modernisation, programmes nationaux.	159 M€ dont 135,6 M € à la charge du Régime Général . Versements 2010 : 160 M € sur contribution 2007	135,6 M€ 84,58 % maladie 0,74 % AT	Clé des Dotations Hospitalières
GIE-SESAM-Vitale	Groupement d'intérêt économique Sésam - vitale	Article L 115-5 du Code de la Sécurité Sociale	Solutions techniques d'échanges avec les professionnels de santé	33,076 M €	33,076 M€ (89,38 % maladie 10,62 % AT)	La CNAMTS verse sa quote part indépendamment des autres régimes
GIP - ASIP SANTE	Groupement d'Intérêt Public Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé	* Convention constitutive approuvée par arrêté du 8 septembre 2009 (J.O. du 15 septembre 2009) * Arrêté du 28 novembre 200	* Favoriser le développement des systèmes d'information partagés dans les domaines de la santé et du secteur médico-social	12,951 M€	12,951 M€ FNGA : 89,38 % maladie 10,62 % AT	La CNAMTS verse sa quote part indépendamment des autres régimes

	Nom abrégé	Nom détaillé	Textes régissant cette entité et existence éventuelle d'une convention	Missions	Financement reçu de la CNAMTS en 2010 *	Part 2010 du Régime Général*	Clé de répartition utilisée
	GIP - CPS	Groupement d'intérêt Public Cartes Professionnel de Santé	* Convention constitutive (J.O. du 26 avril 1994) * Convention du 3 avril 2007	La carte CPS est l'outil de sécurisation des professionnels de santé dans le cas de transmission électronique de feuilles de soins	12,806 M€	12,806 M€ 89,38 % maladie 10,62 % AT	La CNAMTS verse sa quote part indépendamment des autres régimes
	GIP - DMP	Groupement d'Intérêt Public Dossier Médical Personnel	* Convention constitutive approuvée par arrêté du 11 avril 2005 (J.O. du 12 avril 2005) * Convention du 5 juin 2	Généralisation de la création du dossier médical personnel	14,4 M€	14,4 M€ 89,38 % maladie 10,62 % AT	La CNAMTS verse sa quote part indépendamment des autres régimes
	GIP - IDS	Groupement d'intérêt Public Institut des Données de la Santé	Convention du 18 juin 2007	Assurer la cohérence et veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie	0,335 M€	0,335 M€ 89,38 % maladie 10,62 % AT	La CNAMTS verse sa quote part indépendamment des autres régimes
	GIP - MDS	Groupement d'intérêt Public Modernisation des Déclarations Sociales	Convention constitutive approuvée par arrêté du 17 mars 2000 (J.O. du 21 mars 2000)	Créer les conditions permettant aux entreprises d'effectuer leurs déclarations sociales réglementaires et contractuelles	0,998 M€	0,998 M€ 89,38 % maladie 10,62 % AT	La CNAMTS verse sa quote part indépendamment des autres régimes
MALADIE + AT	HAS	Haute autorité de santé	*Décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004 *Décret n°2004-1305 du 26 novembre 2004 relatif à la contribution financière des é	Recommandations en matière de santé : * Evaluer et hiérarchiser le service attendu, * Elaborer des recommandations sur les conditions de prise en charge pour certaines pathologies	27,60 M€	23,55 M€ (84,58 % maladie 0,74 % AT)	Clé des Dotations Hospitalières
	INTS	Institut National de la Transfusion Sanguine	* Arrêté du 31/03/94 * Arrêté du 02/05/07	Contribuer à l'amélioration de la sécurité transfusionnelle, la prévention des risques, l'adaptation de l'activité transfusionnelle aux évolutions	10,1 M€	8,61 M€ (84,60 % maladie 0,73 % AT)	Clé des Dotations Hospitalières
	ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux	* Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, portant création de l'ONIAM	Indemnisation des victimes d'aléas thérapeutiques	Versements 2010 : 60 M€ (sur les crédits antérieurs) + 70 M€ de charges au titre de 2010	59,28 M€ de charges au titre de 2010 (83,95 % maladie 0,74 % AT)	Clé des Dotations Hospitalières

Source :CNAMTS

Annexe 6
Evolution du coût des prises en charge de cotisations pour l'assurance maladie (source : CNAMTS)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	tc2010/2003
Cotisations d'allocations familiales									
Total AF	252 599 863	261 556 381	257 709 813	264 920 468	259 404 187	282 523 789	291 020 808	302 263 191	19,7 %
Cotisations d'assurance maladie Régime des PAMC									
Médecins secteur 1 généralistes				393 146 830	383 568 638	368 472 037	397 326 618	401 044 012	
Médecins secteur 1 spécialistes				278 442 618	270 269 907	256 738 902	268 677 222	290 065 784	
Total médecins secteur 1				671 589 449	653 838 545	625 210 939	666 003 840	691 109 796	
Médecins secteur 2				626 211	1 125 562	1 176 291	2 484 723	2 581 095	
Total tous médecins	561 510 737	605 390 553	665 251 853	672 215 660	654 964 107	626 387 230	668 488 563	693 690 890	
Dentistes	259 169 178	276 669 426	290 780 503	209 793 602	143 318 096	209 380 940	159 902 522	125 097 549	
Infirmiers	145 770 836	163 742 532	186 389 193	201 990 526	202 119 631	209 958 987	225 708 296	249 953 451	
Masseurs	137 428 228	151 235 988	160 611 380	164 880 704	164 686 059	164 862 752	175 106 853	186 569 251	
Orthoptistes	2 465 743	2 736 764	3 101 048	3 177 001	3 265 577	3 208 316	3 408 821	3 573 719	
Pédicures	14 151 840	15 182 185	16 426 931	16 855 716	17 623 416	17 280 668	18 010 981	19 050 393	
Orthophonistes	24 785 808	26 852 719	29 731 071	31 746 866	31 845 939	31 443 469	32 974 592	35 103 812	
Sages Femmes	4 553 506	5 155 381	5 076 561	5 800 656	6 044 846	6 303 665	6 531 560	7 165 512	
Total PAMC	1 149 835 876	1 246 965 548	1 357 368 541	1 306 460 731	1 223 867 671	1 268 826 027	1 290 132 189	1 320 204 577	
tc		8,4 %	8,9 %	-3,8 %	-6,3 %	3,7 %	1,7 %	2,3 %	
Cotisations vieillesse									
Médecins secteur 1	187 327 710	200 121 750	202 560 132	197 153 039	202 654 711	222 051 306	230 273 756	214 023 091	
Médecins secteur 2	0	0	0	2 133 599	676 100	580 832	1 189 181	1 064 551	
Dentistes	59 982 670	65 342 621	62 954 702	62 003 478	65 534 838	78 646 762	93 081 125	91 766 245	
Infirmiers	6 873 334	6 951 758	7 407 107	7 660 856	8 354 423	14 023 094	17 992 337	21 257 943	
Masseurs	5 635 950	5 830 497	6 099 610	6 221 843	6 577 906	11 029 093	13 895 193	16 122 588	
Orthoptistes	190 759	215 227	218 059	225 608	250 149	364 465	494 782	575 133	
Pédicures	1 108 012	1 154 046	1 198 289	1 250 322	1 320 334	2 179 447	2 613 429	3 011 380	
Orthophonistes	1 480 122	1 557 632	1 634 605	1 650 344	1 769 971	3 061 215	3 779 517	4 510 935	
Sages Femmes	704 135	734 537	886 400	857 312	1 177 332	1 069 470	990 745	1 294 292	
Total ASV	263 302 692	281 908 068	282 958 903	279 156 402	288 315 764	333 005 685	364 310 064	353 626 159	34,3 %
tc		7,1 %	0,4 %	-1,3 %	3,3 %	15,5 %	9,4 %	-2,9 %	
Cessation d'activité anticipée des médecins									
	87 822 780	81 329 980	62 382 499	47 287 110	43 899 612	15 016 459	16 412 511	9 772 424	-88,9 %
TOTAL GENERAL	1 753 561 212	1 871 759 976	1 960 419 756	1 897 824 711	1 815 487 234	1 899 371 959	1 961 875 571	1 985 866 352	13,2 %
tc		6,7 %	4,7 %	-3,2 %	-4,3 %	4,6 %	3,3 %	1,2 %	

