



Inspection générale
des finances

N° 2010-M-047-02

Inspection générale des affaires
sociales

N° RM 2010-117 P

RAPPORT

SUR LES FONDS D'ASSURANCE MALADIE (FNPEIS, FNPEISA, FNPM, FIQCS et FMESPP)

Établi par

YVES BONNET
Inspecteur général
des finances

BERTRAND BRASSENS
Inspecteur général
des finances

JEAN-LUC VIEILLERIBIERE
Inspecteur général
des affaires sociales

- JUILLET 2010 -

SYNTHESE

La gestion des dépenses d'intervention régionalisées, qui incombait à différents acteurs auxquels les agences régionales de santé (ARS) se substituent dorénavant, doit être mise en cohérence avec l'ambition qui a présidé à la création de ces agences :

- ◆ les dépenses régionales de prévention et de santé publique, financées à hauteur de 180 M€ par les crédits d'État du programme 204 « Prévention et sécurité sanitaire » et de 40 M€ par un apport des fonds de prévention du régime général, des régimes agricoles et du régime des professions indépendantes, étaient gérées par les groupements régionaux de santé publique (GRSP) ;
- ◆ la part régionale du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), abondé par l'ensemble des régimes d'assurance maladie, était gérée les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ;
- ◆ le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), doté par le régime général, les régimes agricoles et le régime des professions indépendantes, dont la part régionale relevait des missions régionales de santé (MRS) qui associaient les ARH et les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Ces fonds ne représentent qu'une faible part des dépenses d'assurance maladie (moins de 1 % de l'ONDAM) mais les principes de déconcentration, de transversalité et de responsabilisation des ARS doivent leur être appliqués, conformément à la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Cette évolution ne va pas de soi, car des acteurs distincts restent en charge des différents pans du système de santé au niveau national.

La mission fait d'abord **le constat** d'une centralisation excessive dans la gestion de ces fonds.

Cette centralisation se manifeste d'une part par une **concentration du pouvoir formel de décision** au niveau national, principalement pour le FMESPP et de façon limitée pour le FIQCS. Pour les fonds de prévention, le poids des dépenses nationales est certes prépondérant mais cela se justifie en partie par la nature des dépenses (prise en charge de prestations ou de tickets modérateurs), dont la gestion et la liquidation obéissent à des critères identiques sur tout le territoire.

Cette centralisation se traduit d'autre part par de faibles marges de manœuvre des gestionnaires régionaux dans l'allocation des crédits, soit que les montants soient explicitement fléchés (cas des contrats locaux d'amélioration de travail), soit que leur affectation résulte d'une stratification progressive de dispositifs ou de politiques qu'ils ont eu instruction de promouvoir (réseaux de santé par exemple), soit enfin que la décision soit subordonnée à une validation nationale (subventions d'investissement du FMESPP, y compris pour les plus petites opérations).

Cette centralisation excessive n'empêche pas **parallèlement des lacunes dans le pilotage** :

- ◆ objectifs de résultat peu lisibles et peu responsabilisants (multiplicité des « priorités », accent mis sur les moyens, définition *ex-ante* d'enveloppes financières affectées...) ;
- ◆ démarche d'évaluation insuffisamment intégrée dès l'amont des politiques et, en conséquence, faible capacité de remise en cause et de redéploiement de financements qui se stratifient au fil du temps ;

- ◆ suivi financier pluriannuel défaillant, en l'absence de comptabilité d'engagements. Il est à noter que le suivi comptable de ces fonds est éclaté : les ARS gèrent les crédits de prévention, la CNAMTS les crédits du FIQCS et la Caisse des dépôts ceux du FMESPP ;
- ◆ articulation insuffisante entre l'État et l'assurance maladie, et même inexistante pour le FMESPP ;
- ◆ éclatement des instances de pilotage autour des différents outils financiers, ce qui nuit au pilotage par mission dont ces fonds ne sont qu'un des leviers d'action.

Sur la base de ces constats, **la mission propose de repositionner chacun des acteurs** sur des missions spécifiques et complémentaires.

Le Conseil national de pilotage (CNP) des ARS a un rôle stratégique de fédérateur des orientations données aux ARS, dans le cadre de la politique nationale de santé. La mission considère en effet qu'il n'y aurait pas de sens à fixer aux ARS des objectifs de gestion propres à chacun des fonds et distincts des politiques globales auxquelles elles contribuent. Le CNP doit donc proposer des objectifs en nombre limité, dans les CPOM, en se gardant de faire des différents indicateurs de suivi, dont l'examen est utile dans le cadre du dialogue de gestion, autant de sous-objectifs quantifiés qui risquent de s'assimiler progressivement à autant d'instructions séparées de fléchage des crédits.

Le CNP pourrait se substituer aux instances *ad hoc* de pilotage des fonds (Conseil national de gestion du FIQCS, Commission nationale de validation des opérations financées par le FMESPP) et veiller à l'articulation des objectifs contractualisés entre l'État et l'assurance-maladie (dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion et du contrat État-UNCAM) avec ceux fixés aux ARS.

Le CNP doit enfin coordonner l'appui technique donné aux ARS et l'évaluation de leur action. A ce titre, il organise les modalités de reporting et prévoit un programme annuel de contrôle interne. Ces fonds constituant un levier important d'initiatives locales, le CNP devrait veiller à fournir un cadre d'évaluation solide des expérimentations ou des interventions, afin de permettre la diffusion des plus probantes.

L'administration centrale, dans ses relations avec les ARS, devrait se repositionner sur un rôle d'animation et d'accompagnement, plutôt que d'instruction et de validation de leurs décisions. Dans la phase actuelle de mise en place des ARS, le manque de certaines compétences pointues ne doit pas servir de prétexte au maintien de la centralisation. L'appui technique fourni aux ARS pourrait prendre la forme de cellules dédiées en administration centrale ou externalisées dans certaines agences ou ARS référentes.

La diffusion des meilleures pratiques et des actions que l'administration centrale souhaite promouvoir doit passer par des actions de sensibilisation, d'échanges de bonnes pratiques, de parangonnage, à travers l'animation de réseaux de correspondants, plutôt que par des instructions. En conséquence, les choix de financement doivent dépendre exclusivement de l'intérêt que les directeurs d'ARS trouvent aux actions, au regard des objectifs nationaux qui leur ont été fixés.

Les ARS ont besoin de disposer d'une grande liberté dans l'emploi des fonds.

D'une part, une déconcentration accrue doit être mise en œuvre concernant le volet ressources humaines du FMESPP et les dépenses du FIQCS (hors dossier médical personnel). Concernant l'aide aux investissements hospitaliers, la mission a constaté un consensus pour maintenir une validation nationale des dossiers relatifs aux opérations excédant 10 M€ ; en dessous de ce seuil, les décisions ne doivent relever que des ARS.

D'autre part, tout fléchage des montants doit être abandonné au profit d'une globalisation des crédits, sous une seule réserve, le respect de la fongibilité asymétrique en faveur des crédits de prévention. C'est pourquoi, la mission propose la création d'un fonds régional d'intervention (FRI) qui pourrait regrouper les parts régionales de ces différents fonds, avec un compartiment dédié aux crédits de prévention-santé publique. Les enveloppes destinées à ces fonds régionaux d'intervention seraient réparties entre régions sur la base de critères simples et robustes validés en CNP.

Le besoin d'un support de financement transverse et pérenne pour des dispositifs ne pouvant bénéficier des modes de tarification existants est parfois exprimé. Une piste proposée par la mission consiste à élargir le champ des missions d'intérêt général (MIG), ou d'une partie d'entre elles, au-delà du champ des établissements de santé. Ainsi, l'éducation thérapeutique, dans le cadre validé nationalement, pourrait disposer d'un support utilisable en ville comme à l'hôpital. Une piste alternative consisterait à rendre asymétriquement fongibles les crédits MIG avec ceux du fonds régional d'intervention, pour accroître la capacité de financement de dispositifs plus transversaux.

En contrepartie de cette globalisation des crédits, les outils de suivi doivent être substantiellement renforcés. La nomenclature de la comptabilité générale pourrait offrir un premier niveau de suivi. Un suivi extracomptable des promesses pluriannuelles de financement devrait être généralisé. Enfin les outils de gestion des ARS, normalisés au plan national, devraient viser le recueil automatisé de données plus fines sur la nature des actions financées.

Parallèlement le contrôle de service fait, qui est à renforcer, pourrait être confié à un opérateur spécialisé, l'Agence de services et de paiements (ASP), sous réserve que les questions de secret médical soient levées. Une expérimentation dans une ou deux régions permettrait de tester cette proposition, qui aurait l'intérêt de faciliter des comparaisons interrégionales de la gestion d'opérations similaires.

Enfin, pour rendre compatible la déconcentration et la régulation infra-annuelle des dépenses d'assurance maladie, les délégations des crédits pourraient s'effectuer en deux temps. La seconde enveloppe, représentant par exemple 20 % de l'autorisation annuelle d'engagements, ne serait notifiée qu'après la tenue du dialogue de gestion entre le CNP et l'ARS. Un gel budgétaire éventuel pourrait porter sur cette enveloppe complémentaire de crédits non encore délégués.

La globalisation des crédits au sein d'un fonds régional d'intervention, les exigences renforcées de suivi comptable et le souci de décharger les ARS de tâches de pure gestion plaident pour l'unification du paiement au sein de **l'assurance maladie**. C'est pourquoi, le paiement des crédits d'État du programme 204, qui constituent l'essentiel du compartiment prévention du fonds régional d'intervention, serait confié aux caisses pivots de la CNAMTS. De même, la gestion du FMESPP, y compris pour sa part nationale par souci de simplification, serait transférée de la Caisse des dépôts à la CNAMTS.

En complément de ce rôle de payeur, la CNAMTS pourrait se voir confier à terme la responsabilité de l'outil informatique et des ensembles de données partagés entre l'administration centrale de l'État, l'assurance maladie et les ARS. Seule la CNAMTS dispose en effet parmi les acteurs concernés de l'expertise informatique nécessaire.

Ces évolutions ont pour but de faciliter la responsabilisation des ARS pour l'avenir. Dans un contexte financier très contraint, ces évolutions institutionnelles ne dégageront pas de marges de manœuvre par elles-mêmes et il convient d'examiner les pistes de redéploiement possibles : amélioration de l'efficacité des centres d'examen de santé au service des politiques régionales de prévention, réexamen des modalités d'invitation au dépistage du cancer et révision générale de l'efficacité des réseaux.

La mission insiste en conclusion sur :

- ◆ le renforcement indispensable du rôle de pilote du CNP et de ses moyens ;
- ◆ la responsabilisation rapide des ARS à travers la création d'un fonds régional d'intervention regroupant les fonds existants ;
- ◆ l'engagement volontariste de chantiers opérationnels importants sur l'unification du paiement et les outils informatiques.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. EXAMEN CRITIQUE DE L'ETAT DES LIEUX.....	3
1.1. La diversité des fonds concernés.....	3
1.1.1. <i>Des objets variables mais des points de recoupement entre eux et avec d'autres supports de financement.....</i>	<i>3</i>
1.1.2. <i>Un positionnement parfois ambigu.....</i>	<i>4</i>
1.1.3. <i>Des apports financiers d'ampleur et d'horizons variables selon les opérations.....</i>	<i>4</i>
1.2. Une centralisation excessive... ..	5
1.2.1. <i>La répartition du pouvoir de décision entre échelon national et régional est parfois à revoir.....</i>	<i>5</i>
1.2.2. <i>L'actuel fléchage national des crédits est incompatible avec l'objectif de responsabilisation des ARS.....</i>	<i>7</i>
1.2.3. <i>Le cloisonnement de ces fonds n'est pas cohérent avec l'objectif de transversalité à l'origine des ARS.....</i>	<i>7</i>
1.3. ... assortie d'un pilotage lacunaire	8
1.3.1. <i>Une faible lisibilité des priorités.....</i>	<i>8</i>
1.3.2. <i>Une difficulté d'évaluation et de remise en cause.....</i>	<i>9</i>
1.3.3. <i>Un suivi financier largement perfectible.....</i>	<i>10</i>
1.3.4. <i>Un dispositif de pilotage encore trop morcelé.....</i>	<i>10</i>
1.3.5. <i>Une répartition entre régions se voulant objective.....</i>	<i>12</i>
2. PROPOSITIONS : VERS UN VERITABLE PILOTAGE NATIONAL ET UNE GESTION RESPONSABILISANT LES ARS.....	13
2.1. Renforcer le rôle stratégique du CNP	13
2.1.1. <i>Expliciter les stratégies nationales et les grandes orientations.....</i>	<i>13</i>
2.1.2. <i>Organiser le pilotage.....</i>	<i>15</i>
2.2. Repositionner l'échelon national comme facilitateur de l'action des ARS.....	18
2.2.1. <i>Donner aux ARS des marges de responsabilité plus grandes.....</i>	<i>18</i>
2.2.2. <i>Utiliser des règles claires de délégation des crédits.....</i>	<i>20</i>
2.2.3. <i>Positionner les échelons centraux (Etat, assurance maladie) sur un rôle d'animation et d'accompagnement plutôt que d'instruction.....</i>	<i>21</i>
2.2.4. <i>Dégager des marges de redéploiement internes aux fonds.....</i>	<i>23</i>
2.3. Donner aux ARS le moyen d'être des décideurs régionaux responsables.....	25
2.3.1. <i>Créer un fonds régional d'intervention à deux compartiments.....</i>	<i>25</i>
2.3.2. <i>Offrir aux ARS un support de financement transverse pour des prestations pérennes.....</i>	<i>26</i>
2.3.3. <i>Repositionner les fonds.....</i>	<i>27</i>
2.3.4. <i>Encourager les ARS par un retour sur les gains d'efficience.....</i>	<i>28</i>
2.3.5. <i>Permettre à l'ARS de s'assurer du service fait sur dépenses d'intervention.....</i>	<i>29</i>
2.4. Faire de la CNAMTS le teneur de comptes des fonds régionaux d'intervention et de la part nationale du FMESPP	31
2.4.1. <i>Unifier le rôle de payeur et de comptable.....</i>	<i>31</i>
2.4.2. <i>Confier à la CNAMTS la mission de maître d'œuvre informatique.....</i>	<i>33</i>
CONCLUSION.....	34

INTRODUCTION

La lettre de mission du ministre de la santé et des sports et du ministre du budget, des comptes et de la réforme de l'État, en date du 26 mai 2010, demande à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances un état des lieux et des propositions sur les fonds d'assurance maladie, que sont :

- ◆ les fonds de prévention du régime général (FNPEIS), de la mutualité sociale agricole (FNPEISA) et du régime social des indépendants (FNMP) ;
- ◆ le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ;
- ◆ le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Cette mission intervient quelques mois après la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) créées par la loi¹ du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST. Les ARS sont en effet ordonnateurs d'une partie de ces fonds.

Les ARS, mises en place le 1^{er} avril 2010, sont les chevilles ouvrières de la politique de santé au niveau régional, ce qui se traduit par la nomination du directeur général de l'agence en conseil des ministres, par son pouvoir de régulation de l'offre de soins au moyen d'une planification territoriale des activités et d'autorisations d'exercer qu'il accorde ou renouvelle régulièrement, par son pouvoir de nomination des directeurs d'hôpitaux...

Par ailleurs, point nouveau, son intervention touche la totalité de l'offre de soins, secteur médico-social compris, ainsi que la dimension préventive, ce qui conduit les ARS à intégrer plusieurs acteurs régionaux préexistants : groupement régional de santé publique (GRSP), union régionale des centres d'assurances maladie (URCAM) et, pour partie, les directions régionales et départementales de l'action sanitaire et sociale (DRASS et DDASS)...

Ce positionnement très large et transversal des ARS doit permettre une approche globale de l'organisation du système de santé au plan local. Il n'a de sens, comme cela a été souligné par les différents rapports du préfet Ritter qui ont préparé et approfondissent la mise en œuvre de la réforme², que dans une perspective d'importante déconcentration du pouvoir de décision. Cette déconcentration doit favoriser le caractère transversal de l'intervention des ARS et non la poursuite de logiques cloisonnées, dépendantes d'instructions en « tuyaux d'orgue » émanant des différents échelons nationaux compétents sur tel ou tel secteur du système de santé.

La véritable responsabilité de l'ARS est en effet que « le patient soit pris en charge là où il doit l'être »³, dans l'intérêt du malade et dans un souci d'efficacité du service de santé, qui tous deux concordent.

La loi HPST a prévu la mise en place d'un conseil national de pilotage (CNP) des ARS (art. L1433-1 du CSP) chargé de leur donner des directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé, de veiller à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre et de valider leurs objectifs. Le CNP est présidé au niveau ministériel et associe principalement l'ensemble des directeurs d'administrations centrales concernées, les directeurs des trois caisses nationales (CNAMTS, CCMISA, RSI) et le directeur de la CNSA.

¹ N° 2009-879.

² Rapport sur la création des agences régionales de santé de janvier 2008, rapport sur le pilotage national des ARS de février 2009 et rapport sur le pilotage par les ARS de la performance hospitalière de mars 2010.

³ Yves Bur, député, lors d'un entretien avec la mission, le 13 juillet 2010.

Rapport

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) doit être signé par chaque directeur général d'ARS avec les ministres. Ces contrats sont en cours d'élaboration.

Dans cette phase de mise en place des ARS, un déficit de compétences apparaît parfois sur certains métiers, compte tenu de l'ampleur et de la portée des missions confiées aux ARS, variable selon les régions. Ceci peut conduire l'administration à continuer à s'appuyer sur des modes de fonctionnement inadéquats, consistant à maintenir à l'échelon central non seulement l'instruction technique de dossiers mais également la responsabilité de décisions qui devraient désormais relever du niveau régional.

Il y a là un enjeu majeur qui décidera, à court terme, de l'avenir de la réforme⁴.

Il y a par ailleurs unanimité des acteurs pour que les ARS soient des instances de régulation et de décision et non de gestion. Même si la loi leur donne le statut d'établissements publics administratifs nationaux, dotés de l'autonomie juridique et financière, les acteurs s'entendent pour limiter le rôle des agences comptables. Elles sont en charge de l'exécution des budgets de fonctionnement et d'investissement de l'ARS et, accessoirement, d'une partie de la gestion des crédits d'État dans le domaine de la prévention, le programme 204 « Prévention et sécurité sanitaire ».

Il convient enfin de garder en tête les limites du sujet traité :

- ◆ d'une part, les leviers d'action des ARS ne sont pas que financiers. L'ARS est d'abord une instance de régulation. Cependant, comme elle doit coordonner l'action d'acteurs nombreux et libres (médecins et associations locales, par exemple), elle ne peut être pleinement efficace que si elle est en mesure d'accompagner financièrement leurs actions ou leurs efforts ;
- ◆ d'autre part les fonds d'assurance maladie, objet de la mission, ne représentent qu'une très faible part des moyens de l'assurance maladie (moins de 1 % de l'ONDAM).

Le présent rapport propose un examen critique de l'état des lieux de la gestion des fonds examinés, au regard du double enjeu de la déconcentration et d'un pilotage garantissant le meilleur emploi des crédits. Il établit ensuite un certain nombre de propositions en conséquence de ces constats. La mission a cherché à ce que ses propositions soient cohérentes avec l'esprit de la réforme et avec les précédentes missions auxquelles avaient participé les inspections générales.

⁴ Plusieurs interlocuteurs ont rappelé que la critique adressée aux ARH d'insuffisante autonomie par rapport aux instructions centrales, était explicable en partie par une dérive similaire.

1. Examen critique de l'état des lieux

Malgré la diversité des fonds concernés, il ressort un constat général de centralisation excessive, assortie d'un pilotage lacunaire.

1.1. La diversité des fonds concernés

Chaque fonds fait l'objet d'une présentation en annexe.

1.1.1. Des objets variables mais des points de recoupement entre eux et avec d'autres supports de financement

Les fonds examinés représentent annuellement moins d'1 Md€ (environ 500 M€ pour les fonds de prévention, 200 M€ pour le **FIQCS** et 300 M€ pour le **FMESPP**), c'est-à-dire nettement moins de 1 % des dépenses du champ de l'ONDAM (153 Mds € en 2008). Ils n'ont donc qu'une vocation d'instrument financier complémentaire au financement de la prise en charge des soins.

Ainsi, schématiquement, le **FMESPP** et le **FIQCS** ont un rôle de levier sur la modernisation de l'offre de soins, le premier dédié aux établissements de santé en subventionnant les investissements et des actions d'accompagnement social, le second en visant à pallier certaines défaillances plus ou moins transversales de l'organisation des soins (déficit d'offre, coordination entre différents professionnels ou secteurs, amélioration de la qualité des soins de ville). Les **fonds de prévention**, quant à eux, visent notamment à intervenir en amont des soins, en promouvant la prévention primaire (vaccinations, dépistages, éducation à la santé, examens à certains moments de la vie).

Les objets de ces fonds les distinguent clairement les uns des autres. La mission n'a pu inventorier tous les points de recoupement, mais ceux-ci concernent principalement certains champs très spécifiques de la prévention, tels que l'éducation thérapeutique : les **fonds de prévention** peuvent intervenir dans ce domaine, mais le **FIQCS**, dans le cadre du financement de réseaux par exemple, peut également prévoir des actions d'éducation thérapeutique.

Le recoupement avec d'autres supports de financement soulève des interrogations plus fortes :

- ◆ à côté des subventions d'investissement que le **FMESPP** peut financer, les aides à la contractualisation (AC) peuvent venir couvrir les charges d'amortissement financier des établissements de santé. Or, il a été indiqué à la mission que certaines ARH ont programmé de telles AC sur de longues périodes d'emprunt, ce qui fige donc une partie de cet outil financier, à l'encontre de sa vocation d'appui transitoire dans le cadre d'une contractualisation à durée pluriannuelle plus courte. Le fait de ne pas avoir regroupé tous les outils relatifs aux investissements lourds sur un même support financier dédié nuit à leur maîtrise globale ;
- ◆ le financement de la permanence des soins relève du **FIQCS** mais provient également de financements sur les soins de ville et sur les missions d'intérêt général (MIG) des établissements de santé (y compris pour la régulation par les centres 15) ;
- ◆ de même l'éducation thérapeutique par des équipes hospitalières peut être financée par des crédits de missions d'intérêt général (MIG).

1.1.2. Un positionnement parfois ambigu

Le **FIQCS** est historiquement positionné sur le financement de modes de prise en charge expérimentaux ou, dans le cadre des réseaux, de modes de prise en charge dérogatoires du droit commun. *A priori*, la frontière avec le droit commun du financement de prestations est donc claire, mais en réalité, le **FIQCS** transgresse souvent cette frontière :

- ◆ une action expérimentale n'a pas vocation à conserver ce statut indéfiniment. Comment gérer son abandon ou sa généralisation dans le droit commun ?
- ◆ le caractère dérogatoire de la prise en charge soulève de nombreuses questions. L'aide ne peut pas porter sur les prestations de soins déjà remboursées et ne peut donc être qu'un complément à articuler avec ces prestations de droit commun :
 - comment se justifie ce complément au regard de l'égalité des assurés ? Tous les assurés potentiellement éligibles de la région y ont-ils accès ? En quoi le surcoût induit se justifie-t-il au regard des priorités de financement de l'assurance maladie aujourd'hui très déficitaire ? ⁵
 - s'il n'y a pas de surcoût net mais au contraire une amélioration de l'efficacité de la prise en charge, pourquoi conserver ce caractère dérogatoire et ne pas viser une généralisation ?
 - pour des actions particulièrement structurantes qui aboutiraient à mettre en place de nouveaux modes de prise en charge dans le droit commun de la tarification, le **FIQCS** ne peut pas être le bon vecteur. C'est l'une des raisons pour laquelle les expérimentations en cours sur les nouveaux modes de rémunération disposent d'une base légale spécifique, extérieure au **FIQCS**.

En réalité, le **FIQCS** mêle aujourd'hui deux logiques distinctes : une logique de support d'innovation d'une part, avec une forte difficulté à remplir les conditions d'une généralisation éventuelle (évaluation médico-économique préalable et solide) et une logique de support financier transversal ville-hôpital ou entre professionnels de santé. Tant qu'une tarification d'actes facturables indifféremment en ville ou à l'hôpital ou pouvant rémunérer la coordination entre professionnels de santé n'existe pas, le **FIQCS** reste un support commode.

1.1.3. Des apports financiers d'ampleur et d'horizons variables selon les opérations

Les **fonds de prévention** font l'objet d'une programmation financière pluriannuelle figurant dans les COG⁶ conclues entre l'État et chacune des trois caisses nationales. Le montant annuel destiné aux GRSP⁷ était ainsi programmé. En revanche, la dotation des régimes au **FIQCS** et au **FMESPP** est prévue annuellement dans les lois de financement de la sécurité sociale et intégrée à l'ONDAM.

Au plan des bénéficiaires et des opérations financées, le **FMESPP** se distingue nettement des deux autres types de fonds, par le caractère ponctuel des financements qu'il apporte à des opérations d'investissement elles-mêmes ponctuelles par nature. Le **FIQCS** et les **fonds de prévention** financent, quant à eux, essentiellement le fonctionnement ou les interventions d'opérateurs sur une base contractuelle pluriannuelle.

⁵ Une justification à une dérogation locale est concevable si cet apport du **FIQCS** est la condition d'une qualité normale de prise en charge qui, pour des raisons locales spécifiques, ne peut être assurée aussi bien qu'ailleurs dans le droit commun (cas par exemple de la lutte contre la désertification médicale). Mais il convient de pouvoir objectiver cela.

⁶ Convention d'objectifs et de gestion.

⁷ Groupements régionaux de santé publique intégrés dans les ARS depuis.

1.2. Une centralisation excessive...

Les responsables des ARS rencontrés ont indiqué avoir des difficultés à apprécier leur rôle dans la gestion de ces fonds :

- ◆ alors que la gestion régionalisée obéit à des règles souvent très précises fixées au niveau national, ils ne disposent pas encore d'outils d'évaluation facilitant des arbitrages, ce qui réduit leurs pouvoirs d'appréciation ;
- ◆ cette situation est vécue contradictoirement à la fois comme étant confortable à gérer (pas d'incitation à faire preuve d'initiative) et déresponsabilisante.

La logique de guichets prédomine donc, avec ses avantages et inconvénients, mais est vécue par les ARS comme peu cohérente par rapport à leur souhait de mieux pouvoir gérer globalement les moyens disponibles au regard des objectifs qui leur sont fixés.

1.2.1. La répartition du pouvoir de décision entre échelon national et régional est parfois à revoir

1.2.1.1. La situation variable des fonds en termes de répartition nationale/régionale des montants n'est pas en elle-même infondée

Parmi les fonds examinés, les **fonds de prévention** présentent la part la plus faible de dépenses pilotées au niveau régional (les crédits alloués aux GRSP en 2009, environ 40 M€, représentent moins de 10 % des dépenses totales des fonds de prévention). Ceci s'explique largement par la nature des dépenses (prise en charge de prestations pour leurs assurés dans le cadre de programmes nationaux de vaccinations, dépistages, examens bucco-dentaires) et par le poids des politiques nationales d'examens de santé gratuit (en particulier à la MSA et au régime général). Il convient de noter que ces crédits des fonds de prévention alloués aux GRSP (désormais aux ARS) ne viennent qu'en complément de crédits d'État du programme 204 (180 M€)⁸.

A l'inverse, le **FIQCS** est largement régionalisé (à 88 % en 2009⁹), la part des dépenses gérée au niveau national étant constituée pour l'essentiel des charges relatives au chantier du dossier médical personnel (DMP). La part régionalisée se décomposait en deux sous enveloppes :

- ◆ l'une dédiée aux expérimentations liées à l'amélioration de la qualité des soins de ville, pour une part très minoritaire (de l'ordre de 5 % à 10 % selon les années), attribuée par les bureaux des CRQCS (conseils régionaux de la qualité des soins) ;
- ◆ l'autre concernant principalement des réseaux et secondairement des dépenses liées à la permanence des soins. Elle était attribuée par les MRS (missions régionales de santé) et le sera dorénavant par les ARS.

Le **FMESPP** est facialement dans une situation de forte déconcentration des crédits, puisque les crédits d'investissement et ceux d'une partie des aides à l'accompagnement des ressources humaines (les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail - CLACT) sont accordés aux régions sur la base de critères objectifs populationnels ou d'effectifs. Mais en réalité 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

⁸ Cf. fiche annexe sur les fonds de prévention.

⁹ Et environ 75 % de budgété en 2010, les retards pris dans le passé s'agissant du DMP expliquant antérieurement une part plus grande des crédits régionaux consommés.

d'aides à l'accompagnement des ressources humaines, qu'elles soient individuelles ou collectives¹⁰.

1.2.1.2. Des marges de déconcentration importantes existent pour le FMESPP et plus marginalement pour le FIQCS

Une première condition de la responsabilisation des ARS réside dans un partage clair des compétences et l'absence de redondance entre les échelons national et régional. Les ARS doivent en effet pouvoir refuser d'accorder un financement à un opérateur, sans que celui ait la possibilité de faire « appel » à une autorité nationale disposant d'enveloppe nationale disponible pour le même objet.

Ceci n'est pas totalement atteint concernant le **FIQCS** par exemple pour lequel, à côté du DMP qui relève incontestablement d'un pilotage national, d'autres enveloppes nationales subsistent. La mission n'en voit pas la justification si ces dépenses interfèrent avec les missions des ARS.

Concernant le **FMESPP**, un critère de partage entre les échelons national et régional, lié à la lourdeur des opérations d'investissement est souhaitable. Cependant, la distinction entre les opérations de moins de 10 M€ et de plus de 10 M€ n'a actuellement de sens qu'en termes de répartition de la charge de travail : les premières sont instruites localement ; les secondes par la DGOS. Mais finalement toutes sont validées par le comité national de validation (CNV) et décidées par arrêté du ministre. Il n'y a donc aucune marge de responsabilité locale.

La concentration intégrale au niveau national des aides individuelles (volet ressources humaines du fonds) est encore plus marquée. L'argument invoqué par la DGOS est celui de la combinaison du caractère ponctuel des opérations et de la grande technicité requise, ce qui suppose des compétences dont ne peuvent pas toujours disposer les ARS et qu'il serait coûteux de démultiplier au sein de chacune d'entre elles. Cependant, l'actuelle centralisation des décisions est incompatible avec l'objectif de responsabilisation des ARS.

A court terme, il est vrai que les directeurs généraux sont confrontés à deux défis, qui s'expliquent par la date très récente de création de cette structure :

- ◆ intégrer des agents de cultures et origines différentes ;
- ◆ recruter des agents aux compétences adaptées aux nouvelles fonctions et aux responsabilités attendues. Un déficit est en particulier ressenti dans le domaine du pilotage de la performance hospitalière, qui nécessite de réunir des contrôleurs de gestion, des analystes médico-économiques, des analystes financiers et des experts en organisation des soins¹¹.

Tirer argument de cette période de montée en charge pour ne pas déconcentrer davantage les responsabilités présente le risque de pérenniser les modes de fonctionnement préexistants à la création des ARS. Par ailleurs, l'argument d'une forte spécialisation technique qu'il peut être légitime de mutualiser ne justifie rien d'autre qu'un dispositif d'appui approprié aux ARS.

¹⁰ A l'exception à l'exception toutefois des CLACT, laissés à la main des ARS, mais il ne s'agit que de 10 M€ en 2010 et aucun financement n'a semble t-il été mis en place en 2008 et 2009 (Cf. annexe sur le FMESPP).

¹¹ Rapport Ritter sur le pilotage par les ARS de la performance hospitalière de mars 2010.

1.2.2. L'actuel fléchage national des crédits est incompatible avec l'objectif de responsabilisation des ARS

L'autonomie régionale plus ou moins grande sur l'emploi des fonds ne peut être exclusivement appréciée à l'aune des montants dont l'ordonnancement est déconcentré. Une deuxième condition de responsabilisation des ARS réside dans la liberté d'emploi de la part régionale. La délégation aux ARS de crédits en « tuyaux d'orgue » fléchés sur tel ou tel dispositif n'est ainsi pas souhaitable, sauf de manière provisoire et limitée pour gérer la phase d'expérimentation de certains dispositifs.

Les parts régionales du **FIQCS** et les **crédits de prévention** alloués aux GRSP/ARS sont présentés par les différents interlocuteurs comme étant aujourd'hui à la main des ARS : les enveloppes allouées respectivement aux ARS sont globalisées pour chacune de ces missions et pourront donc en principe être librement utilisées selon les orientations définies localement (en particulier les schémas régionaux de prévention et les SROS). Toutefois, cette liberté peut se révéler en partie théorique : la marge de manœuvre réelle des gestionnaires régionaux par le passé a pu être limitée par l'empilement progressif ou par la multiplicité des « priorités » dont l'addition quasi obligatoire laisse finalement peu de marge locale. Par exemple, l'obligation *a priori* d'intégrer les priorités des plans nationaux dans les plans régionaux de santé publique¹² ne peut conduire à une marge régionale suffisante que si ces plans nationaux sont en nombre très limité.

La loi HPST a supprimé au sein des enveloppes régionales du **FIQCS** la distinction entre expérimentations soins de ville et les autres dépenses. Le décret précisant le fonctionnement du **FIQCS** est en cours de révision pour intégrer les conséquences des modifications législatives récentes. Au moment de la mission, un certain flottement existait dans la mesure où, dans l'attente de ce décret, d'une part l'assurance maladie s'est vu formellement et temporairement confiée la mission d'ordonnancement et où, d'autre part, une incertitude juridique semblait exister sur la nécessité d'un éventuel avis conforme de l'échelon national sur les décisions régionales, ce qui irait totalement à l'encontre de l'esprit de la loi HPST.

Concernant le **FMESPP**, il règne au total une grande ambiguïté quant aux critères et à la pratique de la centralisation. Les directeurs d'ARS rencontrés par la mission ont tous souligné l'intérêt d'une procédure de validation des opérations d'investissement les plus importantes, notamment pour les projets informatiques. Outre le débat légitime que cela permet et la comparaison entre opérations de différentes régions, cela décharge également l'ARS d'une pression locale pouvant nuire à son fonctionnement normal.

A l'inverse, la justification du fléchage de petites lignes, telles que les CLACT, au prétexte que leur faible montant induirait potentiellement un désintérêt local, alors qu'elles peuvent représenter un enjeu jugé sensible politiquement par l'échelon national, n'est pas compatible avec la responsabilité des ARS.

1.2.3. Le cloisonnement de ces fonds n'est pas cohérent avec l'objectif de transversalité à l'origine des ARS

La transversalité de l'approche de l'organisation des soins est un apport majeur de la réforme créant les ARS. Cet objectif de transversalité - qui sera consacré par le plan régional de santé fédérant les différents schémas applicables aux segments ambulatoire, hospitalier et médico-social de l'offre de soins, ainsi que les approches curatives et préventives - alimente également un discours, souvent entendu par la mission, prônant la fongibilité des financements alloués à tous ces secteurs.

¹² CIRCULAIRE N° DGS/SD1/2004/454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique.

1.2.3.1. Une fongibilité globale de tous les financements au niveau régional poserait d'importantes difficultés de régulation globale

La question d'une fongibilité entre différents canaux de financement de la prise en charge des soins dépasse de loin le champ des fonds examinés ici. Sans vouloir entrer en détail dans ce débat, il convient de noter que la faisabilité pratique et la légitimité d'un tel dispositif se heurtent au fait que le pouvoir de « tarification » des prestations et d'allocation des financements de prise en charge des soins relève majoritairement de l'échelon national (tarifs hospitaliers MCO, tarifs conventionnels avec les professions de santé, prix des produits de santé), sur des enveloppes de surcroît « ouvertes ». Dans ce contexte, la signification d'une fongibilité générale organisée au niveau régional et de mécanismes de responsabilisation et de régulation associés, ne peut s'envisager sans une réflexion préalable, approfondie et concertée.

Une approche plus compatible avec le fonctionnement du système de santé français consisterait à donner aux ARS une latitude d'orientation sur la part des financements qu'elles gèrent directement. Ces financements représentent certes une part minoritaire de l'ONDAM, mais qui est loin d'être négligeable¹³ : dotations MIGAC, psychiatrie, soins de suite et de rééducation, médico-social... Ceci dépasse l'objet de la présente mission et n'est indiqué que comme une piste possible à expertiser.

1.2.3.2. En revanche, l'absence de fongibilité des crédits des fonds ici examinés n'a plus de justification

Concernant les fonds objets de la présente mission, la question d'une fongibilité se pose tout à fait légitimement pour la part régionale que les ARS maîtrisent. Deux limites doivent être considérées :

- ♦ la loi sanctuarise les **dépenses de prévention**, qui risqueraient sinon d'être sacrifiées à des besoins de financement au retour plus directement ou rapidement mesurable. La fongibilité ne pourrait donc qu'être asymétrique en faveur de la prévention ;
- ♦ il convient, dans la détermination des enveloppes rendues fongibles, de ne pas intégrer les crédits correspondants à des opérations lourdes, au caractère exceptionnel. Par exemple, la signification et l'intérêt d'une fongibilité entre des montants massifs mais ponctuels, une année donnée, de subvention d'investissements hospitaliers et des dépenses récurrentes de fonctionnement de réseaux ou d'association faisant de la prévention n'apparaissent guère. Dans la mesure où les grosses opérations d'investissement resteraient gérées au niveau national et où l'enveloppe régionale du **FMESPP** permettrait de financer un volant relativement comparable, année après année, de petites opérations, cette réserve s'atténue.

Une telle fongibilité, cohérente avec l'objectif de transversalité assigné aux ARS, faciliterait un pilotage par objectifs plus que par moyens disponibles, grâce à une plus grande intégration des divers outils pouvant concourir à une même politique.

1.3. ... assortie d'un pilotage lacunaire

1.3.1. Une faible lisibilité des priorités

La stratification, la multiplicité et la segmentation des financements sont telles qu'il devient parfois difficile d'identifier la contribution à un objectif prioritaire.

¹³ Environ 40 Mds€.

Rapport

Concernant les **actions de prévention** des GRSP/ARS, au financement desquelles contribue l'assurance maladie, la multiplicité des objectifs et des plans nationaux de santé publique et leur déclinaison régionale rend peu lisible la contribution de chaque région à quelques grands objectifs et ne fait pas l'objet d'un document de synthèse (par exemple comparant le poids des différents axes de financement dans les régions, entre elles et par rapport aux poids des différents problèmes sanitaires dans chaque région). La CNAMTS ne produit pas non plus de son côté de rapport annuel de ses actions de prévention, au-delà d'une présentation succincte à son conseil.

Concernant le **FIQCS**, les ARS vont devoir continuer à remédier progressivement aux limites de financement de réseaux ne s'appuyant pas sur une exigence préalable de modèle médico-économique généralisable. En la matière, en cohérence avec les constats du rapport IGAS de 2007, les gestionnaires portent un regard critique sur un objectif de mise en place des réseaux pour elle-même, aboutissant parfois à une juxtaposition de dispositifs par pathologie sans mutualisation de moyens, sur des périmètres géographiques ne permettant pas un égal accès des patients de la région ou dans des conditions de coût ne permettant pas d'envisager une extension. L'ambiguïté du positionnement du FIQCS (cf. supra 1.1.2.) concernant en particulier le caractère expérimental, reconductible ou pérenne des actions ne facilite pas la formulation claire des objectifs précis attendus.

Concernant le **FMESPP**, il a été indiqué à la mission que les enveloppes de la première tranche d'Hôpital 2012 ont été calibrées *a priori* sur des critères populationnels et ne résultaient pas d'une confrontation des besoins exprimés par les régions et d'objectifs nationaux prioritaires. Cela va conduire l'administration centrale à réexaminer les conditions de validation des opérations de la 2^{ème} tranche, privant pour l'instant les ARS de visibilité sur ce point.

Plusieurs éléments vont actuellement dans le sens d'une meilleure explicitation d'un nombre limité de grands objectifs nationaux :

- ◆ le **FIQCS** a élaboré un nombre limité d'orientations stratégiques (quatre axes) pour l'année 2010 ;
- ◆ le projet de contrat État-UNCAM définit cinq priorités déclinées en vingt objectifs.

1.3.2. Une difficulté d'évaluation et de remise en cause

La difficulté d'évaluation est en partie liée à l'absence d'explicitation préalable d'objectifs et de résultats mesurables. Cette exigence de mesure est en outre difficile à remplir dans des domaines tels que la prévention et la prise en charge sanitaire, qui font appel à de nombreux déterminants.

A la suite des critiques de l'IGAS sur les réseaux en particulier¹⁴, l'exigence d'évaluation a été fortement renforcée et des outils (cahiers des charges) développés afin de la faciliter. Toutefois, l'évaluation individuelle de chaque dispositif ou opération se heurte à des limites fortes : impossibilité d'étalonnage avec des dispositifs comparables, impossibilité ou difficulté d'analyse médico-économique recourant à des comparaisons, notamment avec des groupes témoins... Il est apparu à la mission que la remise en cause de dispositifs dont l'évaluation locale était peu satisfaisante était déjà difficile pour les ARS (le non-renouvellement des financements a été présenté comme « exceptionnel » par plusieurs interlocuteurs de la mission), *a fortiori* quasiment impossible pour des dispositifs dont l'évaluation locale serait plutôt satisfaisante, mais dont la réalité du rapport coûts/bénéfices ne peut être appréciée relativement à une référence.

¹⁴ Rapport IGAS n°2006 022 de mai 2006.

Rapport

Une démarche d'expérimentation préalable intégrant d'emblée les besoins d'une évaluation quantitative solide est désormais poursuivie par l'État et l'assurance maladie sur certains dispositifs, sur la base d'un pilotage national fort : expérimentation « Sophia » de la CNAMTS, d'accompagnement de patients diabétiques, financée en partie sur le **FNPEIS** ; expérimentation de nouveaux modes de rémunération préalable au développement de certains dispositifs (maisons de santé pluri-professionnelles notamment) pouvant bénéficier d'apport du **FIQCS**.

1.3.3. Un suivi financier largement perfectible

Si l'assurance maladie est le financeur commun de l'ensemble de ces fonds, le suivi comptable en est aujourd'hui très éclaté :

- ◆ concernant les **fonds de prévention**, chaque régime assure le suivi comptable de son propre fonds, mais les crédits alloués aux GRSP/ARS sont enregistrés dans les comptes des régimes sur une ligne globale de dotation. L'ordonnateur et le payeur des crédits de ces fonds alloués désormais aux ARS sont les ARS elles-mêmes, qui en assurent le suivi comptable à l'instar des crédits d'État du programme 204 « Prévention et sécurité sanitaire » ;
- ◆ la CNAMTS assure la gestion comptable du **FIQCS**, sur un compte spécifique dont les produits sont constitués des dotations annuelles versées par le RSI, la MSA et la CNAMTS elle-même. Pour les dépenses ordonnancées au niveau régional, des caisses pivots sont désignées comme payeurs ; les charges sont consolidées au niveau national par la CNAMTS ;
- ◆ la Caisse des dépôts et consignations (CDC) assure la gestion comptable du **FMESPP** et en est le payeur. Elle tient à ce titre une comptabilité d'engagements sur l'ensemble des dépenses, hors dépenses individuelles. Le parlement a décidé en 2009 de soumettre les délégations de crédits non engagés à une prescription annuelle et les engagements non payés à une déchéance triennale.

Le FNPEIS et le FIQCS peuvent avoir à financer des conventions pluriannuelles. La lisibilité sur les promesses de financement pluriannuelles est donc souhaitable ainsi que sur les marges annuelles de redéploiement. Ceci fait défaut et, concernant le FIQCS, certaines ARS paraissent en risque de dépassement de leurs crédits de paiement effectivement disponibles, si les besoins de financement antérieurement programmés se réalisaient intégralement¹⁵.

1.3.4. Un dispositif de pilotage encore trop morcelé

1.3.4.1. Entre dimensions nationale et régionale de certaines politiques

Au niveau national, la prévention est l'une des dimensions de la contractualisation entre l'État et l'assurance maladie *via* les COG et désormais également *via* le contrat État-UNCAM. Ce dernier prévoit notamment que les actions de prévention menées par les caisses locales s'intégreront soit dans les programmes nationaux définis par les COG, soit dans les programmes régionaux de prévention. Par ailleurs, l'assurance maladie est représentée dans les instances des ARS et disposera donc à ce titre de visibilité sur l'élaboration des politiques régionales de prévention.

¹⁵ La mission ne confond pas les engagements juridiques fermes qui doivent être enregistrés immédiatement en comptabilité, sous forme d'engagements comptables ou sous forme de créances ou de dettes, d'une part, et les simples promesses de financement pluriannuelles, faites sous réserve d'obtention des crédits au titre des années suivantes, qui font l'objet de plans budgétaires prévisionnels, d'autre part.

Rapport

Un aspect important à la charnière des politiques nationale et régionale demeure peu piloté, celui des examens de santé gratuits, que les régimes doivent proposer à leurs assurés (art. L.321-3 CSS). Tout en constituant une part importante des dépenses des **fonds de prévention**, les modalités de ces examens varient fortement entre les régimes¹⁶ ; le fonctionnement des centres d'examens de santé, qui en sont chargés pour le régime général, est critiqué par la Cour des comptes¹⁷. Sans nécessairement remettre en cause le levier que constitue la proximité des caisses avec leurs assurés, une prise en compte de la dimension territoriale pour en accroître l'efficacité semblerait utile. Or cette question n'est traitée ni par les COG, ni par le contrat État-UNCAM.

1.3.4.2. Entre l'État et l'assurance maladie

A ce jour, les opérations d'investissement subventionnées par le FMESPP sont décidées par la Commission nationale de validation (CNV) 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.

Ceci a des conséquences directes, si l'investissement est surdimensionné, ce qui est survenu plusieurs fois dans le cadre du plan Hôpital 2007 ; les conséquences sont indirectes, si l'ARS est obligé de subventionner l'exploitation courante au moyen des aides à la contractualisation au cours des exercices suivants ; ces conséquences sont encore plus indirectes et difficiles à dépister, si un déficit d'exploitation de l'établissement apparaît ou s'accroît et que celui-ci essaie de le combler par une suractivité ou une surfacturation.

1.3.4.3. Entre le Conseil national de pilotage¹⁸ et d'autres instances

Concernant l'organisation de l'offre de soins, le maintien d'instances nationales spécifiques au **FIQCS** se justifie peu. D'une part, hors les ministres, la composition du comité national de gestion (CNG) du FIQCS est très proche de celle du Conseil national de pilotage (CNP) des ARS et les orientations stratégiques adoptées par le CNG ont vocation à être diffusées aux ARS, puisque ce fonds est très largement déconcentré. D'autre part, le CNP peut avoir à se pencher sur d'autres leviers de la réorganisation des soins, telles que les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération, menées hors du FIQCS, ou sur des sujets qui, tout en pouvant en relever, débordent le cadre du FIQCS, tels que la permanence des soins ou l'éducation thérapeutique.

¹⁶ Cf. fiche annexe sur les fonds de prévention.

¹⁷ Rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2009.

¹⁸ Le décret n° 2010-786 du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des agences régionales de santé fixe la composition et les missions du CNP. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées président le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé. Les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres. Le Conseil national de pilotage comprend en outre : le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales et le secrétaire général adjoint, le directeur de la sécurité sociale, le directeur général de la santé et son adjoint, le directeur général de l'offre de soins, le directeur général de la cohésion sociale, le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, le directeur des affaires financières, juridiques et des services, le directeur des ressources humaines, le directeur du budget, le chef de l'inspection générale des affaires sociales, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants, le directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

En cas d'empêchement, les ministres mentionnés à cet article désignent leur représentant. Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales préside le conseil national de pilotage en l'absence des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Rapport

Le CNG n'est toutefois pas la seule instance nationale du FIQCS, puisqu'existe également un Conseil national de la qualité et de la coordination des soins (CNQCS), dont la composition est beaucoup plus large, puisqu'il comprend des représentants des acteurs du système de santé et des personnalités qualifiées dont au moins un représentant des usagers. Le CNQCS dispose d'un « bureau » plus restreint, qui dispose d'un pouvoir d'attribution des aides nationales en vue d'expérimentations. Dans le contexte d'un renforcement du CNP et de la décentralisation de ces aides, la question de l'avenir du CNQCS se pose.

1.3.5. Une répartition entre régions se voulant objective

Les modalités de répartition des enveloppes régionales des différents fonds entre les régions sont décrites dans les annexes par fonds. Le principe de l'application de critères objectifs est affirmé pour chacun des fonds. Ces critères varient quelque peu selon les fonds mais la base est constituée d'un critère populationnel, auquel peut s'ajouter la prise en compte de la densité de l'offre de soins, des indicateurs de précarité et de mortalité évitable. A défaut de respect strict de ces critères, une convergence est recherchée (crédits de prévention-santé publique).

2. Propositions : vers un véritable pilotage national et une gestion responsabilisant les ARS

Au regard de ces constats, les propositions de la mission visent à concilier deux objectifs : conforter le rôle de pilotage des instances nationales en considérant qu'il n'y a qu'une politique nationale de santé ; responsabiliser les ARS dans sa mise en œuvre là où il y a plus d'efficacité à gérer de manière décentralisée et transverse les fonds d'assurance maladie.

Cela passe par :

- ◆ le renforcement du rôle stratégique du Conseil national de programmation des ARS (CNP) ;
- ◆ le recentrage de l'échelon national sur des fonctions de facilitateur des ARS ;
- ◆ la responsabilisation effective des ARS dans la gestion des fonds d'assurance maladie ;
- ◆ la centralisation à la CNAMTS, via ses caisses pivots, de la tenue des comptes de la partie de ces fonds gérés au niveau régional.

2.1. Renforcer le rôle stratégique du CNP

La condition première d'une responsabilisation réussie des ARS, dans la gestion des fonds examinés ici, réside dans des modalités de pilotage pertinentes par l'échelon central. A une tutelle étroite laissant peu de marges de manœuvre locales mais ne permettant pas davantage une véritable évaluation de la politique menée localement, doit se substituer une démarche de responsabilisation des ARS sur quelques grands objectifs et d'appui méthodologique à leur mise en œuvre et à leur suivi.

2.1.1. Expliciter les stratégies nationales et les grandes orientations

Fixer des objectifs spécifiques à l'emploi de ces fonds n'est pas nécessairement le plus adapté, dans la mesure où ils ne constituent que l'un des leviers possibles au service des différentes politiques à mener en matière de prévention, d'organisation de l'offre de soins ou de recomposition hospitalière. Ce sont donc plutôt les objectifs assignés aux ARS dans la conduite de ces politiques qu'il convient d'explicitier. Fixer des objectifs spécifiques aux fonds eux-mêmes présente en effet des inconvénients :

- ◆ cela conduit à se focaliser sur le levier financier, au risque de vouloir à nouveau fléchir des crédits pour telle ou telle priorité, comme expression la plus tangible de l'engagement gouvernemental en sa faveur ;
- ◆ cela comporte également le risque de compartimenter les interventions, sans vision d'ensemble de l'articulation entre elles au plan local ou avec d'autres leviers, tels que les interventions de l'assurance maladie par exemple.

2.1.1.1. Fixer les grandes orientations stratégiques et fournir la « boîte à outils » du suivi, sans confondre les deux démarches

La mise en œuvre d'une démarche de performance passe par la définition d'objectifs et par le suivi d'indicateurs. Or, les indicateurs ne peuvent généralement qu'être très ciblés sur des objets circonscrits, ce qui conduit inéluctablement à leur multiplication. Tout le travail de formulation d'objectifs précis et d'indicateurs associés constitue un appui technique très utile au suivi des politiques menées. Néanmoins, ces batteries d'objectifs et d'indicateurs constituent aux yeux de la mission davantage une « boîte à outils » qu'il convient de mettre à la disposition des ARS, en particulier pour le suivi et le reporting, que le support possible des orientations qui leur sont données, qui doivent être plus générales, sauf exceptions limitées à des priorités nationales très fortes et quantifiables.

Les projets de CPOM¹⁹ entre l'État et l'ARS, que la mission a pu consulter, semblent à cet égard induire une certaine confusion dans l'esprit des directeurs d'ARS qui ont parfois fait part de leur préoccupation face à ce qu'ils perçoivent comme une multiplication excessive d'objectifs fléchés. Ces projets déclinent en effet trois grandes orientations en une dizaine d'objectifs eux-mêmes traduits en une trentaine d'indicateurs. Le rôle de cette batterie d'indicateurs n'est pas très clair :

- ♦ s'il s'agit de la traduction des objectifs de résultats des directeurs d'ARS, ce que la fixation de cibles pour chaque indicateur suggère, ces indicateurs sont trop nombreux et peuvent, pour certains, conduire à des biais inopportuns dans l'action des ARS (la réduction des déficits hospitaliers peut être atteinte à court terme par des moyens sans impact sur l'équilibre structurel des établissements ; multiplier le nombre de structures d'exercice collectif ne doit pas se faire à tout prix...)
- ♦ s'il s'agit d'un tableau de bord de suivi de l'action des ARS, il est réducteur d'évaluer l'impact de leur action à partir de cette trentaine d'indicateurs. D'ailleurs, des indicateurs supplémentaires sont proposés en annexe au CPOM ; mais ceci aboutit à leur donner un caractère contractuel, ce qui risque de parcelliser à l'excès les objectifs. Un tel tableau de bord devrait être déconnecté du support contractuel.

Proposition n° 1 : fixer un nombre limité d'objectifs dans les CPOM entre l'État et les ARS, sans les confondre avec les tableaux de bord (CNP, 2010).

2.1.1.2. Privilégier des objectifs de résultats plutôt que des obligations de moyens

L'intérêt d'une fixation d'objectifs par grande politique plutôt que par fonds doit permettre d'éviter le risque d'une obligation faite aux ARS de financer des projets sans analyse suffisante de leur apport à la pertinence, à l'équité et à l'efficacité de la prise en charge des patients. Ainsi, le CNP doit se concentrer sur la formulation des objectifs visés à travers les dispositifs (améliorer l'accès aux soins de premier recours et leur impact sur la consommation et les parcours de soins, par exemple, en matière d'organisation des soins) plutôt que de fixer aux ARS une obligation de moyens (développement de réseaux, de maisons de santé pluri-professionnelles, de dispositifs d'éducation thérapeutique). Un appui méthodologique fort doit être fourni par l'échelon national pour le développement de ces outils (expérimentations, cahiers des charges, possibilités de comparaisons interrégionales, dispositif d'évaluation) mais il appartient aux ARS de susciter les dispositifs appropriés, sans que la pression à la quantité nuise à la qualité.

Proposition n° 2 : ne plus fixer aux ARS d'objectifs quantitatifs de création de structures, tant que l'évaluation médico-économique n'a pas assuré leur pertinence (CNP, 2010).

¹⁹ Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

2.1.1.3. Assurer l'articulation État-Assurance maladie et l'association des acteurs du système de santé

Une explicitation des grands objectifs de résultat par politique plutôt que par instrument doit permettre également de veiller à la cohérence de l'intervention des différents acteurs, en particulier entre les ARS et les régimes d'assurance maladie. Ainsi, en matière de prévention et d'organisation des soins, l'assurance maladie dispose d'importants leviers, à côté de ceux mobilisables par les ARS.

Le CNP est particulièrement bien placé, de par sa composition, pour assurer cette cohérence. Il lui incombe donc de veiller à ce que les objectifs fixés à l'assurance maladie (COG, contrat État-UNCAM) s'articulent bien avec ceux des ARS. A titre d'exemple, la question de la contribution de la politique d'examen de santé des différents régimes, à la réduction des inégalités d'accès à la prévention au plan régional, devrait être abordée dans ce cadre et être traitée dans la prochaine COG État-CNAMTS (cf. infra 2.2.4.1).

Par ailleurs, le projet de contrat État-UNCAM prévoit dorénavant une bonne visibilité des ARS sur les actions locales des caisses d'assurance maladie. Il conviendra que la COG État-CNAMTS confirme sans ambiguïté cette approche déjà prévue par les COG signées avec la MSA et le RSI. Il est également souhaitable que les ARS disposent d'un retour sur l'impact des dispositifs mis en œuvre dans leur région par l'assurance maladie, tels que le CAPI ²⁰.

Proposition n° 3 : préciser dans la prochaine COG État-CNAMTS que les actions locales des caisses d'assurance maladie doivent s'inscrire dans les plans régionaux de santé (pilote DSS en lien avec la DGS, 2010).

Le CNP devrait enfin disposer d'une visibilité globale de l'ensemble des dispositifs concernant les régions. Il devrait donc se substituer au Comité national de gestion du FIQCS (dont la composition est très proche) et la commission nationale de validation des projets Hôpital 2012 devrait en être une émanation, associant l'État et l'assurance maladie, puisque cette dernière est le principal financeur.

En conséquence, l'actuel Conseil national de la qualité et de la coordination des soins (CNQCS) du FIQCS pourrait être repositionné comme une instance consultative auprès du CNP sur les grandes orientations de la politique d'organisation des soins.

Proposition n° 4 : remplacer le Conseil national de gestion du FIQCS et la Commission nationale de validation des projets d'investissement hospitaliers par le Conseil national de pilotage des ARS (ou une formation en émanant) (CNP, 2010).

Proposition n° 5 : transformer le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins en une instance consultative auprès du CNP (CNP, 2010).

2.1.2. Organiser le pilotage

2.1.2.1. Valider les outils de pilotage au service des ARS

Il appartient au CNP de définir les objectifs fixés aux ARS. C'est dans le cadre de ces grands objectifs par politique que doivent s'inscrire les contributions des fonds, pour lesquels il n'est donc pas utile de re-préciser des orientations ad hoc (*a fortiori* dans des instances autres que le CNP, comme c'est le cas du CNG du FIQCS). Le seul véritable pilote national des ARS, avec lequel ceux-ci contractualisent et rendent compte, doit être le CNP et non plus les administrations centrales. La composition du CNP, telle qu'elle vient d'être décidée²¹, va tout

²⁰ Contrat d'amélioration des pratiques individuelles, signé entre l'assurance maladie et le médecin traitant.

²¹ Cf. décret n°2010-786 du 8 juillet 2010.

Rapport

à fait dans ce sens. Les CPOM, à concevoir comme proposé plus haut, fixent les objectifs sur lesquels les directeurs d'ARS seront évalués.

Par ailleurs, les projets régionaux de santé (PRS) et leurs déclinaisons (PSR, schémas d'organisation, programmes thématiques) doivent devenir le cadre unique de définition et de mise en œuvre des politiques de santé au niveau régional. Ces documents, qui méritent d'être préparés avec soin (quitte à les publier avec un retard de quelques mois), doivent s'imposer comme la référence pour les ARS, de mise en œuvre des objectifs fixés dans le CPOM.

Le CNP doit également fédérer la production des indicateurs de suivi, de manière à éviter les redondances d'une part, et à assurer la comparabilité des résultats entre régions, d'autre part. Il lui appartient donc de valider les tableaux de bords partagés entre les directions d'administration de l'État, l'assurance maladie et les ARS.

Enfin, concernant les opérations à financer par les ARS à travers les fonds, les circulaires de l'administration centrale devraient être désormais moins rédigées comme des instructions que comme des outils d'aide au montage des projets, même si certaines règles ou barèmes à respecter y sont indiqués. Au contrôle *a priori* de ces règles doit se substituer une possibilité d'appui technique et un audit *a posteriori* assorti de pénalisations en cas de non respect. Un programme annuel de contrôle interne devrait en conséquence être validé par le CNP.

Proposition n° 6 : faire du CNP le lieu exclusif de validation des objectifs fixés aux ARS, des indicateurs de suivi, des tableaux de bord et du programme de contrôle interne des ARS par l'administration centrale (CNP, action permanente).

2.1.2.2. Valider les modalités de reporting

Trois modalités de reporting sont envisageables :

- ◆ un reporting par chaque ARS sur la contribution de ses fonds à ses politiques, dans le cadre d'un rapport annuel plus global servant au dialogue de gestion ;
- ◆ un reporting par fonds, comme c'est le cas actuellement à travers les rapports annuels du FIQCS et du FMESPP, de lisibilité variable (particulièrement faible pour le FMESPP) en termes de contribution à des grands objectifs et de comparaison entre régions. Il n'existe pas véritablement de rapport annuel du FNPEIS de la CNAMTS, ni de rapport annuel consolidé de l'emploi des crédits des GRSP ;
- ◆ un reporting par politique, qui inclurait non seulement les actions des ARS en la matière mais également celles des régimes d'assurance maladie et la contribution des fonds à ces politiques.

La troisième option combinée au recueil d'éléments par fonds semblerait la plus appropriée pour dégager une visibilité globale, mais la mission ne sous-estime pas la complexité des modalités à prévoir en conséquence.

Proposition n° 7 : engager au sein du CNP une réflexion sur des modalités de reporting par politique fédérant les différents acteurs et tester les formules envisagées auprès des ARS (CNP, 2011).

La priorité devrait en attendant être accordée à la qualité du reporting financier (cf. Infra 2.3.1.1.).

2.1.2.3. Valider les programmes nationaux d'expérimentation et les modalités d'évaluation prévues

La mise en œuvre de nouveaux dispositifs devrait plus systématiquement s'appuyer sur des expérimentations évaluées rigoureusement sur le plan médico-économique. La mission insiste sur le fait que la tâche préalable de formalisation des objectifs et des critères d'évaluation est décisive, pour éviter le foisonnement de réseaux dont on finit par ne plus savoir s'il faut les continuer ou les arrêter et qui procèdent plus d'une logique de guichet que d'une réponse à une stratégie volontariste des pouvoirs publics. Afin d'éviter de reproduire les dérives observées sur le financement des réseaux, il est essentiel d'adopter une démarche rigoureuse pour la poursuite du développement des maisons de santé pluri-professionnelles.

Proposition n° 8 : valider au sein du CNP le cadre des expérimentations et les modalités de leur évaluation (CNP, action permanente).

Une telle évaluation implique nécessairement une forte contribution de l'assurance maladie à travers la mobilisation de ses données. Les gestionnaires locaux ont signalé à la mission la difficulté pour eux d'obtenir parfois, de la part des opérateurs qu'ils financent, des données de base telles que la file active de patients enrôlés dans le dispositif, même lorsque cela est prévu par la convention : le secret médical leur est opposé. A partir de là, toute évaluation devient impossible.

Proposition n° 9 : prévoir au niveau législatif l'obligation pour les opérateurs de fournir les données requises pour l'évaluation de leur action, en prévoyant à cette fin les dispositions respectueuses du secret médical (transmission via des services médicaux de l'assurance maladie ou des ARS) (pilote DSS, PLFSS pour 2011) .

2.1.2.4. Veiller à asseoir le bon fonctionnement du CNP sur une organisation et des moyens suffisants

Les préconisations qui précèdent, ainsi qu'un certain nombre de celles qui suivent, supposent que les moyens du CNP soient suffisants pour que ses réunions puissent faciliter la prise de décision collégiale.

Chaque direction devrait demeurer pilote des sujets de sa compétence, assumant leur instruction, leur préparation (en particulier la coordination interservices nécessaire) et l'élaboration des documents soumis au CNP. Certains sujets, tels que les outils de gestion des ARS et le contrôle interne, nécessitent un pilotage transversal. Dans nombre de cas, cela peut justifier un pré-examen par une instance de niveau plus technique que le CNP, réunissant certains de ses représentants.

Un secrétariat permanent du CNP paraît en outre indispensable, non seulement pour l'organisation matérielle des réunions, mais également pour veiller au bon déroulement des étapes préparatoires, en appui aux directions pilotes.

Les missions de secrétariat permanent du CNP et de pilotage des sujets transversaux incombent au Secrétariat général des ministères chargé des affaires sociales et pourraient relever de l'adjoint au Secrétaire général mentionné par le décret du 8 juillet 2010, (cf. note de bas de page n°18).

2.2. Repositionner l'échelon national comme facilitateur de l'action des ARS

Même si l'enjeu dépasse très largement celui de la gestion des fonds d'assurance maladie, la question du rôle des ARS est au cœur des propositions de la mission. En effet, au-delà des choix techniques, il a paru indispensable à la mission que ses préconisations confortent l'esprit de la réforme plaçant les ARS au cœur du pilotage régional de la santé. Dès lors, le fil conducteur de ses propositions est de :

- ◆ recentrer et renforcer le rôle des administrations centrales sur les fonctions d'initiateur et de pilote de la politique de santé en France ;
- ◆ donner dans ce cadre le maximum d'autonomie de gestion aux ARS, avec en contrepartie une évaluation *ex post* sur des bases convenues préalablement en commun, notamment via les CPOM.

2.2.1. Donner aux ARS des marges de responsabilité plus grandes

2.2.1.1. Globaliser les crédits régionalisés, avec en contrepartie un suivi financier approprié

2.2.1.1.1. *Aller vers une gestion globalisée des crédits d'assurance maladie au sein des ARS*

La destination des dépenses ne doit pas résulter de fléchages, instructions, stratifications progressives demandés par l'administration centrale. Les ARS doivent disposer d'une enveloppe globale avec des règles d'affectation limitées aux grands principes : dépenses éligibles, règles de fongibilité asymétrique (cf. infra). Ainsi, les lignes existantes au sein du FIQCS et du FMESPP doivent être supprimées au plan régional (suppression du fléchage sur les aides à l'amélioration des conditions de travail notamment).

Toutefois, une dérogation pourrait être envisagée pour les enveloppes destinées à la contribution de chaque région à des programmes nationaux d'expérimentation. Les crédits afférents, qui ne concerneront que les régions participant à l'expérimentation, doivent pouvoir, pour ne pas pénaliser ces dernières, être alloués en sus des enveloppes régionales réparties par ailleurs sur des critères objectifs.

Proposition n° 10 : globaliser les crédits régionaux en supprimant tout montant fléché, à l'exception de la dotation régionale aux programmes nationaux d'expérimentation (pilote DSS, PLFSS pour 2011).

2.2.1.1.2. *Renforcer en contrepartie les outils de suivi financier*

La mobilisation des ARS en faveur d'actions jugées souhaitables au niveau central doit dépendre d'abord de leur contribution aux objectifs fixés et ensuite de l'intérêt qu'elles trouvent dans le pilotage des acteurs et des opérateurs qui peuvent bénéficier de ces crédits. Cela suppose que l'échelon central substitue aux fléchages/instructions une démarche de sensibilisation et d'appui à la mise en place des dispositifs qu'elle souhaite promouvoir. Mais c'est bien en dernier ressort les ARS qui doivent rester juges de leur intérêt et de leur opportunité au plan local et assumer la responsabilité de leur financement ou non.

Cette globalisation des crédits ne doit pas se traduire par la suppression de toute visibilité de l'échelon national sur leur destination. Les modalités de suivi financier doivent permettre d'obtenir l'information appropriée à travers :

Rapport

- ◆ l'adaptation, le cas échéant, du plan comptable, pour pouvoir extraire automatiquement de la comptabilité générale les grands postes de dépenses correspondant à des missions, des objectifs et des actions que l'on souhaite distinguer, à l'image de ce qui existe avec la Lolf ;
- ◆ un dispositif de suivi pluriannuel des promesses de financement. Les conventions pluriannuelles entre les ARS et les opérateurs doivent être passées dans les limites des plafonds d'engagements existants. Elles doivent également prévoir que les financements ultérieurs sont conditionnés à la disponibilité des crédits des années suivantes. L'impact pluriannuel de ces conventions doit être retracé de façon extracomptable de façon à conférer de la visibilité sur les besoins de financement maximaux et sur leur échéance ;
- ◆ là où ce n'est pas encore le cas, une comptabilité d'engagement doit être appliquée de manière à connaître les charges certaines sans attendre les décaissements effectifs. ²²

En complément de ces instruments de suivi financier, les outils de gestion des ARS devraient permettre la fourniture la plus automatisée possible d'un certain nombre d'informations relatives aux opérations financées (type de réseau, dimension,...).

Proposition n° 11 : renforcer les outils de suivi : nomenclature comptable, suivi extracomptable des besoins de financement pluriannuels, données de gestion. Les modifications souhaitées du plan comptable de l'assurance maladie doivent être notifiées aux caisses par la Mission comptable permanente suffisamment à l'avance pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier (CNP, 2010-2011).

2.2.1.2. Déconcentrer aux ARS la partie des fonds qui peut encore l'être

Dans la partie nationale du **FIQCS**, par exemple, subsiste en dehors du DMP et pour l'année 2010, 5 M€ attribués par le bureau national du CNQCS et 5 M€ pour des expérimentations menées par le CNG (maisons de santé pluridisciplinaires essentiellement). Si une impulsion nationale se justifie en la matière, la mission préconise une gestion de ces enveloppes au niveau des ARS, au même titre que les actions relevant des expérimentations régionales. Seul le financement d'éventuels dispositifs interrégionaux pourrait justifier un financement sur part nationale.

Concernant les aides à l'investissement du FMESPP, l'appui aux plus petites opérations devrait relever des ARS dans le cadre d'une enveloppe annuelle, tandis que les plus grosses opérations continueraient à relever du niveau national. Le seuil de 10 M€ actuellement utilisé paraît adapté et n'a pas été contesté par les divers interlocuteurs de la mission. Dans le domaine des ressources humaines, les aides individuelles et collectives liées à des opérations de restructuration devraient toutes relever des seules ARS.

Si l'administration centrale devait juger une action si importante qu'elle en prenne la décision, il lui appartiendrait de ne pas déléguer les crédits correspondants et d'ordonnancer au niveau central. Une règle générale à appliquer doit toutefois être l'absence de recoupement et de redondance entre les parts nationale et régionale des fonds : les objets à financer aux différents niveaux doivent être clairement distingués pour éviter au maximum toute sollicitation du niveau national, en contradiction avec une décision régionale.

²² Sous réserve d'une expertise complémentaire, la comptabilité en droits constatés de l'assurance maladie correspondrait à cet objectif.

Rapport

Proposition n° 12 : déconcentrer au profit des ARS, les aides aux investissements de moins de 10 M€ et la gestion du volet ressources humaines du FMESPP, ainsi que les dépenses du FIQCS hors DMP (et, le cas échéant, les expérimentations impliquant plusieurs régions) (CNP, 2010).

Proposition n° 13 : veiller à l'absence de recoupement entre les possibilités d'interventions financières du niveau national et du niveau régional (CNP, 2010).

2.2.2. Utiliser des règles claires de délégation des crédits

La mission n'a pas examiné en détail les règles actuelles de délégation de crédits. Les préconisations qui suivent visent à illustrer les règles qui lui semblent compatibles avec la responsabilisation souhaitée des ARS.

2.2.2.1. Recourir à des critères objectifs de répartition des enveloppes entre régions

Le principe d'une répartition sur la base de critères simples, objectifs et pertinents doit être appliqué. Il appartient au CNP de valider ces critères.

Concernant les fonds de prévention, la contribution globale de chaque régime pourrait être calculée en proportion de ses assurés. Ces contributions, complétées des crédits d'État du programme 204, pourraient ensuite être réparties entre régions sur la base de critères démographiques pondérés d'indicateurs de précarité et de mortalité évitables, comme la DGS y réfléchit actuellement (en tenant compte toutefois de la situation variable des régions au regard de la reprise des compétences exercées par les conseils généraux dans certains domaines).

Pour les parts régionales du FIQCS et du FMESPP, appelées à être globalisées (cf. Infra 2.4.1.2), une répartition sur des critères démographique simples (part de la région dans la population générale et dans la population âgée par exemple) pourrait constituer la base. Une modulation, limitée à plus ou moins 10 % par exemple pourrait également être introduite en fonction des besoins exprimés par les plans régionaux de santé.

En tout état de cause, l'ampleur limitée de ces fonds ne peut pas conduire à faire de leur répartition entre régions un levier majeur de réduction des inégalités de santé et de consommation de soins. Une sophistication excessive à cet égard risquerait d'aboutir à une répartition injuste ou inefficace. Il convient plutôt de veiller à ce qu'ils ne contribuent pas à un accroissement des inégalités.

La prise en compte de la réduction des inégalités entre régions doit être privilégiée sur des leviers plus importants : impact dans les différentes régions des dépenses de la part nationale du FMESPP, de la part nationale des fonds de prévention, des autres financements tels que les MIGAC, d'une part, et adéquation des plans régionaux de santé et de leur impact sur les différents pans de l'offre de soins avec cet objectif de réduction des inégalités, dans le respect des contraintes pluriannuelles d'évolution de l'ONDAM, d'autre part.

Proposition n° 14 : valider en CNP des critères simples et robustes de répartition des crédits des fonds entre les régions (CNP, 2010).

Proposition n° 15 : veiller à la réduction des inégalités interrégionales de santé et de consommation des soins, dans la mise en œuvre des plans régionaux de santé, à travers la contribution des autres financements, d'importance plus conséquente (CNP, 2011-2012).

2.2.2.2. Déléguer les parts régionales aux ARS en deux temps et garantir la visibilité de la gestion annuelle

Le caractère global de cette délégation, quelle que soit la provenance des crédits (FIQCS, FMESPP ou fonds de prévention) est indissociable d'un bon fonctionnement du fonds régional unique à compartiments préconisé par la mission (cf. Infra 2.4.1.).

La première délégation pourrait porter sur 80 % de l'enveloppe régionale globale issue de ces fonds. Le solde ne devrait être attribué sur proposition du CNP, à mi-année au plus tôt, qu'au vu de justificatifs de consommation et d'un dialogue de gestion avec les ARS et sous réserve que ces crédits ne fassent pas entre temps l'objet d'un gel éventuellement décidé dans le cadre de la régulation infra-annuelle de l'ONDAM. Cette échéance serait l'occasion de faire le point à mi-parcours de l'état d'avancement du CPOM et des difficultés éventuelles rencontrées et le cas échéant de procéder à des ajustements.

Proposition n° 16 : déléguer globalement une part prépondérante des crédits dès le début de l'année et le solde au vu d'un compte-rendu d'emploi à mi-année et en tenant compte d'un éventuel gel de crédits (CNP, 2011).

2.2.2.3. Clarifier la nature des délégations

Les montants notifiés aux ARS doivent correspondre à des plafonds de crédits susceptibles d'être engagés, quelle que soit l'année considérée. Il peut être de bonne gestion d'imposer une prescription et un retour des crédits à l'administration centrale en cas d'absence d'engagements au-delà d'un certain délai²³.

Par ailleurs, la mise en place d'un suivi extra-comptable des promesses de financement permettra de suivre la marge de liberté de l'ARS au titre des budgets des années suivantes²⁴, de s'assurer de la soutenabilité budgétaire dans le temps des conventions signées et d'alimenter le dialogue de gestion sur la réalité de la mise en œuvre des opérations.

2.2.3. Positionner les échelons centraux (Etat, assurance maladie) sur un rôle d'animation et d'accompagnement plutôt que d'instruction

Une capacité accrue d'initiative passe sur ce point par deux canaux complémentaires : des effectifs qualitativement adaptés à ces nouvelles manières de remplir leur mission, un appui technique des administrations centrales, à la demande et sous forme de référentiels servant d'appui méthodologique. Cette attente porte sur divers domaines : juridique (ressources humaines, droit des sociétés, responsabilité médicale), immobilier...

²³ A l'exemple de ce qui existe pour le FMESPP : le Parlement a adopté en 2009 le principe d'une prescription annuelle des engagements et d'une échéance triennale des paiements, en partie suite aux recommandations du rapport de l'IGF n°2008-M-071-02 sur la situation financière du fonds.

²⁴ Il serait de bonne gestion que les ARS ne puissent pas dépasser certains taux de promesses sur les années à venir : par exemple, 80 % en N+1 et 50 % en N+2, de façon à ne pas rigidifier à l'excès les budgets publics futurs et à être en capacité de tenir les promesses faites, quelles que soient les circonstances.

2.2.3.1. Substituer à l'instruction a priori des dossiers par l'administration centrale une offre de services en matière d'accompagnement technique des ARS

Il s'agit davantage ici d'un changement culturel et de mode de fonctionnement que d'inventer *ex-nihilo* des types d'outils ou des compétences qui sont déjà largement déployés. Ainsi, le principe de cahiers des charges a commencé à être mis en œuvre concernant le **FIQCS** et les supports d'instruction des dossiers d'aide à l'investissement **FMESPP** ont été diffusés, pour ne citer que ces deux exemples.

La critique porte surtout sur l'instruction a priori par la DGOS des dossiers d'aides individuelles du **FMESPP** : l'apport indéniable de l'expertise de l'administration centrale sur des sujets techniques pointus ne justifie pas la centralisation de l'instruction des dossiers et des décisions de financement en conséquence. Cette expertise nationale doit continuer à être mise au service des ARS, mais sous forme d'un appui assorti de pédagogie sur les risques d'une instruction défectueuse et sur les sanctions ou pénalisations susceptibles d'intervenir dans ce cas, lors de l'exécution du programme de contrôle interne validé par le CNP.

Dans certains cas, il conviendrait d'examiner si la mutualisation technique ne pourrait pas trouver également sa place au sein d'une agence (par exemple, l'ANAP ou la HAS) ou d'une ARS spécifiquement identifiée comme pôle d'expertise, du fait de son expérience acquise dans tel ou tel domaine. Les modalités de diffusion des « bonnes pratiques » des ARS entre elles peuvent aussi venir de la diversité de ces expertises.

Proposition n° 17 : fournir aux ARS les moyens d'instruire les dossiers : formation, organisation de cellules d'appui technique en administration centrale, au sein de l'assurance maladie, d'agences nationales ou d'ARS « référentes » (directions compétentes ou caisses nationales, sous l'égide du CNP, action permanente).

2.2.3.2. Veiller à l'organisation de la mutualisation des bonnes pratiques et de l'évaluation comparée

Si l'administration centrale doit se départir de son rôle traditionnel de fléchage étroit des crédits et d'exigence de mise en œuvre de moyens à l'égard des ARS, elle a en revanche un rôle important à jouer pour organiser la comparaison interrégionale des actions menées, la mutualisation des expériences régionales et la diffusion des dispositifs innovants.

Au-delà de la démarche susmentionnée d'expérimentation-évaluation-diffusion (cf. 2.1.2.3.), il serait intéressant de renforcer la mutualisation des expériences concluantes existantes. Ainsi, il pourrait être demandé aux directeurs généraux d'ARS d'indiquer quelles actions innovantes en matière de prévention ou d'organisation des soins (une ou deux au maximum sur chaque aspect) leur paraissent les plus prometteuses, en vue d'une éventuelle diffusion vers d'autres régions. Le CNP confierait à l'administration compétente²⁵ le pilotage de l'analyse et de l'évaluation de ces expériences puis l'animation, en lien avec la région initiatrice, d'un processus d'échanges avec les autres régions.

Plus globalement, il serait utile que sur un même sujet, les administrations centrales organisent la comparaison des dispositifs mis en œuvre dans les différentes régions et leur fassent retour des résultats de cette comparaison.

Proposition n° 18 : valider et suivre un programme d'échanges de bonnes pratiques et de parangonnage (CNP, à partir de 2011).

²⁵ Par exemple, la DGS sur des dispositifs innovants de prévention.

2.2.4. Dégager des marges de redéploiement internes aux fonds

L'absence de marge de manœuvre financière pour financer de nouveaux projets pertinents a parfois été évoquée par certains interlocuteurs de la mission, tant concernant la prévention que l'organisation des soins, à travers le **FIQCS**. Pour autant, des redéploiements paraissent possibles compte tenu des critiques adressées à certains des dispositifs financés.

2.2.4.1. Prévention : programmer l'évolution des centres d'examens de santé et des modalités d'invitation aux dépistages

En matière de **prévention**, le montant relativement faible de la part régionalisée des crédits par rapport aux montants globaux des fonds concernés et l'existence d'enveloppes gérées par les caisses locales alimentent parfois la demande d'une concentration plus importante de moyens dans les mains des ARS.

La mission estime sur ce point qu'il convient de ne pas se tromper de cible : la nature des dépenses ne donne pas toujours sens à un rattachement à un pilotage régional (cf. supra 1.2.1.1) et, concernant les caisses locales, l'important est d'articuler leurs interventions avec les schémas régionaux de prévention, plutôt que de se priver de la mobilisation de cet opérateur à la seule fin de récupérer des crédits au montant relativement limité (cf. annexe sur les fonds de prévention). D'autres enjeux paraissent plus majeurs en termes de dégagement de marge de manœuvre financière :

- ◆ l'évolution de la politique d'examens de santé gratuit et notamment de l'activité des centres d'examens de santé du régime général. Les sommes en jeu (plus de 150 M€ pour le seul régime général) sont dix fois plus importantes que les crédits des caisses locales, mais l'articulation de ces dispositifs avec les politiques régionales de réduction des inégalités d'accès à la prévention n'apparaît pas aujourd'hui ; par ailleurs le coût des centres d'examens de santé est pointé par la Cour des comptes. Au niveau national, il appartient au CNP de fixer aux régimes des objectifs d'articulation de ces dispositifs avec les politiques régionales (cf. supra 2.1.1.3). Au niveau régional, les centres d'examens de santé devraient *a minima* être conventionnés avec les ARS pour déployer de la façon jugée la plus pertinente localement leur activité de prévention. Une option plus lourde à envisager, au moins à terme, consisterait à confier aux ARS une partie du financement de ces centres en fonction de ces conventions ;
- ◆ une autre piste de gains d'efficacité déjà identifiée par l'État et l'assurance maladie réside dans le réexamen du financement des structures de gestion de dépistage contre le cancer. En effet, il convient de vérifier si l'activité d'invitation des assurés aux dépistages ne pourrait pas être effectuée à moindre coût directement par les caisses d'assurance maladie. Le réexamen du cahier des charges de ces structures de gestion est prévu par le projet de contrat État-UNCAM. Les économies nettes réalisées pourraient être redéployées au profit de la part régionale des fonds.

Proposition n° 19 : prévoir dans la COG État-CNAMTS le conventionnement des centres de santé avec les ARS, la révision du cahier des charges des structures de gestion du dépistage contre le cancer et les conséquences financières pour les ARS (pilote DSS en lien avec la DGS et la CNAMTS, 2010).

2.2.4.2. Appuyer les ARS dans le réexamen des critères de financement des réseaux

La combinaison de la mise en place récente des ARS et de la forte contrainte budgétaire ressentie localement sur le **FIQCS** offre l'opportunité d'une remise en cause du financement des dispositifs les moins justifiés, en termes d'efficacité et d'équité de la prise en charge des patients. Les dispositifs particulièrement coûteux au regard du service rendu sont parfois bien identifiés au plan local. Mais tant que la pression budgétaire n'était pas telle qu'elle pousse à davantage de sélectivité et de remise en cause, les financements ont continué à se stratifier et à se rigidifier.

Cette situation finit par jeter un discrédit global sur l'intérêt des innovations locales, dans la mesure où elles ne peuvent pas déboucher sur des dispositifs généralisables, voire simplement reproductibles, parce que leur rapport qualité/coût n'est pas probant.

La mission préconise (cf. infra 2.4.2.) de prévoir la possibilité de supports pérennes de financement (basculement dans le droit commun), lorsque les résultats de l'évaluation d'un mode de prise en charge innovant font consensus en ce sens. La contrepartie doit être une sélectivité accrue des projets financés par les ARS, y compris en remettant en cause des actions existantes.

Quelques pistes d'une telle sélectivité accrue, loin d'être exhaustives, ont été évoquées par les interlocuteurs de la mission :

- ◆ s'appuyer sur des comparaisons de coûts unitaires par patient intégré dans le dispositif ;
- ◆ organiser la mutualisation des fonctions supports des réseaux pour réduire le coût issu de la spécialisation par pathologie. Ce mouvement est engagé, certaines régions rapprochant les réseaux diabète et obésité par exemple ;
- ◆ organiser la généralisation de l'accès aux réseaux à l'ensemble de la population potentiellement éligible de la région ;
- ◆ pour les dispositifs les plus lourds ou les plus répandus, définir les objectifs médico-économiques visés et organiser une évaluation solide.

L'échelon central devrait donc appuyer les ARS dans une politique de révision générale des dispositifs financés, en particulier sur le **FIQCS**, en mettant à leur disposition une panoplie de critères et de moyens de comparaison interrégionaux. Ceci faciliterait le travail des ARS d'objectivation de leurs décisions auprès des opérateurs. Le moment de l'installation des ARS est le plus propice à la conduite d'une telle révision générale et constitue un test de leur responsabilisation financière.

Par ailleurs pour l'avenir, les cahiers des charges devraient prévoir plus explicitement une durée limitée d'expérimentation et des critères de renouvellement rigoureux pour éviter une pérennisation tacite.

Proposition n° 20 : appuyer la programmation par les ARS d'une révision générale des dispositifs régionaux financés sur le FIQCS, en élaborant avec elles les critères de cette révision, le calendrier et en organisant les démarches d'évaluation nationale nécessaires (CNP, 2010-2011).

2.3. Donner aux ARS le moyen d'être des décideurs régionaux responsables

Mettre les ARS en situation de responsabilité suppose de leur donner des instruments financiers souples et faciles d'emploi, de leur permettre de contrôler dans de bonnes conditions le service fait et de rendre compte de façon transparente de leurs actions, en bénéficiant le cas échéant d'un retour de crédits sur une part des économies réalisées, si les conditions d'évaluation sont suffisamment précises.

2.3.1. Créer un fonds régional d'intervention à deux compartiments

2.3.1.1. Un compartiment « prévention » est nécessaire pour respecter l'exigence de fongibilité asymétrique

La loi HPST prévoit que « les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent pas être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux »²⁶.

Cette interdiction a pour objectif de préserver les moyens de la prévention, mais n'empêche pas des transferts inverses de financement à son profit, en provenance des fonds initialement destinés à l'organisation des soins. D'où le terme de fongibilité asymétrique²⁷.

La vérification de la fongibilité asymétrique consisterait à s'assurer, par exemple au moyen de la comptabilité d'engagements tenue sur les deux compartiments de la prévention et de l'offre de soins, que les financements du **FNPEIS** et du programme 204 n'ont servi qu'à la prévention, quitte à ce qu'ils aient pu être abondés par des financements en provenance des autres fonds.

2.3.1.2. Les autres crédits doivent être globalisés

Au-delà de la globalisation des crédits au sein de chaque fonds, une globalisation plus large doit être possible à travers une fongibilité des crédits relatifs à l'organisation des soins (**FMESPP et FIQCS**). De même que la suppression des fléchages internes aux fonds (cf. 2.1.1) n'a pas vocation à priver l'administration centrale de toute visibilité sur la destination effective des fonds, ce sont les modalités de comptabilisation et de compte-rendu qui doivent conférer cette visibilité *a posteriori*. Mais la responsabilisation des ARS suppose de leur laisser toute latitude *ex-ante*.

Ainsi, les parts régionales du **FMESPP, du FICQCS et des fonds de prévention**, complétées des crédits régionalisés du programme 204 de l'État seraient fusionnées au sein d'un fonds régional d'intervention à deux compartiments : l'un dédié aux actions de prévention-santé publique, l'autre regroupant les autres crédits.

Les dépenses éligibles à ce fonds régional d'intervention (FRI) seraient celles prévues par les textes, mais il y aurait une totale liberté pour les ARS de ventilation des crédits entre ces différentes dépenses, sous réserve du respect de la fongibilité asymétrique susmentionnée en faveur de la prévention-santé publique.

²⁶ Article L.1434-6 du code de la santé publique.

²⁷ Cf. les rapports du préfet Ritter sur la création des ARS, de janvier 2008, et sur le pilotage des ARS, de février 2009.

Rapport

Les avantages d'un tel fonds sont :

- ◆ La simplicité d'emploi pour l'ARS, ordonnateur unique de ces financements au niveau régional ;
- ◆ la clarté des moyens mis à sa disposition, ce qui en facilite l'évaluation.

Ce fonds régional d'intervention pourrait être retracé au sein de l'ONDAM, au sein du sous-objectif « autres prises en charge ».

Proposition n° 21 : créer un fonds régional d'intervention (FRI) à deux compartiments, le premier regroupant les parts régionales du FIQCS et du FMESPP, le second, les parts régionales des fonds de prévention et du programme 204 ; prévoir une fongibilité asymétrique des deux compartiments en faveur des crédits de prévention-santé publique (PLFSS pour 2011).

2.3.2. Offrir aux ARS un support de financement transverse pour des prestations pérennes

La globalisation des crédits en un fonds régional d'intervention ne résout pas toutes les questions de frontière et de positionnement. Les zones de recoupement des fonds examinés ici avec d'autres support de financement, ainsi que l'ambiguïté du positionnement du FIQCS ont été évoquées en partie 1 (cf. 1.1.1. et 1.1.2.). Plusieurs interlocuteurs de la mission ont souligné que la transversalité des politiques menées par les ARS souffre d'un manque d'outil financier transversal aux différents segments de l'offre de soins.

L'hypothèse du basculement sur le financement de droit commun de certains dispositifs aujourd'hui financés sur le **FIQCS** fait toutefois craindre un risque inflationniste non maîtrisé, en cas d'encadrement insuffisant. Un encadrement adéquat suppose en effet des cahiers des charges permettant d'asseoir un modèle médico-économique rentable pour les promoteurs comme pour l'assurance maladie. Si un tel schéma idéal n'est pas toujours pleinement atteignable, le maintien de ces financements dans une enveloppe fermée apparaît comme une condition incontournable dans un contexte de très forte exigence de maîtrise des dépenses de l'ONDAM.

Deux pistes sont dès lors envisageables : soit s'appuyer sur le fonds régional d'intervention comme support de financements transversaux, soit trouver un autre support. Ces deux options sont présentées ci-après.

2.3.2.1. Option 1 : prévoir une fongibilité asymétrique des crédits relatifs aux missions d'intérêt général (MIG) et du fonds régional d'intervention

Cette option, à la discrétion des ARS, consisterait à accroître les capacités de financement du fonds régional d'intervention en prélevant les montants souhaités sur leur enveloppe de MIG (dont cela réduirait à due concurrence les capacités de financement). Le basculement des dépenses des MIG vers le fonds régional d'intervention serait constaté comptablement *ex-post*.

L'intérêt de cette option serait de permettre de dépasser le cloisonnement entre les établissements de santé et les autres segments de l'offre de soins sur certains objets financés par les MIG. Par exemple, le développement de l'éducation thérapeutique pourrait s'appuyer sur un redéploiement de crédits MIG, vers des actions de même nature financées par le fonds régional, mais pouvant associer des acteurs de l'offre ambulatoire.

Rapport

Cette fongibilité devrait être asymétrique, puisque les MIG sont dédiées au secteur des établissements de santé, alors que le champ du fonds régional d'intervention serait plus transversal. La fongibilité devrait favoriser la transversalité et non réduire les financements utilisables à cette fin au profit d'un des pans de l'offre de soins.

Si l'avantage de cette option est d'assurer des points de recoupement entre le fonds régional d'intervention et les MIG, en organisant une fongibilité sur ces points de recoupement, son inconvénient réside dans l'absence de clarification du positionnement du fonds en matière d'organisation des soins : le fonds risque de mêler de plus en plus des dispositifs innovants, non stabilisés, avec des dispositifs à vocation au contraire pérenne. Ceci ne favorise pas la révision générale des dispositifs préconisée ci-dessus et risque au contraire de conférer un caractère pérenne à des dispositifs insuffisamment éprouvés.

2.3.2.2. Option 2 : élargir le champ de certaines MIG au-delà des établissements de santé

Cette option est plus radicale, puisqu'elle consiste à faire des MIG, ou d'une partie d'entre elles, un nouveau support de financement transversal entre les différents pans de l'offre de soins d'une part, et un support potentiel de financement de droit commun de dispositifs d'abord expérimentés sur les fonds d'assurance maladie (en particulier le FIQCS), d'autre part. Cela permettrait de faire basculer sur ce support des dispositifs que l'on souhaite généraliser, mais qui ne trouvent pas un cadre financier approprié dans les mécanismes conventionnels entre l'assurance maladie et les professions de santé, ni dans la tarification hospitalière. Le cadre fermé de cette enveloppe garantit en principe une maîtrise des dépenses ainsi financées.

Pour marquer clairement la vocation transversale de cette enveloppe, les MIG hospitalières proprement dites pourraient être recentrées sur les MERRI (missions d'enseignement, recherche, référence, innovation) et le nouveau support transversal en être clairement distingué, y compris sémantiquement.

Une telle option permettrait d'offrir un support commun aux actions d'éducation thérapeutique tant que celles-ci ne parviennent pas à s'inscrire dans une nomenclature tarifaire. La permanence des soins, sous réserve d'une expertise plus approfondie, est potentiellement aussi un domaine transversal pour lequel un tel support offrirait des marges de manœuvre aux ARS. L'organisation de la permanence des soins étant une exigence générale et pérenne, son financement partiel sur le fonds ne paraît aujourd'hui justifié que faute d'autres supports appropriés.

Le basculement du financement de dispositifs du fonds vers cette enveloppe transversale devrait être encadré. La soumission à une procédure nationale d'évaluation médico-économique, et de résultats probants en la matière, devraient constituer les critères à retenir, plutôt qu'une validation administrative par l'échelon central.

Proposition n° 22 : faciliter le financement de dispositifs transversaux aux différents pans de l'offre de soins en revoyant l'articulation entre les MIG et le fonds régional d'intervention (PLFSS pour 2011 ou 2012).

2.3.3. Repositionner les fonds

L'extension du champ des MIG au-delà des établissements de santé permettrait de clarifier le positionnement de la partie du fonds issue du **FIQCS**, sur le financement d'expérimentations et de développement de modes innovants et transversaux de prise en charge, dans une phase préalable à leur éventuelle pérennisation, celle-ci demeurant conditionnée à une évaluation positive.

Rapport

La part régionale du **FMESPP** pourrait être recentrée sur l'appui à la recomposition de l'offre hospitalière²⁸ ou à sa plus grande efficacité²⁹. Il s'agirait donc d'opérations de plus faible montant (inférieures à 10 M€) que celles du plan Hôpital 2012, qui devraient lier presque systématiquement restructuration immobilière et réduction des effectifs.

Dans la mesure où demeurerait une part nationale importante du FMESPP consacrée aux opérations lourdes du plan Hôpital 2012, il semblerait souhaitable d'expertiser la pertinence de regrouper dans ce fonds, au niveau national, la part des aides à la contractualisation (AC) servant à financer les charges d'amortissement des opérations correspondantes, de manière à disposer d'une visibilité globale de l'effort de l'assurance maladie en la matière. Ceci pourrait également faciliter une répartition des AC résiduelles selon des critères objectifs entre régions.

Proposition n° 23 : en cohérence avec le nouveau champ d'application proposé pour les MIG, recentrer la part régionale du FIQCS sur le financement temporaire d'expérimentations et de réseaux à évaluer (CNP, en fonction de la mise en œuvre de la proposition n°22).

Proposition n° 24 : repositionner la part régionale du FMESPP sur la recomposition de l'offre de soins hospitalière, dans le cadre d'opérations d'investissement de moins de 10 M€ (CNP, 2011).

2.3.4. Encourager les ARS par un retour sur les gains d'efficacité

La mission ne sous-estime pas la difficulté de s'assurer de la réalité des gains d'efficacité, que ce soit ceux dégagés par des dispositifs expérimentaux devenus pérennes ou ceux dégagés dans le cadre de petites opérations de restructuration hospitalière, puisqu'une comptabilité analytique des coûts existe rarement et que, lorsqu'elle existe, ses résultats sont rarement partagés par les médecins et les administratifs. Par ailleurs, l'évaluation peut supposer de pouvoir comparer des parcours de soins avec des groupes témoins ou de faire des hypothèses de tendance spontanée de consommation de soins pour pouvoir constater un infléchissement éventuel...

Malgré ces difficultés, la mission est persuadée que les primes individuelles de performance ne sauraient suffire à optimiser l'emploi des fonds publics. En effet, face à des besoins de santé onéreux et à des moyens de plus en plus limités, il faut obtenir que les managers les plus efficaces aient plus de moyens financiers pour agir que ceux qui le sont moins, garantissant ainsi que l'effort de la collectivité soit toujours plus conforme aux objectifs qu'elle a retenus.

Ainsi, dans le cadre d'une extension du champ des MIG au-delà des établissements de santé, le basculement de dispositifs à vocation générale et pérenne, du fonds régional vers les MIG, s'accompagnerait des transferts de crédits correspondants, mais un certain intérêt des ARS pourrait être envisagé sous forme de maintien d'une part des crédits au sein du fonds, pour financer de nouvelles actions. Cet intérêt devrait être conditionné à la réalisation effective de ces gains d'efficacité, en particulier lorsque ceux-ci passent par le redimensionnement de structures hospitalières.

²⁸ La part des dépenses hospitalières dans les dépenses de santé est nettement plus élevée en France (64 %) que la moyenne des pays de l'OCDE (47 %). Source : rapport sur la création des ARS de janvier 2008.

²⁹ Il ne faut donc pas seulement travailler sur l'organisation des soins mais sur la diminution des coûts de structure (fonctions support pléthoriques par rapport à leur rôle et souvent déconnectées de la réalité opérationnelle des établissements).

Rapport

L'exemple du **FMESPP**, repositionné comme indiqué ci-dessus, peut également illustrer ce principe. Si une ARS parvient à diminuer sensiblement les dépenses hospitalières dans sa région, par exemple en développant la chirurgie ambulatoire³⁰ ou en orientant mieux la demande de soins dans le cadre des urgences³¹, il est probable que le fait de lui offrir un retour partiel sur les économies faites, lui permettra d'accélérer les restructurations dans sa région.

Quoiqu'il en soit, les retours sur économies ne sauraient être mis à disposition des ARS qu'après un dialogue de gestion sur la pertinence des opérations complémentaires qu'elles permettraient de réaliser.

Proposition n° 25 : examiner les conditions d'un retour partiel des économies réalisées par les ARS, de façon à renforcer les moyens des meilleurs gestionnaires (CNP, 2011-2012).

2.3.5. Permettre à l'ARS de s'assurer du service fait sur dépenses d'intervention

S'assurer du service fait sur versement de subventions est plus complexe que dans le cadre de dépenses directement faites par l'organisme payeur. En effet, les crédits d'intervention sont par définition versés à des tiers qui doivent rendre compte de leur emploi.

L'utilisation obligatoire du site www.subventionenligne.fr serait susceptible de faciliter le travail des services instructeurs et évaluateurs de l'ARS. Il normalise en effet les renseignements demandés, notamment sur le plan comptable ; il peut jouer le rôle de guichet unique de subventions quels que soient les services financeurs (État, collectivités locales, autres partenaires), ce qui évite aux porteurs de projets de fournir plusieurs fois un grand nombre d'informations nécessaires à tous les financeurs et permet aux services instructeurs de s'assurer qu'il n'y a pas sur-financement.

Toutefois, ceci ne résout pas la question de la charge de travail et de la professionnalisation des services qui en sont chargés (actuellement les services de l'ordonnateur au sein des ARS).

2.3.5.1. Une première option écartée : le recours à l'agence comptable de l'ARS

L'agent comptable de l'ARS étant chef des services financiers, il aurait pu être envisagé de lui demander d'assurer, par convention, le contrôle du service fait a posteriori et par sondage pour le compte de l'ARS ordonnateur, sur l'ensemble des fonds d'intervention. En contrepartie, l'ARS aurait dû mettre à la disposition de l'agent comptable les moyens en personnel nécessaires.

Cette option ne peut être retenue :

- ◆ les agences comptables manquent de personnel pour la réalisation de leur mission socle obligatoire³² ;
- ◆ l'agence comptable réalise sur les subventions un contrôle très formel qui consiste à s'assurer de la conformité à la décision initiale d'attribution ;
- ◆ la direction générale des finances publiques est réservée sur cette orientation³³.

³⁰ Selon l'ANAP, 30 000 lits de chirurgie lourde pourraient être fermés en adoptant le standard moyen de l'OCDE en chirurgie ambulatoire.

³¹ On estime ainsi que 18 % des patients auraient pu évités d'être hospitalisés. La création d'une maison de garde de ville à proximité de l'hôpital est une façon d'y parvenir.

³² Ainsi, à titre d'exemple, l'agence comptable de Paris ne dispose que de 5 ETP, pour un effectif socle de 22.

2.3.5.2. Une seconde option difficile : le recours à l'assurance maladie

Le recours à l'assurance maladie ne paraît pas souhaitable, car cela reviendrait à lui donner un pouvoir de contrôle sur les ARS qui n'existait pas jusqu'ici, au moment où la loi HPST vise à conforter les agences.

2.3.5.3. Une troisième option paraît préférable : l'appel à l'Agence de services et de paiement (ASP)

L'ASP, créée le 1^{er} avril 2009 par rapprochement du CNASEA et de l'AUP, assure des missions multiples pour le compte de ses donneurs d'ordre (État, Union européenne, collectivités territoriales et autres organismes publics), telles que :

- ◆ la gestion administrative et financière d'aides publiques (instruction, paiement, contrôle) ;
- ◆ l'ingénierie administrative en organisation et l'assistance technique ;
- ◆ l'évaluation et le suivi des politiques publiques.

Son activité représente 16,8 Mds€ de paiements réalisés et couvre le champ de douze ministères dont celui de la santé.

Le recours à l'ASP présenterait aux yeux de la mission les avantages suivants :

- ◆ la neutralité d'un professionnel de capacité industrielle ;
- ◆ la proximité avec les ARS, puisqu'elle est présente dans toutes les régions ;
- ◆ la possibilité de négocier un service parfaitement adapté aux besoins des ARS. Ainsi :
 - l'ASP peut prendre en charge le contrôle du service fait a posteriori par sondage, sans assurer le paiement des dépenses qui serait confié à l'assurance maladie ;
 - elle peut mettre en place un service d'audit pouvant se déplacer sur le terrain ;
 - elle peut constituer une base de données nationale, accessible par extranet, permettant de comparer les coûts des structures et des réseaux subventionnés par les ARS.

Le coût de cette mesure serait gagé par une meilleure performance attendue, par des réductions d'effectifs dans les ARS et par des économies sur les coûts de la gestion du FMESPP par la Caisse des dépôts.

Cette piste devrait faire l'objet rapidement d'une expérimentation dans quelques régions pour valider son intérêt et sa faisabilité, notamment au regard des limites que le secret médical pourrait poser³⁴.

³³ « Compte tenu de la dualité des procédures financières et des organisations (État, Assurance Maladie), il est difficilement envisageable de confier aux CSF-AC la vérification, même par sondage, du service fait pour certaines prestations versées par l'assurance maladie » réponse du 2 juillet 2010 aux questions de la mission.

³⁴ La mise en œuvre de cette proposition, qui n'a pas pu être finalisée dans le temps imparti même si la mission a reçu un accord de principe de l'ASP, nécessite de réunir un groupe de travail sous la conduite du Secrétariat général avec les administrations délégataires, la CNAMTS, l'ASP, et les ARS pressenties pour mettre au point les outils et les circuits administratifs.

A cet égard, les échanges de papier devront être réduits au maximum, en cible. Ceci est possible en recourant à deux techniques : le partage de la saisie et des extractions par le recours à un extranet et la gestion électronique des documents. A titre d'exemple, si l'outil est partagé, la saisie des engagements comptables peut rester de la responsabilité de l'ordonnateur, qui peut respecter la simultanéité de l'engagement juridique et de l'engagement comptable. De même, toujours à titre d'exemple, le contrôle du service fait pourrait s'appuyer sur l'accès à des bases comptables et à des documents scannés détenus pour partie par la CNAMTS et pour partie restées à l'ARS. En effet, le rôle de la CNAMTS serait limité en termes de régularité des paiements à la préexistence d'un engagement comptable et à l'identité du bénéficiaire par rapport à l'engagement juridique.

Proposition n° 26 : expérimenter dans une ou deux régions la vérification du service fait par l'ASP (CNP, expérimentation courant 2011).

2.4. Faire de la CNAMTS le teneur de comptes des fonds régionaux d'intervention et de la part nationale du FMESPP

Le projet de contrat État-UNCAM 2010-2013 prévoit « l'ouverture réciproque, pleine et entière des systèmes d'information dont l'État et l'assurance maladie assument la responsabilité... elle doit aussi être pleinement opérationnelle au niveau national comme au niveau régional, pour permettre notamment aux ARS d'être pleinement opérationnelles sur leur champ de responsabilité »³⁵.

Dans ce contexte, l'éclatement des paiements des fonds d'assurance maladie entre la CNAMTS, les ARS et la Caisse des dépôts mérite d'être réexaminé.

La globalisation des crédits au sein d'un fonds régional d'intervention, les exigences renforcées de suivi comptable et le souci de décharger les ARS de tâches de pure gestion plaident pour l'unification du paiement au sein de **l'assurance maladie**.

2.4.1. Unifier le rôle de payeur et de comptable

2.4.1.1. Le FMESPP

La gestion comptable et financière du FMESPP est actuellement confiée à la Caisse des dépôts, sans d'ailleurs qu'une convention n'ait été jusqu'ici passée³⁶. Plusieurs arguments militent pour un transfert de la gestion comptable à l'assurance maladie :

- ◆ le manque de visibilité que les ARS ressentent toujours sur les opérations de ce fonds, malgré l'ancienneté de la gestion de la Caisse des dépôts ;
- ◆ la possibilité d'obtenir une vue globale des interventions financières de l'ARS, grâce à l'instauration de la CNAMTS comme payeur unique pour le fonds régional d'intervention.

Par ailleurs, la CNAMTS n'est pas hostile à cette prise en charge.

2.4.1.2. Les fonds du programme 204 – Prévention et sécurité sanitaire

La mission « Santé » du budget de l'État représente 1,2 Mds€ de crédits de paiement dans le PLF 2010 et s'organise autour de trois programmes :

- ◆ n° 171 « Offre de soins et qualité du système de soins », d'un montant de 125 M€, dont le responsable est la directrice de l'hospitalisation et de l'offre de soins ;
- ◆ n° 183 « Protection maladie » d'un montant de 585 M€, dont le responsable est le directeur de la sécurité sociale ;
- ◆ n° 204 « Prévention et sécurité sanitaire » d'un montant de 491 M€, dont le responsable est le directeur général de la santé.

³⁵ Cf. page 2 dans le paragraphe Priorité 1 – Mieux connaître le risque de santé.

³⁶ Cette observation a déjà été faite dans un rapport précédent de l'Inspection générale des finances (n° 2008-M-071-02).

Rapport

L'examen de ces programmes montre que les deux premiers ne présentent pas d'enjeux en termes de gestion déconcentrée des crédits d'intervention. Le programme 171 retrace les subventions de fonctionnement aux opérateurs (dont les ARH pour 21 M€ sur 30 M€ en 2009) ; le programme 183 retrace l'accompagnement des actions de l'assurance maladie par l'État, au titre de la solidarité nationale (CMUc³⁷, AME³⁸, fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante). Le niveau national semble bien le plus adapté pour ces différentes actions.

En revanche, « une part majeure des crédits du programme 204 était gérée au sein des ex-groupements régionaux de santé publique (GPRS), les DRASS allouant à ces structures une enveloppe globale et non fléchée qui permet de mettre en œuvre la politique régionale de santé publique et de prévention, avec le concours de crédits issus des fonds de prévention de l'assurance maladie sur cette ligne »³⁹.

Il apparaît donc que ces crédits :

- ◆ relèvent des ARS qui ont repris les missions des GPRS ;
- ◆ sont significatifs en montant ;
- ◆ et sont destinés à des actions cofinancées par l'assurance maladie à travers les fonds de prévention.

Il serait donc cohérent que ces crédits d'intervention ne soient plus retracés par l'agence comptable de l'ARS, d'autant qu'il s'agissait d'une exception dans le domaine des crédits d'intervention, mais par la CNAMTS, de façon à obtenir une vue homogène des crédits régionaux dont les ARS sont ordonnateurs⁴⁰.

Le plus simple pour atteindre cet objectif serait sans doute que :

- ◆ les crédits du programme 204 destinés aux ARS viennent abonder le **fonds régional d'intervention** ;
- ◆ les dépenses des ex-GPRS soient adressées pour paiement aux caisses pivots de l'assurance maladie.

Proposition n° 27 : unifier la fonction de payeur (via des caisses pivots régionales assurant les paiements) en confiant à la CNAMTS la gestion comptable des fonds régionaux d'intervention ainsi que de la part nationale du FMESPP (pilote Secrétariat général, objectif de mise en œuvre pour 2012).

La fin des exceptions précédemment examinées a pour objectif de permettre de restituer l'ensemble des actions régionales, dont les ARS seraient ordonnateurs, dans un compte financier unique, sans pour autant modifier le partage des responsabilités entre les acteurs sur l'emploi des fonds.

La CNAMTS serait ainsi payeur et teneur de comptabilité, sans contrôle d'opportunité sur les opérations des ARS. Le partage de responsabilité entre les acteurs est inchangé, même si cela aboutit à donner à l'assurance maladie un contrôle formel de l'existence d'un engagement comptable préalable.⁴¹

³⁷ Couverture maladie universelle complémentaire.

³⁸ Aide médicale d'État visant à financer les soins des personnes étrangères en situation irrégulière.

³⁹ Extrait de la partie « Justification au premier euro » du rapport annuel de performance 2009 du programme 204.

⁴⁰ Le projet de décret qui donnait l'ordonnancement des dépenses locales du FNPEIS à la CNAMTS a été corrigé récemment.

⁴¹ Le contrôle des engagements comporte deux aspects : celui de la préexistence d'un engagement comptable ; celui de la qualité de l'engagement juridique. Seul le premier serait confié à l'assurance maladie.

2.4.2. Confier à la CNAMTS la mission de maître d'œuvre informatique

La mission propose que tous les crédits d'intervention régionaux soient retracés par les caisses pivots de l'assurance maladie. Il serait souhaitable que ces caisses pivots soient spécialisées par région, de manière à disposer de l'ensemble de la matière première comptable à restituer.

Cependant, d'autres informations non financières devront également être collectées, pour suivre l'action régionale. On peut penser, par exemple, aux décisions d'autorisations d'exploitation nouvelles ou de renouvellement ou aux coûts des réseaux subventionnés.

Le pilotage des dépenses d'intervention des ARS nécessite l'agrégation et le croisement de plusieurs niveaux de données :

- ◆ des indicateurs de santé publique, qui dépendent de l'appareil statistique national ou régional tenu par de nombreux producteurs (INSEE, DREES, observatoires...);
- ◆ des restitutions comptables complètes et fiables des dépenses d'intervention, qui seraient donc confiées à la CNAMTS ;
- ◆ des données plus fines que celles fournies par la comptabilité, sur la ventilation des dépenses ou des données non financières, de description de l'activité ou des engagements des opérateurs, qui devront être fournies par les ARS, à partir de leur outil de gestion, si possible de façon automatisée.

La conception des outils de gestion partagés et la prise en compte de ces différentes dimensions constituent donc des chantiers lourds qui doivent être pilotés au niveau national.

Les fonctions pourraient être partagées entre les acteurs de la façon suivante :

- ◆ le CNP devrait être le pilote de l'expression des besoins, en s'assurant de leur hiérarchisation, de la cohérence de l'intégration du niveau national et du niveau régional et de la possibilité de les faire évoluer dans le temps ;
- ◆ la CNAMTS pourrait se voir confier deux rôles : celui d'administrateur de l'outil informatique (dimensionnement et solutions techniques, telles que le recours à un extranet, par exemple) et celui d'administrateur des données (faisabilité et coût des récupérations automatiques, cohérence des données entre elles...);
- ◆ les différents producteurs de données veilleraient à la fluidité de l'alimentation des tableaux de bord.

Ces acteurs participeraient à un comité de pilotage (issu du CNP) et/ou à un comité de suivi intercalaire.

Proposition n° 28 : élaborer un outil de pilotage cohérent et évolutif, de façon progressive, en limitant autant que faire se peut les saisies manuelles, onéreuses et moins fiables (pilotage CNP, maîtrise d'œuvre CNAMTS, horizon de trois ans).

CONCLUSION

Les propositions faites ont toutes pour objet d'accroître les moyens et donc la responsabilité des ARS.

Pour la mission :

- ◆ le Conseil national de pilotage contractualise avec les ARS les objectifs de mise en œuvre, au plan régional, de la politique nationale de santé. A ce titre, il doit veiller à la cohérence des interventions de l'État et de l'assurance maladie. Il lui appartient aussi de fournir des orientations claires, par exemple dans le domaine des réseaux à développer ;
- ◆ dans le cadre d'un dialogue de gestion qui s'appuie sur le plan régional de santé et le contrat pluriannuel objectifs-moyens, des crédits sont alloués au niveau régional qui doivent être libres d'emploi, c'est-à-dire non fléchés et sans contrainte d'instructions détaillées, pour laisser les ARS assumer la responsabilité de les utiliser de la façon qu'elles jugent la plus appropriée pour atteindre leurs objectifs ;
- ◆ de plus, la mission propose que les domaines d'intervention du ministère et des ARS ne se recouvrent pas, sur le plan financier, de sorte que les ARS ne puissent être contournées par les acteurs locaux qu'elles animent ;
- ◆ les parts régionales des fonds d'assurance maladie et du programme 204 de l'État seraient versées dans un fonds régional d'intervention, le FRI ; le respect de la fongibilité asymétrique voulue par la loi serait fondé sur l'existence de deux compartiments suivis à travers une comptabilité d'engagements ;
- ◆ l'ARS serait l'ordonnateur des crédits de ce fonds ; en s'appuyant sur l'agence de services et de paiement, le directeur général aurait des moyens accrus de contrôle du service fait, par les tiers bénéficiaires de financements publics ;
- ◆ l'assurance maladie serait le payeur unique de tous ces fonds, ce qui la conduirait à développer un système de gestion en lien avec l'État, de façon à ce que la comptabilité générale retrace les missions des ARS ;
- ◆ enfin, un contrôle a posteriori par sondage de la qualité des réalisations locales serait également être prévu par l'échelon national à travers un plan de contrôle interne annuel.

La fongibilité proposée ne portera, la mission en est consciente, que sur des montants très limités au regard de l'ensemble des financements du système de santé. La problématique d'une fongibilité plus large excédait l'objet de la mission et soulève des questions complexes. Néanmoins, des marges de réflexion existent, même en demeurant dans le seul champ des leviers financiers dont disposent les ARS, c'est à dire en excluant les domaines soumis à une tarification nationale :

- ◆ d'une part, la fongibilité entre les enveloppes gérées par les ARS (MIGAG, dotations aux établissements dans le champ de la psychiatrie et des soins de suite et de rééducation, dotations aux établissements et services médico-sociaux) pourrait être facilitée, dans le respect des asymétries voulues par la loi ;

Rapport

- ◆ d'autre part, une réponse au besoin d'un support de financement transversal, plus important que l'actuel FIQCS, pourrait être envisagée, en étendant le champ des MIG (ou de certaines d'entre elles) au-delà du seul champ des établissements de santé, ou en facilitant la fongibilité entre les MIG et le fonds régional d'intervention.

A Paris, le 29 juillet 2010

L'inspecteur général
des finances



Yves BONNET

L'inspecteur général
des finances



Bertrand BRASSENS

L'inspecteur général
des affaires sociales



Jean-Luc VIEILLERIBIERE

PIECE JOINTE

Lettre de mission

Pièce jointe



Ministère de la santé et des sports

*Ministère du budget, des comptes publics
et de la réforme de l'Etat*

Paris, le 26 MAI 2010

Cab/RBN/n° 10-4756

La ministre de la santé et des sports

Le ministre du budget, des comptes
publics et de la réforme de l'Etat

à

Monsieur le chef du service de l'Inspection
générale des affaires sociales

Monsieur le chef du service de l'Inspection
générale des finances

OBJET : Lettre de mission sur les fonds d'assurance maladie

Les agences régionales de santé (ARS), qui ont été créées le 1^{er} avril 2010, vont piloter au niveau régional les crédits des différents fonds d'Assurance maladie actuellement gérés par les organismes auxquels les ARS vont se substituer. Il s'agit notamment de crédits issus :

- des fonds de prévention : du régime général (fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, FNPEIS), de la Mutualité sociale agricole (FNPEISA) et du Régime social des indépendants (FNMP) ;
- du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ;
- du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Compte tenu de cette évolution majeure, et des difficultés constatées aujourd'hui dans le fonctionnement de ces fonds (caractérisés par une forte centralisation, des procédures lourdes au regard des montants concernés, une absence de visibilité sur leur destination et leur utilisation et un manque de cohérence entre eux), une réflexion sur les évolutions souhaitables à apporter à ces fonds s'impose.

Il est en effet indispensable de garantir l'efficacité des dépenses portées par ces fonds, qui représentaient 500 millions d'euros au niveau régional en 2009, au service des objectifs stratégiques que poursuivront les ARS, notamment l'amélioration de l'accès aux soins, des parcours de soins, ou encore de l'efficacité du système de santé.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons qu'à partir d'un état de lieux de l'organisation de ces fonds, des actions qu'ils permettent de financer, et d'une analyse des leviers d'action dont doivent disposer les ARS pour organiser au mieux l'offre de soins et développer une politique de prévention, vous meniez une réflexion et nous fassiez des propositions sur les points suivants :

Pièce jointe

2

- vous étudierez comment faire évoluer la gestion de ces fonds vers une logique de pilotage par la performance afin d'orienter leur attribution en fonction de l'atteinte d'objectifs de résultats, sur l'exemple de ce qui est fait dans le cadre des expérimentations sur le nouveau mode de rémunération ou pour le CAPI et vous proposerez les principaux indicateurs de résultats qui pourraient être retenus pour chacun des fonds sous revue ;
- vous analyserez également le suivi et l'évaluation des usages de ces fonds et proposerez des pistes d'amélioration ;
- afin de mieux organiser l'offre de services en santé, notamment pour décloisonner ses différents segments, vous étudierez dans quelle mesure il est opportun de saisir l'occasion de la création des ARS pour faire évoluer les moyens dédiés aux ARS, notamment par une évolution de la répartition entre le niveau national et local, et de les mobiliser selon des modalités nouvelles, par exemple par des règles de fongibilité permettant de remédier à la situation d'émission de dépenses pour une destination commune, et plus généralement par des changements dans les règles d'utilisation de ces fonds ;
- pour assurer une meilleure cohérence d'ensemble de ces fonds, ainsi qu'une plus grande simplicité de leur fonctionnement, vous proposerez les évolutions souhaitables en matière de gouvernance et d'allocation de leurs ressources, dans le contexte de la mise en place des ARS et de leur Conseil national de pilotage ;
- vous envisagerez, enfin, les mesures permettant de définir clairement les priorités d'emploi des crédits et d'assurer que cet emploi des crédits fait l'objet à la fois de procédures déconcentrées, d'un contrôle centralisé des orientations prises, et d'une véritable transparence des usages.

Les dispositifs actuels de programmation, qui répartissent les financements en fonction des projets, et de suivi de l'exécution budgétaire des fonds doivent également être évalués afin de progresser en matière de transparence et de suivi des choix financiers effectués.

Votre réflexion pourra ainsi approfondir le travail mené dans le cadre du rapport de l'inspection générale des finances de novembre 2008 sur « la situation financière du Fonds de modernisation des établissements publics et privés » qui préconisait notamment de mettre en place des délégations plus globales d'enveloppes dans le cadre des futures ARS, ainsi que celui réalisé par l'inspection générale des affaires sociales dans le cadre du rapport sur le fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) et sur les dotations de développement des réseaux (DDR) de septembre 2006 qui a proposé de nouvelles conditions de gestion des aides destinées à améliorer l'organisation des soins

Vous veillerez naturellement à la bonne articulation de votre réflexion et de vos propositions avec les travaux menés dans le cadre de la mise en place des ARS et de leur pilotage national.

Votre rapport devra être produit pour le 30 juillet prochain, il sera précédé d'un rapport d'étape le 30 juin.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN



François BAROIN

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES PROPOSITIONS

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

ANNEXE 3 : FICHE SUR LES FONDS DE PRÉVENTION

ANNEXE 4 : FICHE SUR LE FIQCS

ANNEXE 5 : FICHE SUR LE FMESPP

ANNEXE 1

LISTE DES PROPOSITIONS ET SCHÉMAS DE GESTION RÉGIONALES DES FONDS

Annexe 1

Proposition n° 1 : fixer un nombre limité d'objectifs dans les CPOM entre l'État et les ARS, sans les confondre avec les tableaux de bord (CNP, 2010).

Proposition n° 2 : ne plus fixer aux ARS d'objectifs quantitatifs de création de structures, tant que l'évaluation médico-économique n'a pas assuré leur pertinence (CNP, 2010).

Proposition n° 3 : préciser dans la prochaine COG État-CNAMTS que les actions locales des caisses d'assurance maladie doivent s'inscrire dans les plans régionaux de santé (pilote DSS en lien avec la DGS, 2010).

Proposition n° 4 : remplacer le Conseil national de gestion du FIQCS et la Commission nationale de validation des projets d'investissement hospitaliers par le Conseil national de pilotage des ARS (ou une formation en émanant) (CNP, 2010).

Proposition n° 5 : transformer le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins en une instance consultative auprès du CNP (CNP, 2010).

Proposition n° 6 : faire du CNP le lieu exclusif de validation des objectifs fixés aux ARS, des indicateurs de suivi, des tableaux de bord et du programme de contrôle interne des ARS par l'administration centrale (CNP, action permanente).

Proposition n° 7 : engager au sein du CNP une réflexion sur des modalités de reporting par politique fédérant les différents acteurs et tester les formules envisagées auprès des ARS (CNP, 2011).

Proposition n° 8 : valider au sein du CNP le cadre des expérimentations et les modalités de leur évaluation (CNP, action permanente).

Proposition n° 9 : prévoir au niveau législatif l'obligation pour les opérateurs de fournir les données requises pour l'évaluation de leur action, en prévoyant à cette fin les dispositions respectueuses du secret médical (transmission via des services médicaux de l'assurance maladie ou des ARS) (pilote DSS, PLFSS pour 2011) .

Proposition n° 10 : globaliser les crédits régionaux en supprimant tout montant fléché, à l'exception de la dotation régionale aux programmes nationaux d'expérimentation (pilote DSS, PLFSS pour 2011).

Proposition n° 11 : renforcer les outils de suivi : nomenclature comptable, suivi extracomptable des besoins de financement pluriannuels, données de gestion. Les modifications souhaitées du plan comptable de l'assurance maladie doivent être notifiées aux caisses par la Mission comptable permanente suffisamment à l'avance pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier (CNP, 2010-2011).

Proposition n° 12 : déconcentrer au profit des ARS, les aides aux investissements de moins de 10 M€ et la gestion du volet ressources humaines du FMESPP, ainsi que les dépenses du FIQCS hors DMP (et, le cas échéant, les expérimentations impliquant plusieurs régions) (CNP, 2010).

Proposition n° 13 : veiller à l'absence de recoupement entre les possibilités d'interventions financières du niveau national et du niveau régional (CNP, 2010).

Proposition n° 14 : valider en CNP des critères simples et robustes de répartition des crédits des fonds entre les régions (CNP, 2010).

Proposition n° 15 : veiller à la réduction des inégalités interrégionales de santé et de consommation des soins, dans la mise en œuvre des plans régionaux de santé, à travers la contribution des autres financements, d'importance plus conséquente (CNP, 2011-2012).

Annexe 1

Proposition n° 16 : déléguer globalement une part prépondérante des crédits dès le début de l'année et le solde au vu d'un compte-rendu d'emploi à mi-année et en tenant compte d'un éventuel gel de crédits (CNP, 2011).

Proposition n° 17 : fournir aux ARS les moyens d'instruire les dossiers : formation, organisation de cellules d'appui technique en administration centrale, au sein de l'assurance maladie, d'agences nationales ou d'ARS « référentes » (directions compétentes ou caisses nationales, sous l'égide du CNP, action permanente).

Proposition n° 18 : valider et suivre un programme d'échanges de bonnes pratiques et de parangonnage (CNP, à partir de 2011).

Proposition n° 19 : prévoir dans la COG État-CNAMTS le conventionnement des centres de santé avec les ARS, la révision du cahier des charges des structures de gestion du dépistage contre le cancer et les conséquences financières pour les ARS (pilote DSS en lien avec la DGS et la CNAMTS, 2010).

Proposition n° 20 : appuyer la programmation par les ARS d'une révision générale des dispositifs régionaux financés sur le FIQCS, en élaborant avec elles les critères de cette révision, le calendrier et en organisant les démarches d'évaluation nationale nécessaires (CNP, 2010-2011).

Proposition n° 21 : créer un fonds régional d'intervention (FRI) à deux compartiments, le premier regroupant les parts régionales du FIQCS et du FMESPP, le second, les parts régionales des fonds de prévention et du programme 204 ; prévoir une fongibilité asymétrique des deux compartiments en faveur des crédits de prévention-santé publique (PLFSS pour 2011).

Proposition n° 22 : faciliter le financement de dispositifs transversaux aux différents pans de l'offre de soins en revoyant l'articulation entre les MIG et le fonds régional d'intervention (PLFSS pour 2011 ou 2012).

Proposition n° 23 : en cohérence avec le nouveau champ d'application proposé pour les MIG, recentrer la part régionale du FIQCS sur le financement temporaire d'expérimentations et de réseaux à évaluer (CNP, en fonction de la mise en œuvre de la proposition n°22).

Proposition n° 24 : repositionner la part régionale du FMESPP sur la recomposition de l'offre de soins hospitalière, dans le cadre d'opérations d'investissement de moins de 10 M€ (CNP, 2011).

Proposition n° 25 : examiner les conditions d'un retour partiel des économies réalisées par les ARS, de façon à renforcer les moyens des meilleurs gestionnaires (CNP, 2011-2012).

Proposition n° 26 : expérimenter dans une ou deux régions la vérification du service fait par l'ASP (CNP, expérimentation courant 2011).

Proposition n° 27 : unifier la fonction de payeur (*via* des caisses pivots régionales assurant les paiements) en confiant à la CNAMTS la gestion comptable des fonds régionaux d'intervention ainsi que de la part nationale du FMESPP (pilote Secrétariat général, objectif de mise en œuvre pour 2012).

Proposition n° 28 : élaborer un outil de pilotage cohérent et évolutif, de façon progressive, en limitant autant que faire se peut les saisies manuelles, onéreuses et moins fiables (pilotage CNP, maîtrise d'œuvre CNAMTS, horizon de trois ans).

Schéma actuel de gestion régionale des fonds d'assurance maladie

FMESPP

ONDAM

circulaire (DGOS)

Délègue part
régionale

Régimes
d'assurance
maladie

ARS

versent

ordonnance

CDC

paie

Opérateurs

FIQCS

ONDAM

Décision CNG
FIQCS

Délègue part
régionale

MSA/RSI

versent

CNAMTS

Centralisation
comptable

Caisse pivot

ordonnance

paie

Opérateurs

Prévention

COG

CNAMTS/MSA/RSI

Loi de finances

DGS

versent

Délègue part
régionale
(prog. 204)

ARS

ordonnance

paie

Opérateurs

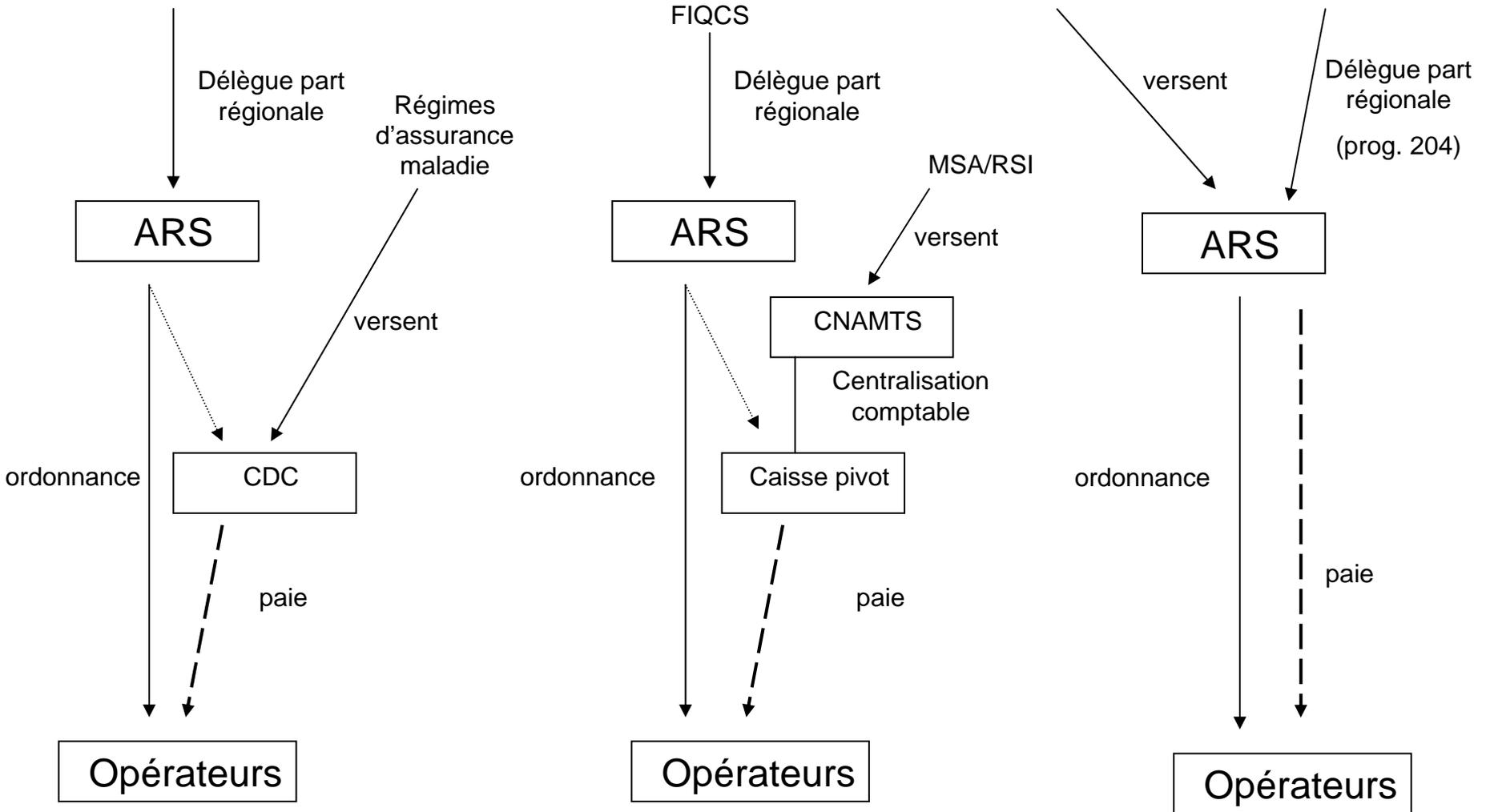


Schéma proposé par la mission IGAS-IGF

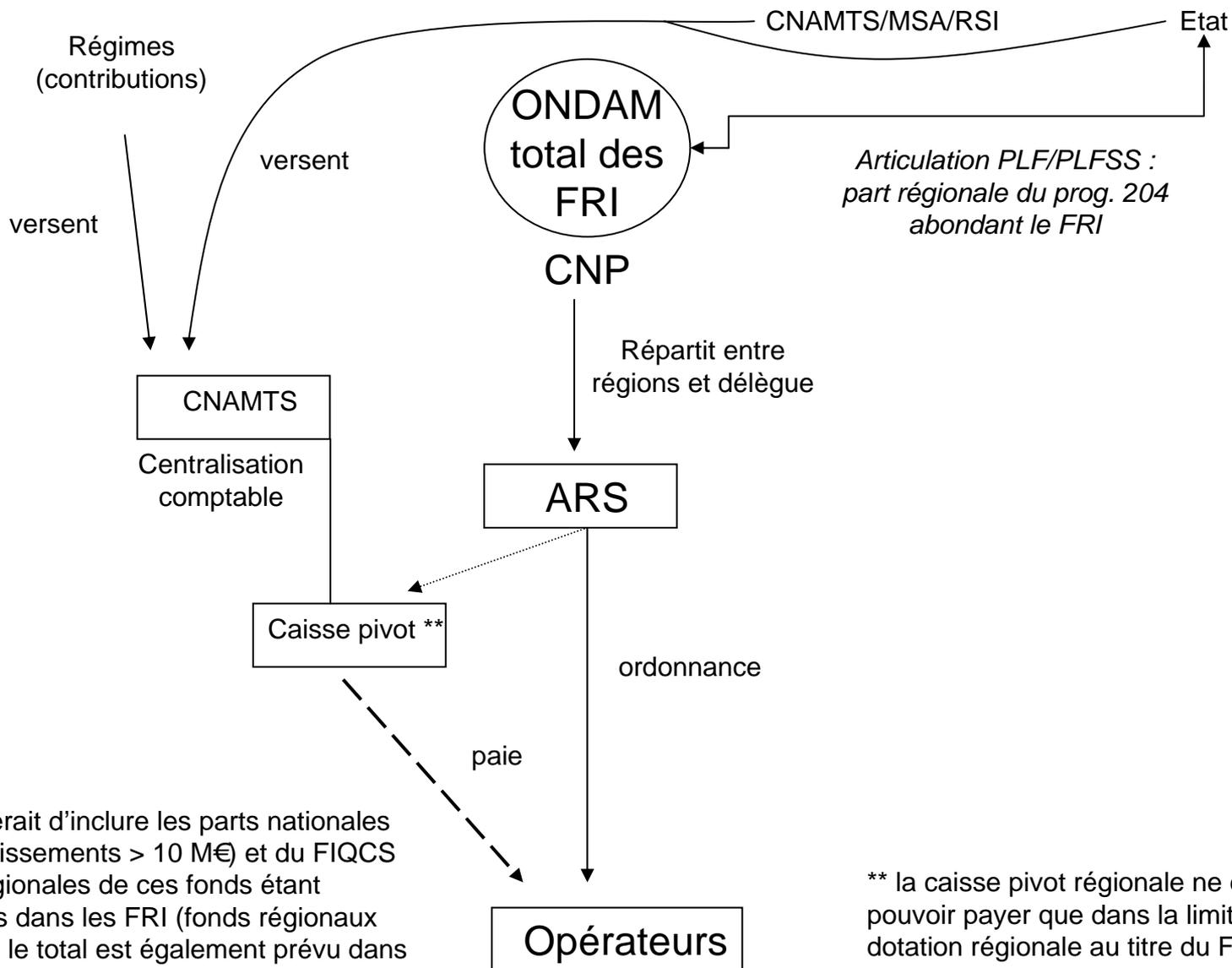
FMESPP *

FIQCS *

Prévention

COG

Loi de finances



*Articulation PLF/PLFSS :
part régionale du prog. 204
abondant le FRI*

* l'ONDAM continuerait d'inclure les parts nationales du FMESPP (investissements > 10 M€) et du FIQCS (DMP), les parts régionales de ces fonds étant désormais retracées dans les FRI (fonds régionaux d'intervention), dont le total est également prévu dans l'ONDAM

** la caisse pivot régionale ne doit pouvoir payer que dans la limite de la dotation régionale au titre du FRI

ANNEXE 2

Liste des personnes rencontrées

Annexe 2

Cabinet du Ministre du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'Etat

M. Lionel JOUBAUD Conseiller technique : maladie, retraites, accidents du travail

Cabinet de la Ministre de la Santé et des Sports

M. Mathias DUFOUR Adjoint au Directeur de Cabinet

M. LESTEVEN

M. PRATMARTY

M. BATAILLON

M. Yves BUR Député

Direction du Budget

M^{me} Marie SAMSON Chef du bureau santé et comptes sociaux

DGFIP

M. François TANGUY Sous-directeur des dépenses de l'Etat et opérateurs

M. Frédéric IANNUCCI Chef du service des collectivités locales

Ministère de la Santé et des sports

M. Jean-Marie BERTRAND Secrétaire général des Ministères en charge des affaires sociales

M. Philippe RITTER Préfet

M. Jean-Claude MOREL

DGOS

M^{me} Annie PODEUR Directrice générale

M. Félix FAUCON Chef de service

M. Yannick LE GUEN Sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

M^{me} Emmanuelle QUILLET Sous-directrice des ressources humaines du système de santé

Mme Eliane TOUSSAINT Adjointe à la Sous-directrice

M. Dominique RENARD Chef du bureau des coopérations et contractualisations

M^{me} Elisa YAVCHITZ Chef du bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privés

M^{me} Isabelle MATHURIN Adjointe au chef du bureau synthèse organisationnelle et financière

M^{me} Christine TACON Chargée de mission

M. Jean MALIBERT

DGS

M. Martial METTENDORFF Secrétaire général

Mme METZEN-IVARS Adjointe au chef du bureau (par téléphone)

DSS

M. Dominique LIBAULT Directeur

M. Thomas FATOME Chef de service

M^{me} Marine JEANTET Conseillère médicale

M^{me} Katia JULIENNE Sous-directrice du financement du système de soins

M. François GODINEAU Sous-directeur de la gestion des systèmes d'informations

M. Jérôme CLERC Chef du bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux

Annexe 2

M. Arnaud VANNESTE	Chef de la mission de la coordination et de la gestion du risque
M. Denis LEBAYON	Chef du bureau gestion et évaluation des organismes de sécurité sociale
M^{me} Aude VALERIE	Bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux
M. Chanthell FENIES	Mission de la coordination et de la gestion du risque
<u>CNAMTS</u>	
M. Michel REGEREAU	Président du conseil
M. Frédéric VAN ROEKEGHEM	Directeur général
M. Jean-Marc AUBERT	Directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins
M^{me} Marie-Christine KETERS	
<u>RSI</u>	
M. Philippe ULMANN	Directeur général
M^{me} Stéphanie DESCHAUME	Directrice adjointe de la politique de santé et de la gestion du risque
<u>CCMSA</u>	
M. François GIN	Directeur général
M. Philippe LAFFON	Directeur de la santé
<u>ANAP</u>	
M. Christian ANASTASY	Directeur général
<u>ASP</u>	
M. Edouard JOSSA	Président-directeur général
<u>ARS BASSE-NORMANDIE</u>	
M. Pierre-Jean LANCYRY (et l'ensemble de l'équipe de direction)	Directeur général
<u>ARS RHÔNE-ALPES</u>	
M. Denis MORIN	Directeur général
<u>ARS ALSACE</u>	
M. Laurent HABERT	Directeur général
<u>ARS BOURGOGNE</u>	
M^{me} Cécile COURREGES	Directrice générale
<u>ARS ILE-DE-FRANCE</u>	
M^{me} Marie-José ARNAUD	Trésorière principale et agent comptable (par téléphone)
<u>ARS PACA</u>	
M. Dominique DEROUBAIX	Directeur général (par téléphone)

ANNEXE 3

FICHE SUR LES FONDS DE PRÉVENTION

SOMMAIRE

1. PAR NATURE, UNE GRANDE PARTIE DES DEPENSES RETRACEES PAR LES FONDS DE PREVENTION N'A PAS VOCATION A ETRE ORDONNANCEE AU NIVEAU REGIONAL.....	2
2. AU NIVEAU REGIONAL, L'ENJEU PREMIER EST CELUI DE LA MOBILISATION D'OPERATEURS EFFICACES	3
2.1. Le levier des actions locales des caisses doit être préservé au service des programmes régionaux	3
2.2. Des marges de redéploiement existent dans la gestion des dépistages des cancers.....	4
2.3. Les centres d'examen de santé du régime général, dont le poids financiers est majeur, doivent être mobilisés par les ARS.....	4
3. DES DEMARCHES DE PILOTAGE SONT MISES EN ŒUVRE, AVEC PLUSIEURS LIMITES.....	5
4. ELEMENTS SUR LA REPARTITION DES CREDITS ENTRE REGIONS	6

Annexe 3

Les fonds de prévention (FNPEIS CNAMTS, FNPEISA, FNMP RSI))

La loi confie un rôle important aux régimes d'assurance maladie, y compris aux caisses locales, en matière de prévention (cf. notamment articles L162-1-11, L162-1-12, L.162-5, L162-12-21, L.162-32-1, L182-2-1-1, L.221-1, L.227-1, L262-1, L. 321-1, L.321-3, L611-4, L611-8, L752-4, L.871-1 du code de la sécurité sociale ; il conviendrait également de se référer aux dispositions du code rural pour la MSA). Les fonds de prévention sont un des leviers à la disposition des caisses pour assumer ce rôle.

A la différence du FIQCS et du FMESPP, les fonds de prévention ne sont pas interrégimes, mais rattachés individuellement à chaque régime. C'est pourquoi chaque régime enregistre dans ses comptes de charges les dépenses annuelles effectives du fonds, alors que pour le FIQCS et le FMESPP, c'est la dotation du régime à ces fonds interrégimes qui est enregistrée en charge, indépendamment des dépenses effectivement constatées (retracées dans une comptabilité à part respectivement par la CNAMTS pour le FIQCS et la CDC pour le FMESPP). Autre différence par rapport au FIQCS et au FMESPP, ces fonds de prévention ne font pas partie du champ de l'ONDAM.

Les montants alloués à ces fonds sont définis dans le cadre pluriannuel des COG Etat-CNAMTS et Etat-RSI (avec des avenants éventuels). Pour la CCMSA en revanche, ils font l'objet d'un arrêté annuel.

En 2009, les charges des fonds de prévention des trois régimes ont représenté 520 M€. Toutefois, ce montant est à prendre comme un ordre de grandeur car les périmètres des trois fonds ne coïncident pas parfaitement : le RSI y inclut la prévention des risques professionnels (0,7 M€ en 2009) et le régime général supportait seul la subvention à l'INPES (66 M€ en 2009) jusqu'en 2010.

Tableau 1 : Crédits des fonds de prévention (millions d'euros)

	2007	2008	2009
CNAMTS			
budget COG	424,6	450,1	461,2
exécution	393,7	430,6	477,3
RSI			
budget COG	16,5	16,7	17,0
exécution	9,6	14,4	16,4
MSA			
budget	26,7	27,3	28,7
réalisé	21,4	22,7	27,2
réalisé trois régimes	424,7	467,7	520,9

Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

Annexe 3

1. Par nature, une grande partie des dépenses retracées par les fonds de prévention n'a pas vocation à être ordonnancée au niveau régional

Ces fonds financent des dépenses de nature très diverse, que l'on peut schématiquement caractériser comme suit :

- ◆ des actions de communication, de sensibilisation, d'éducation thérapeutique soit via des opérateurs subventionnés, soit directement via les caisses (mais les dépenses internes de personnel correspondantes ne sont pas retracées sur ces fonds, sauf cas des centres d'examens de santé du régime général, cf. infra.) ;
- ◆ des prises en charge d'actes de prévention (vaccination, dépistages, examens et consultations de prévention), des rémunérations ad hoc des professionnels de santé participants, la fourniture du matériel nécessaire (tests...), par chaque régime au bénéfice de ses assurés.

Une grande partie de ces dépenses relèvent d'un pilotage national :

- ◆ les subventions à des opérateurs nationaux (en particulier l'INPES, l'INCA...);
- ◆ les achats nationaux (conception et diffusion de campagnes de communication nationales, tests...), plus économiques à ce niveau ;
- ◆ les prises en charge des actes et des rémunérations issus de ces politiques nationales. L'argument est double dans ce cas en faveur d'un rattachement à une enveloppe nationale : ces dépenses sont issues de programmes nationaux d'une part, elles sont constituées de prise en charge rattachables aux assurés de chaque régime d'autre part.

Ainsi, pour le régime général par exemple, correspondent à ces critères plus de la moitié des dépenses :

- ◆ les «actions nationales» (41 % des dépenses du FNPEIS, 195 M€ en 2009). La subvention à l'INPES est le plus gros poste (66 M€). Sur les grands autres postes (44 M€ de vaccinations, 51,5 M€ pour le bucco-dentaire), une dépense importante est constituée de remboursements d'actes (examen bucco-dentaire) ou du seul ticket modérateur (vaccinations), à côté d'autres types de dépenses comme celles relatives aux campagnes de communication ;
- ◆ mais également une partie des dépenses des dépistages des cancers, qui figurent pourtant dans la rubrique « actions locales » du FNPEIS, pour ce qui concerne les achats de tests et les remboursements (environ 50 ME). Ces dépistages, correspondant à des programmes nationaux, figurent probablement dans cette rubrique « actions locales » parce que les invitations aux assurés sont effectuées par des opérateurs (structures de gestion) subventionnés à parité par les caisses locales et les GRSP (désormais les ARS).

La politique d'examens de santé constitue par ailleurs pour chacun des régimes un poste de dépenses important : près de 43 % des dépenses pour la MSA (11,7 M€ en 2009), 32 % pour la CNAMTS (153 M€ y compris le CETAF) et 10 % pour le RSI (1,7 M€). Elle repose sur l'obligation légale faite aux régimes d'assurance maladie de soumettre leurs assurés et les membres de leur famille, à certaines périodes de la vie, à un examen de santé gratuit (cf. article L.321-3 CSS).

Le RSI et la MSA prennent en charge individuellement les examens de santé effectués par des prestataires externes. Le régime général a recours en revanche à des centres d'examens de santé, qui constituent une catégorie en soi du FNPEIS, puisqu'il s'agit du financement soit de personnel sous convention UCANSS en activité dans ces centres, soit de subvention de fonctionnement à des associations dont l'une des missions est d'effectuer directement des examens de prévention.

Annexe 3

La mission n'a pu examiner la pertinence d'une approche spécifique par régime pour cette politique d'examen de santé. On peut toutefois s'interroger sur la juxtaposition non seulement de modalités aussi différentes selon les régimes mais également de ces dispositifs par rapport à l'offre courante de consultations et d'analyses. La MSA rencontre parfois localement des difficultés à trouver des médecins libéraux pour effectuer ces examens (prévus à six moments de la vie dans ce régime) en faveur de ses assurés, alors que l'enjeu pour les centres d'examen de santé semble plutôt de fournir une activité suffisante pour justifier leur coût. Une coordination régionale de ces dispositifs offrirait donc probablement un intérêt, en particulier au regard de l'accès à la prévention des populations défavorisées.

2. Au niveau régional, l'enjeu premier est celui de la mobilisation d'opérateurs efficaces

En 2009, les crédits alloués aux GRSP par les trois régimes représentaient 40 M€ (dont 37 M€ de la CNAMTS, 1,4 M€ des régimes agricoles et 1,3 M€ du RSI). La modestie de ce montant par rapport aux dépenses globales des fonds de prévention, dont il représente moins de 10 %, s'explique largement par les éléments présentés ci-dessus.

2.1. Le levier des actions locales des caisses doit être préservé au service des programmes régionaux

Malgré la mise en place des GRSP en conséquence de la loi de 2004, les caisses ont continué à gérer directement certains crédits d'intervention. A l'occasion de la mise en place des ARS, la question peut donc à nouveau se poser d'un transfert de la responsabilité de gestion de ces crédits à l'ARS.

Les montants en jeu sont limités : 15 M€ pour la CNAMTS, 1,6 M€ pour la MSA et 0,3 M€ pour le RSI. Les dépenses portent principalement sur des actions largement impulsées par le niveau national, dont les caisses locales se font les organisateurs, promoteurs et financeurs, d'éducation thérapeutique, de sensibilisation ou d'accompagnement des assurés à des moments critiques de la vie (maternité, vieillesse) de complément des politiques nationales (dentaire), sous forme au moins en partie de prise en charge de prestations spécifiques. Au-delà du seul enjeu financier des crédits d'intervention, ces actions mobilisent donc pour leur conception, organisation et suivi des personnels des caisses et ceci de façon plus ou moins transversale aux différents services concernés. Cet investissement en personnel des caisses (probablement variable localement) n'est pas retracé par les fonds de prévention.

Le risque, pour un enjeu financier limité, de transférer ces crédits à l'ARS est donc de perdre à cette occasion l'investissement en personnel des caisses sur ces actions de terrain. Or, les caisses sont au contraire l'un des opérateurs sur lesquels les ARS doivent pouvoir s'appuyer. Autant, il paraît donc indispensable que les ARS disposent d'une vision de l'action des caisses et que celles-ci soient cohérentes avec le programme régional de santé, autant prendre le risque pour des raisons symboliques de perdre l'appui de ces opérateurs paraît disproportionné.

Il convient en outre de noter que les caisses des réseaux MSA et RSI présentaient systématiquement les actions ainsi financées au GRSP. Ceci avait été prévu dans leurs COG respectives, signées ultérieurement à celle de la CNAMTS.

Le projet de contrat Etat-UNCAM dont la mission a eu connaissance prévoit que « *les actions de prévention menées par les caisses locales pour le bénéfice de leurs assurés s'intégreront (...) dans le cadre soit des programmes nationaux définis par les COG soit des programmes régionaux de prévention.* »

En conséquence, la visibilité des ARS sur ces actions sera donc assurée. Il conviendrait que la COG Etat-CNAMTS réitère explicitement ce point pour lever toute ambiguïté.

D'autres points sont plus susceptibles de dégager de réelles marges de manœuvre pour les ARS, sans perte de substance au passage.

2.2. Des marges de redéploiement existent dans la gestion des dépistages des cancers

Les actions locales de dépistage des cancers font actuellement appel à des « structures de gestion », financées à 50 % par l'Etat et à 50 % par les caisses d'assurance maladie. Ces opérateurs assurent en particulier les invitations au dépistage des personnes sur la base de listes fournies par les caisses¹. Des marges de redéploiement financier existent : face au coût élevé de ces structures et à la capacité des caisses d'assurer elles-mêmes la partie de leur mission relative aux invitations des assurés au dépistage, la CNAMTS et la DGS ont engagé une réflexion sur leur évolution, qui suppose une modification par l'Etat du cahier des charges de ces structures. Ceci est prévu par le projet de contrat Etat-UNCAM dont la mission a eu connaissance.

2.3. Les centres d'examen de santé du régime général, dont le poids financiers est majeur, doivent être mobilisés par les ARS

L'Etat et la CNAMTS s'accordaient dans la COG 2006-2009 sur la nécessité de renforcer l'efficacité de ces structures qui font l'objet de critiques récurrentes de la Cour des comptes (cf. rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2009). Compte tenu des montants en jeu (153 M€), des gains d'efficacité de ces structures devraient offrir des marges de manœuvre financière à terme aux ARS.

Compte tenu que ces structures abritent du personnel de l'assurance maladie, en transférer le financement aux ARS paraît complexe et le chantier de la réorientation de ces structures risquerait d'être occulté par les nombreuses autres priorités des ARS. Ceci relève de la responsabilité de la CNAMTS. Un levier pour faciliter cette réorientation pourrait toutefois passer par une contractualisation de ces centres avec les ARS sur leurs modalités d'intervention auprès des populations défavorisées ou comme ressource pour des programmes d'éducation thérapeutique.

Une autre évolution souhaitable consisterait à objectiver le financement de ces structures en fonction de leur mission et de leur performance, que ce soit au service de politiques impulsées par la CNAMTS ou par les ARS.

L'évolution du coût de ces structures vers le point d'équilibre économique découlant de la rémunération de leurs prestations devrait permettre de redéployer des montants en faveur d'autres actions de prévention.

¹ Les délégués de l'assurance maladie (DAM) effectuent des visites auprès des médecins traitants pour promouvoir ces dépistages.

3. Des démarches de pilotage sont mises en œuvre, avec plusieurs limites

Il serait faux de considérer que les fonds de prévention sont gérés sans orientations, objectifs, indicateurs, évaluation. Tout cela existe. Par ailleurs, il serait sans doute peu pertinent de traiter de tous ces outils de pilotage spécifiquement pour les crédits des fonds de prévention plutôt qu'au regard, plus largement, de la politique de prévention dont ces fonds, associés aux crédits d'Etat (les GRSP recevaient une partie du programme 204 pour 180 M€ environ selon la DGS) ne sont qu'un des outils.

La COG Etat-CNAMTS 2006-2009 prévoyait l'engagement de la CNAMTS d'inscrire son action de prévention dans le cadre de la politique de santé publique définie par l'Etat. Un certain nombre d'actions prioritaires étaient mentionnées pour 2006². Le lien avec le FNPEIS n'était pas mentionné. Les moyens d'action de la CNAMTS dépassent en effet la seule utilisation des crédits de ce fonds (relations avec les professionnels de santé et avec les assurés, actions des personnels des caisses...). Concernant le niveau régional, il était précisé que l'assurance maladie menait ses actions dans le cadre des GRSP. Les centres d'examens de santé devaient renforcer leurs actions en direction des populations précaires et des patients nécessitant une éducation en santé.

En termes de suivi, un échange annuel était prévu entre la CNAMTS et les directions ministérielles pour se concerter sur les thèmes prioritaires et les actions spécifiques à mener par la CNAMTS. Un point de situation à mi-COG était prévu sur les centres d'examens de santé ainsi qu'une évaluation externe de l'activité d'examen périodique. En l'absence d'objectifs spécifiquement assignés au FNPEIS, aucun reporting spécifique n'était prévu, sauf les éléments sur les centres d'examens de santé. Un bref bilan financier du fonds est présenté annuellement à la commission compétente du conseil de la CNAMTS où l'Etat est présent à travers un commissaire du gouvernement.

La CNAMTS élabore des fiches descriptives de programme, portant sur le contexte, la cible, les objectifs, les modalités d'intervention, le budget COG, les indicateurs de suivi et les perspectives d'avenir

De son côté, la DGS assure le dialogue de gestion avec les GRSP qui donne lieu à des échanges sur les priorités et les résultats régionaux (en matière de participation aux dépistages en particulier) et à des comptes-rendus formalisés. L'évaluation des PRSP a fait l'objet d'un guide méthodologique diffusé par la DGS. Selon la DGS, les actions financées étaient par ailleurs évaluées soit par des prestataires, soit conjointement par l'Etat et l'assurance maladie, soit par les DRASS.

L'objet de la mission, dans les délais impartis, n'est pas de porter une appréciation fine sur l'ensemble de ces démarches portant sur un domaine où l'évaluation est particulièrement complexe. Quelques remarques peuvent être formulées :

- ◆ il paraît difficile de disposer d'une lisibilité globale de l'action de prévention menée par les régimes d'assurance maladie et de l'Etat et des moyens engagés correspondants, par grandes priorités ;
- ◆ l'assurance maladie paraissait associée de façon variable au dialogue de gestion DGS-GRSP ;
- ◆ au-delà de ce dialogue de gestion, il semble y avoir des marges de renforcement, en matière d'animation de réseau, pour la remontée, l'évaluation et la mutualisation des expériences intéressantes et innovantes ;
- ◆ l'évaluation comparée des différentes actions semble peu développée.

² Obésité des jeunes, maladies cardio-vasculaires de l'adulte, facteurs de risques en début de grossesse, dépistage du cancer du sein pour les femmes de plus de cinquante ans, risques iatrogènes liés à la consommation de médicaments chez les personnes âgées.

4. Eléments sur la répartition des crédits entre régions

La répartition des crédits GRSP entre régions suivait les principes suivants :

- ◆ pour leur contribution, le RSI et la MSA appliquait un critère populationnel relatif aux ressortissants de leurs régimes ;
- ◆ selon la DGS, la CNAMTS applique à sa demande un critère plus sophistiqué, consistant à pondérer la population par des indices de précarité et de mortalité prématurée évitable ;
- ◆ la DGS, qui a élaboré ce critère, ne l'appliquait pas encore aux crédits d'Etat destinés aux GRSP, mais s'assurait néanmoins que les écarts entre régions, mesurés sur cette base, se réduisaient progressivement.

La loi prévoit désormais qu'un arrêté ministériel répartit le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie à chaque ARS au titre des actions de prévention (art. L1434-6 CSP). La DGS réfléchit donc à une application plus uniforme de ses critères à la fois aux crédits en provenance des différents régimes et à ceux de l'Etat.

ANNEXE 4

FICHE SUR LE FIQCS

SOMMAIRE

1. PRESENTATION DU FIQCS : OBJET ET FINANCEMENTS.....	1
1.1. Objet du fonds.....	1
1.1.1. <i>Une part de projets nationaux mais une grande majorité de projets financés sur une base régionale.....</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>Les projets nationaux du FIQCS.....</i>	<i>5</i>
1.2. Le contenu et le financement de la partie régionale du FIQCS.....	5
1.2.1. <i>Les grandes masses (source : rapport annuel FIQCS 2008).....</i>	<i>5</i>
1.2.2. <i>La répartition des financements entre les différentes ARS.....</i>	<i>8</i>
1.3. Des crédits traditionnellement régulièrement sous-consommés, pour leur part nationale, et faisant apparaître un fonds de roulement important.....	8
2. PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES RELATIVES A LA PART REGIONALE DU FIQCS	9
2.1. Des ambiguïtés sur son positionnement et sa finalité	9
2.1.1. <i>Parfois une disproportion entre les moyens du fonds et les objectifs recherchés.....</i>	<i>9</i>
2.1.2. <i>Une notion d'expérimentation peu claire.....</i>	<i>10</i>
2.2. Des faiblesses dans l'évaluation de son efficience.....	10
2.2.1. <i>Certes, des progrès sont recherchés en matière d'audits de régularité et aussi d'évaluation de l'efficacité.....</i>	<i>10</i>
2.2.2. <i>Mais la situation reste non satisfaisante.....</i>	<i>11</i>
2.3. Des redondances ou doubles emplois entre les fonds.....	11

Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins FIQCS

La gestion du FIQCS, qui n'a pourtant que 3 ans d'existence dans sa forme actuelle, est en cours de modification pour tenir compte de la loi HPSP. En particulier, un projet de décret est en cours d'élaboration au moment des investigations de la mission.

1. Présentation du FIQCS : objet et financements

1.1. Objet du fonds

L'article 94 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007¹ a créé un Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) dont l'objet est l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé. Il est ainsi notamment chargé de financer des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé ou à des centres de santé.

Ce nouveau fonds reprend les champs d'intervention du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) - hors financement des actions d'évaluation des pratiques médicale - et de la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR), qui fusionnent.

Il finance :

- ◆ le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé ;
- ◆ les structures contribuant à la permanence des soins (PDS) : maisons médicales de garde, centres de régulation libérale ;
- ◆ les actions ou structures visant au maintien de l'activité et à l'installation en zone déficitaire ;
- ◆ les actions favorisant l'exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ;
- ◆ les actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité des soins de ville ;
- ◆ le développement du Dossier médical personnel (DMP).

Seul ce dernier objectif² relève d'une gestion totalement centralisée au niveau du ministère. Les autres objectifs ont, sauf exceptions, une gestion régionalisée relative au financement soit d'expérimentations soit de réseaux ou structures de soins.

¹ Entrée en vigueur de ce fonds au 1^{er} juillet 2007 (cf. décret d'application n° 2007-973 du 15 mai 2007, JO du 16 mai 2007).

² Environ 1/3 des crédits en 2007 mais 17 % en 2008, suite à réduction des crédits concernés liés à leur sous-consommation, puis 25 % en 2009. Pour 2010, il est prévu une part nationale de 25 % (73 M€ sur 290 M€).

1.1.1. Une part de projets nationaux mais une grande majorité de projets financés sur une base régionale

1.1.1.1. La répartition des crédits

Pour 2010, la part nationale (73 M€ sur 290 M€, soit 25 %) se répartit en 5 M€ attribués par le bureau du CNQCS, 5 M€ pour des expérimentations du CNG (maisons de santé pluridisciplinaires essentiellement) et 60 M€ pour le dossier médical personnel (DMP).

La répartition initiale du fonds entre enveloppe nationale et enveloppe régionale, effectuées par le Comité national de gestion (cf. ci-après, point 1.1.1.2.1.) est largement fonction des consommations passées et prévisionnelles.

1.1.1.2. Des instances de gestion nationales et locales

1.1.1.2.1. Les instances de gestion au niveau national n'ont pas été modifiées suite à la loi HPSP et à la création des ARS

◆ Le Comité national de gestion

Le Comité national de gestion (CNG) est composé de 8 membres à parité entre l'Etat et l'Assurance Maladie.

La présidence est assurée alternativement, par période d'une année, par le directeur général de l'offre de soins (DGOS, ex. DHOS) et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

Le CNG établit chaque année un budget prévisionnel retraçant l'ensemble des crédits nationaux et régionaux. Ce budget individualise la part du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) réservée aux expérimentations au niveau national³ et au niveau régional.

◆ Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins

Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins (CNQCS) **délibère sur les orientations et la répartition des enveloppes proposées par le CNG.** Il est composé de 32 membres répartis entre :

- un collège de l'Assurance Maladie comprenant 12 représentants du conseil de l'UNCAM, dont 8 représentants de la CNAMTS, 2 représentants du Régime social des indépendants (RSI) et 2 représentants de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) ;
- un collège des professionnels de santé comprenant 12 représentants, dont 9 représentants désignés par l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) et 3 représentants des conférences de présidents de commissions médicales d'établissements (CME) ;
- trois représentants des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux ;
- cinq personnalités qualifiées, dont au moins un représentant des usagers.

³ 8 M€ en 2010, dont l'articulation et la cohérence avec les expérimentations régionales devront être revues.

Annexe 4

- ◆ Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins

Le bureau du Conseil national attribue les aides aux expérimentations nationales ou interrégionales visant l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, sur la base des orientations arrêtées par le Conseil national. Il est composé de huit membres dont 4 représentants du collège de l'Assurance Maladie (2 représentants de la CNAMTS, 1 représentant du RSI, 1 représentant de la CCMSA) et 4 représentants du collège des professionnels de santé (UNPS). Son président est désigné parmi les représentants de l'UNCAM.

Annexe 4

QUESTIONNAIRE IGAS-IGF sur le FIQCS : BUDGET 2007-2010, comptes clos 2007-2009

DÉPENSES							
Comptes budgétaires	2007		2008		2009		2010
	Budget 2007 (autorisation de dépenses)	Charges du 01/07/2007 au 31/12/2007	Budget 2008 (autorisation de dépenses)	Charges au 31/12/2008	Budget 2009 (autorisation de dépenses)	Charges au 31/12/2009	Budget 2010 (autorisation de dépenses)
6551311 dot cggs actions Missions Régionales de Santé (MRS)	9 510 494,00 €	4 125 640,34 €	9 885 531,00 €	7 615 221,55 €	8 706 735,00 €	7 461 526,99 €	9 078 221,00 €
6551312 dot cggs Expérimentation Soins De Ville (SDV)	550 000,00 €	274 328,28 €	2 228 087,00 €	498 849,15 €	1 839 586,00 €	1 370 707,69 €	574 447,00 €
1^{er} Sous-total CGSS :	10 060 494,00 €	4 399 968,62 €	12 113 618,00 €	8 114 070,70 €	10 546 321,00 €	8 832 234,68 €	9 652 668,00 €
6551411 dot urcam actions Missions Régionales de Santé (MRS)	131 953 527,00 €	78 149 743,46 €	185 113 000,77 €	166 688 822,32 €	182 401 310,00 €	173 649 248,45 €	200 470 841,23 €
6551412 dot urcam Expérimentation Soins De Ville (SDV)	2 000 000,00 €	677 263,01 €	39 273 381,23 €	18 299 871,46 €	28 877 369,00 €	21 123 114,18 €	6 876 490,77 €
2^{ème} Sous-total URCAM :	133 953 527,00 €	78 827 006,47 €	224 386 382,00 €	184 988 693,78 €	211 278 679,00 €	194 772 362,63 €	207 347 332,00 €
Total régional :	144 014 021,00 €	83 226 975,09 €	236 500 000,00 €	193 102 764,48 €	221 825 000,00 €	203 604 597,31 €	217 000 000,00 €
655381 - FIQCS national	43 800 000,00 €	11 516 076,53 €	37 600 000,00 €	17 090 443,09 €	24 650 000,00 €	24 619 293,78 €	65 000 000,00 €
dont DMP	13 800 000,00 €	11 061 088,93 €	32 000 000,00 €	15 000 000,00 €	23 600 000,00 €	23 569 829,00 €	60 000 000,00 €
655382 - Expériences CNG (MSP ...)	0,00 €	0,00 €	10 000 000,00 €	451 087,96 €	2 700 000,00 €	2 476 779,11 €	7 000 000,00 €
665384 - Maisons des adolescents	0,00 €	0,00 €	650 000,00 €	171 975,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
655388 - Autres actions	0,00 €	0,00 €	230 000,00 €	0,00 €	140 000,00 €	0,00 €	980 000,00 €
653- Comité FIQCS national	198 017,66 €	116,99 €	20 000,00 €	4 158,75 €	10 000,00 €	1 027,97 €	20 000,00 €
Total national :	43 998 017,66 €	14 516 193,52 €	48 500 000,00 €	17 717 664,80 €	27 500 000,00 €	27 097 100,86 €	73 000 000,00 €
Total budget FIQCS : (Total régional + total national)	188 012 038,66 €	94 743 168,61 €	285 000 000,00 €	210 820 429,28 €	249 325 000,00 €	230 701 698,17 €	290 000 000,00 €

RECETTES			
	2007	2008	2009
758214 Participation CNAMTS	55 427 225,82 €	201 984 090,00 €	166 175 900,00 €
7571 Participation RSI	2 948 351,31 €	10 665 270,00 €	8 823 600,00 €
7571 Participation CCMSA	5 152 785,50 €	18 350 640,00 €	15 000 500,00 €
7558 Annul Charge	8 910,00 €	15 383,91 €	112 546,27 €
Total recettes FIQCS	63 537 272,63 €	231 015 383,91 €	190 112 546,27 €

Résultats : (dépenses-recettes)	-31 205 895,98 €	20 194 954,63 €	-40 589 151,90 €
------------------------------------	------------------	-----------------	------------------

Report à nouveau après résultat : (report à nouveau n-1 + résultats)	123 967 943,56 €	144 162 898,19 €	103 573 746,29 €
---	------------------	------------------	------------------

1.1.1.2.2. *Au niveau local, un rôle central dorénavant confié aux ARS*

L'instance collégiale qui était placée auprès des ARH a été supprimée : la loi HPST a en effet simplifié la gestion de ces crédits en supprimant la distinction de gouvernance entre les ex-crédits réseaux et les expérimentations soins de ville. Cela s'est traduit par la suppression des comités régionaux qui avaient un pouvoir de décision sur cette ligne.

En revanche, et contrairement à l'esprit des textes créant les ARS, l'actuel projet de décret relatif au FIQCS prévoit dans son article 1 et pour sa part régionale que « *la décision de financement ... est prise par le directeur général de l'ARS sur avis conforme du comité national de gestion du fonds* ».

1.1.2. Les projets nationaux du FIQCS

Ils concernent essentiellement la mise en place du dossier médical personnel (DMP) et plus secondairement le financement de réseaux à vocation nationale ou interrégionale (ex. : réseaux diabète, maisons de santé pluridisciplinaires, expérimentations article 44 sur les nouveaux modes de rémunération).

1.1.2.1. *Une forte logique d'appels à projet national pour les expérimentations gérées au niveau national*

Dans le cadre des expérimentations en soins de ville du FIQCS, le bureau du Comité national de la qualité et la coordination des soins (CNQCS) lance un appel à projets et sélectionne des actions. Il est rappelé que pour 2010, il s'agit de 5 M€ attribués par le bureau du CNQCS et de 5 M€ consacrés aux expérimentations du CNG, essentiellement en faveur de maisons de santé pluridisciplinaires.

Ces projets doivent être innovants dans leur organisation, leur mode de financement, impliquant fortement les professionnels de santé de ville et s'inscrivant dans les orientations stratégiques du FIQCS. Dans un souci d'équité et d'efficacité, les actions devront pouvoir bénéficier à un grand nombre de patients. Les projets financés devront contribuer à l'amélioration des pratiques, à la coordination des soins et, d'une façon générale, à l'amélioration de l'efficacité des soins dispensés en ville.

Dès lors que ces expérimentations diffèrent peu dans leur esprit de celles gérées en région par les ARS, la mission s'interroge sur le bien fondé du maintien de cette spécificité. Les crédits nationaux du FIQCS pourraient en effet n'être consacrés qu'au DMP.

1.2. Le contenu et le financement de la partie régionale du FIQCS

1.2.1. Les grandes masses (source : rapport annuel FIQCS 2008⁴)

1.2.1.1. *Approche en termes de financements*

La ventilation des financements entre les grandes thématiques ci-après relève des ARS et non de directives nationales. Il n'existe pas formellement de sous-enveloppes opposables aux ARS.

⁴ Le rapport 2009 n'est pas encore paru au 06/07/2010.

Annexe 4

La prise en charge des réseaux de santé en constitue l'action principale, avec 58 % des actions financées et 83 % des montants accordés en 2008.

Tableau 1 : Projets financés par le FIQCS régional en 2008 par thème

Projets 25 régions ⁽¹⁾	Total des projets financés		Montant pluriannuels accordés par la convention		Montants consommés (source déclaration des MRS)	
	Nombre	%	M€	%	M€	%
Aides à l'installation des professionnels de santé	8	1 %	0,7	0 %	0,2	0 %
Amélioration des pratiques ⁵ (dont groupes de pairs et groupes qualité)	106	9 %	12,3	3 %	5,7	3 %
Exercices regroupés des professionnels de santé ou exercices pluridisciplinaires ⁶	66	5 %	3,2	1 %	1,8	1 %
Nouveaux modes d'exercice ⁷	56	4 %	8,3	2 %	4,3	2 %
Permanence des soins (dont maisons médicales de garde ⁸ et régulation)	258	21 %	42,9	9 %	14,3	8 %
Réseaux de santé ⁹	718	58 %	383,8 ⁽²⁾	83 %	151,3	83 %
Systèmes d'information	21	2 %	10,9	2 %	4,2	2 %
TOTAL	1 233	100 %	462	100 %	181,8	100 %

(1) Hors Martinique.

(2) Les informations relatives au financement des réseaux en particulier le montant total accordé au titre du FIQCS, n'ont pas été complétées pour 39 réseaux.

Source : Rapport annuel FIQCS 2008

⁵ Le FIQCS participe à hauteur de 80 % en moyenne au financement des projets en question.

⁶ Dont maisons de santé pluri-professionnelles – MSP – relevant d'un référentiel national, pôles de santé et centres de santé. Il s'agit de dépenses d'investissement essentiellement (75 000 € / dossier environ).

⁷ Dont l'éducation thérapeutique du patient – ETP – pour ceux atteints de maladie chronique. Ces projets sont financés à hauteur de 50 % (ETP) à 90 % par le FIQCS.

⁸ Dont 88 sur 148 intégralement financés par le FIQCS en matière de fonctionnement (frais de personnel, etc.).

⁹ Cf. détail en tableau 4.

Annexe 4

1.2.1.2. Le cas particulier des réseaux de santé

Tableau 2 : Montant moyen accordé aux réseaux de santé au titre du FIQCS par thème

Thème du projet	Nombre de projets ⁽¹⁾	Montant moyen accordé par la convention (en €) ⁽¹⁾
Gérontologie (Alzheimer et autre)	101	383 401
Soins Palliatifs	94	822 880
Cancérologie (réseau non régional et régional)	76	791 733
Diabétologie	59	723 772
Périnatalité (réseau non régional et régional)	49	611 128
Addictologie (alcool, tabac, toxicomanie et autre)	47	423 184
Handicap (Autisme et autre)	38	518 635
Prise en charge des adolescents	30	231 502
Cardio-vasculaire (accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, rééducation cardiovasculaire, autres)	25	444 989
Nutrition et prise en charge de l'obésité	23	543 239
Pathologies respiratoires (Asthme, bronchiolite et autre)	19	635 914
Maladies infectieuses (Hépatites, VIH et autres)	20	543 694
Proximité (poly pathologie)	17	415 706
Neurologie (sclérose en plaques, Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, autre)	16	680 019
Douleur	10	972 264
Santé mentale	7	904 837
Précarité	5	425 157
Néphrologie (insuffisance rénale chronique)	6	328 448
Maladies rares - drépanocytose et autre	5	358 805
Rhumatologie	4	235 492
Autres	28	34 180
TOTAL	679	565 251 (2)

(1) Hors les 39 réseaux dont les données disponibles sont incomplètes.

(2) Soit un total de **384 M€**.

Source : Rapport annuel FIQCS 2008).

Cette grande diversité des types de problématiques de santé à prendre en compte par des réseaux n'est que la déclinaison des nombreuses priorités nationales en la matière. Elle montre que :

- ◆ la marge de manœuvre réelle des ARS est très limitée si elles doivent intervenir systématiquement dans tous ces domaines (logique de financement en tuyaux d'organes) ;
- ◆ l'approche de ces réseaux est très segmentée et laisse peu de place à une véritable pluridisciplinarité.

1.2.2. La répartition des financements entre les différentes ARS

Chaque région reçoit un socle minimal commun (1,5 M€ chacune en 2008), le reste de l'enveloppe régionale étant ventilée en fonction de critères objectifs : population, densité de médecins, etc.

Cette répartition entre les ARS n'a pas fait l'objet de contestations qui soient remontées à la mission.

1.3. Des crédits traditionnellement régulièrement sous-consommés, pour leur part nationale, et faisant apparaître un fonds de roulement important

Tableau 3 : Suivi du FAQSV depuis 2000 et du FIQCS depuis 2007
(en millions d'euros)

ex-FACSV	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dotation	76,2	0	76,6	20	15	60	60	119,5
Dotation cumulée au fonds	252,4	328,6	405,2	425,2	440,2	500,2	560,2	679,7
Consommation annuelle	4,8	31	50	54,5	59,4	67	53	18,8
Consommation de crédits cumulés	104,8	135,8	185,8	240,3	299,7	366,7	419,7	438,5
Solde annuel	71,4	45,2	-50	-34,5	-44,4	-7	7,1	100,7
Solde net cumulé	147,6	192,8	142,8	108,3	63,9	56,9	64	155,2

Source : CNAMTS - DSS

FIQCS	2007	2008
Dotation	-	231
Budget (plafonné)	-	231
Reprise du FAQSV	155,2	-
Recettes issues de la DNDR	63,5	-
Consommation annuelle	94,7	211
Solde annuel	124,0	20
Solde net cumulé	124,0	144,0

1.3.1. Une sous-consommation des dotations ...

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009 avait procédé, d'une part, 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.

Le PLFSS pour 2010 a prévu **d'une part un** nouvel gel de 50 M€ des crédits du FIQCS pour 2009, diminuant ainsi sa dotation de 240 à 190 M€ et d'autre part une dotation de 228 M€, soit en baisse de 12 M€ par rapport à 2009.

1.3.2. ... essentiellement imputables aux retards pris dans la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP)

Les dépenses relatives au DMP ont été, pour la troisième année consécutive, inférieures à la dotation initiale (14,4 M€ contre 60 M€ budgétés).

Tableau 4 : Sous consommation des crédits destinés au financement du dossier médical personnel (en M€)

	2007	2008	2009
Dotation initiale	27,6	32,0	60,0
Crédits consommés	23,5	15,0	14,4

Source : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

1.3.3. Un fonds de roulement restant élevé

Celui-ci s'est élevé à environ 117 M€ fin 2009 et ne devrait être que très faiblement réduit (une dizaine de M€) en 2010.

La montée en puissance, certes tardive, du DMP et le développement des missions accordées au FIQCS dans le cadre de la loi « HPST » pourraient cependant avoir un impact sur les crédits destinés au fonds.

2. Problématiques identifiées relatives à la part régionale du FIQCS

La gestion du FIQCS soulève plusieurs problèmes, dont en particulier :

- ◆ des ambiguïtés sur son positionnement et sa finalité ;
- ◆ des faiblesses dans l'évaluation de son efficacité ;
- ◆ une articulation parfois à améliorer avec d'autres fonds.

2.1. Des ambiguïtés sur son positionnement et sa finalité

2.1.1. Parfois une disproportion entre les moyens du fonds et les objectifs recherchés

2.1.1.1. Ainsi, un des objectifs du fonds vise le maintien de l'activité et l'installation de médecins en zone déficitaire

A cet objectif ambitieux, le fonds n'a contribué en 2008 qu'à 8 projets, pour un montant de 0,7 M€¹⁰. Il s'agit dès lors de régler de manière discrétionnaire quelques cas ponctuels infimes et non de mener une politique incitative efficace.

La crainte a été évoquée devant la mission que de telles dotations servent à financer le salaire de médecins, des primes d'installations, plus dans une logique de « paix sociale » que d'efficacité.

L'objectif ambitieux du maintien ou de l'installation de médecins en zone déficitaire passe par une politique intégrée beaucoup plus vaste que le recours au FIQCS, ce qui confirme l'intérêt de donner aux ARS une capacité de pilotage et de mutualisation des moyens.

¹⁰ Même si une montée en puissance de ces crédits est probable, il est clair que le seul FIQCS ne peut être à la hauteur des enjeux.

2.1.2. Une notion d'expérimentation peu claire

2.1.2.1. Une pérennisation de fait des expérimentations

La frontière entre la conduite d'expérimentations et le financement pérenne de réseaux n'est pas claire.

2.1.2.1.1. Des dotations FIQCS en réalité figées

Cela se traduit par le fait que dans les ARS, une part infime du FIQCS est disponible pour de nouvelles expérimentations. Globalement, plus de 95 % des crédits disponibles une année donnée sont déjà engagés au début de chaque année par les décisions prises antérieurement. Ces engagements de crédits pourraient même aller dans certaines régions au-delà des crédits de paiements prévus.

Ainsi, en région Basse Normandie, la part des opérations nouvelles ne pourra excéder 1 % de l'enveloppe du FIQCS en 2010 : 93 % des opérations financées en 2009 sont récurrentes (engagement pluriannuel sur les réseaux de santé, reconduction automatique des groupes qualité et des financements liés à la permanence des soins) ; sur les 7 % d'opérations nouvelles, 90 % engagent le fonds sur plusieurs années. En régions Rhône-Alpes et Bourgogne, il a été indiqué à la mission que les crédits de paiement disponibles seraient totalement gagés – et au-delà – par les engagements antérieurs.

2.1.2.1.2. Des raisons diverses l'expliquent

- ◆ Il est difficile d'arrêter une expérimentation ou le financement d'un réseau, une fois celui-ci accordé, faute d'une évaluation incontestable et au regard des pressions de toutes sortes.
- ◆ Certaines expérimentations peuvent présenter un intérêt ponctuel local mais ne sont pas généralisables, ne serait-ce que pour des raisons de coût.

2.2. Des faiblesses dans l'évaluation de son efficience

2.2.1. Certes, des progrès sont recherchés en matière d'audits de régularité et aussi d'évaluation de l'efficacité

Les critiques émises quant à l'absence d'évaluation du FAQCS et de la DNDR se sont traduites, lors de la création du FIQCS, par la production de cahiers des charges et l'exigence d'évaluations régionales.

S'agissant des réseaux financés dans le cadre de l'amélioration de l'accès aux soins, une méthodologie d'évaluation a été mise en place à partir de 2009, d'abord sur la base d'un échantillon de régions volontaires. De même, un cahier des charges relatif aux maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) a été initié en 2008.

Par ailleurs, des **audits de régularité** de l'utilisation des fonds par les réseaux sont réalisés chaque année¹¹.

¹¹ En 2008, cela a concerné 152 réseaux sur un total de 718, situés dans 18 régions, sous l'égide des MRS (source : rapport d'activité 2008).

Annexe 4

En outre, si jusqu'au début 2008 les **évaluations** étaient réalisées par les bénéficiaires des fonds (monteurs de projet) sans l'intervention des gestionnaires du FIQCS, et donc étaient peu rigoureuses (enquêtes de satisfactions presque toujours ... positives), elles sont depuis commandées par les MRS (missions régionales de santé) puis par les ARS qui en ont pris la suite, après appel d'offres et sur la base d'un cahier des charges qu'elles ont établi. A cette fin, des indicateurs contribuant à apprécier la qualité de la prise en charge des patients et l'efficacité des dispositifs, sur la base d'une méthodologie nationale, ont été formalisés en 2008 pour être testés sur 2009.

Il est dorénavant prévu d'une part « *une évaluation de chaque réseau sur la base d'indicateurs sociaux (respect des objectifs de la convention de financement)* » et d'autre part « *une évaluation du service rendu par les réseaux de santé par comparaison avec d'autres modes d'organisation de la prise en charge des patients permettant de mieux situer le modèle d'organisation ... L'objectif de la démarche est de mettre à la disposition des instances régionales et nationale une méthode robuste et reproductible permettant d'objectiver la plus-value médico-économique du modèle* ». La méthode et les outils devraient être disponibles fin 2010.

Il s'agit d'un enjeu très important pour l'avenir.

2.2.2. Mais la situation reste non satisfaisante

Notamment, il n'existe pas encore d'évaluation médico-économique, pourtant indispensable, et ce pour diverses raisons : manque de clarification entre ce qui relève des compétences du niveau régional ou du niveau national, contraintes statistiques (certains réseaux se retranchant derrière le secret médical pour ne pas fournir la liste des personnes prises en charge).

La tentative d'évaluation des réseaux « diabète » en 2006 puis 2007 a montré à la fois les insuffisances d'une telle évaluation sur le plan médical, les difficultés à aller au-delà (connaissance des patients) et la pertinence d'une telle approche sur le plan des coûts (11 000 professionnels concernés pour seulement 30 000 patients suivis).

Manquent ainsi des éléments d'évaluation homogènes sur une base nationale permettant de juger non seulement le résultat ponctuel de chaque réseau financé mais aussi de la pertinence d'une généralisation, ce qui supposerait une analyse assez fine pour permettre d'en déterminer les modalités les plus efficaces.

2.3. Des redondances ou doubles emplois entre les fonds

Même si cela pose plus un problème de lisibilité budgétaire, il a été noté que la spécialisation actuelle des fonds n'est pas optimale, une même action pouvant relever du financement de plusieurs fonds : FIQCS et MIG (permanence des soins, éducation thérapeutique, soins palliatifs, CACS – contrats d'amélioration de la qualité des soins), FIQCS et FNPEIS (éducation thérapeutique, télémédecine).

Dans certains cas, ces actions peuvent bénéficier de cofinancements des conseils généraux, ce qui influe sur l'effet de levier des fonds.

ANNEXE 5

FICHE SUR LE FMESPP

SOMMAIRE

1. OBJET DU FONDS.....	1
2. ETAT DES LIEUX.....	2
3. PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES.....	3

1. Objet du fonds

Le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a été créé à compter du 1^{er} janvier 2003. Il a succédé à plusieurs fonds : d'abord, le Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO), créé par la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997, puis le Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES), créé par la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000. Il a également repris les créances et les dettes du Fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP), en application de la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002.

Le Fonds participe au financement « des opérations de modernisation et de restructuration ayant fait l'objet d'un agrément... du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation compétent... dans le respect du schéma régional d'organisation sanitaire » (décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 modifié). Ses missions n'ont cessé d'être élargies depuis sa création.

Sont éligibles à un financement par le Fonds :

- ◆ des contrats d'amélioration des conditions de travail des personnels ;
- ◆ des actions de modernisation sociale ;
- ◆ des aides destinées à faciliter la mobilité et l'adaptation de personnels des établissements engagés dans des opérations de modernisation ;
- ◆ des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire ;
- ◆ jusqu'à fin 2009, des frais de fonctionnement et les audits des missions d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), de tarification à l'activité (MT2A) et d'appui à l'investissement (MAINH)¹ ;
- ◆ des dépenses évitées par la mise en œuvre des accords-cadres et des accords locaux mentionnés aux articles L.6113-12 et D.6113-17 et D.6113-21 du code de la santé publique.

Il est d'usage de regrouper ces opérations éligibles en trois catégories :

- ◆ le volet « ressources humaines », dans lequel sont réunis :
 - les aides individuelles (à la mobilité, à la conversion, au départ volontaire et le financement des cellules régionales d'accompagnement social) ;
 - les aides collectives (actions de promotion professionnelle et autres actions de formation, ainsi que les actions en faveur des conditions de travail) ;
 - le tutorat des nouveaux personnels dans le cadre du plan « psychiatrie et santé mentale » ;
- ◆ le volet « investissement », avec :
 - les deux plans « Hôpital 2007 », lancé en 2003, et « Hôpital 2012 », lancé en 2008 ;
 - le plan « psychiatrie et santé mentale » ;
 - les projets particulièrement innovants ou spécifiques (désamiantage...) ;
 - le financement des missions nationales et locales : d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), de tarification à l'activité (MT2A) et d'appui à l'investissement (MAINH)² ;

¹ Ces organismes sont désormais intégrés dans l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

Annexe 5

- ◆ les autres actions de modernisation (recueil d'information médicalisé en psychiatrie, équipements techniques des SAMU, logiciel de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences...).

2. Etat des lieux

- ◆ *Montants budgétés, montants consommés 2007, 2008, 2009 (si disponible), 2010 prévision*

	2007	2008	2009	2010
Abondement PLFSS	376,0	201,0	260,0	264,0
Montants engagés	387,8	309,3	319,5	
Différence annuelle	- 11,8	- 108,3	- 59,5	

Source : DGOS/R1.

- ◆ *Articulation avec l'ONDAM ; pilotage financier*

Le FMESPP est intégré à l'ONDAM.

La Caisse des dépôts tient une comptabilité d'engagements pour l'essentiel des rubriques, mais pas toutes. Par ailleurs, elle paie à la demande des établissements de santé sans informer l'ARH/ARS, si bien que l'agence ne sait pas si les opérations sont réalisées ou non. La DHOS/DGOS ne le sait pas davantage.

Le parlement a voté deux dispositions tendant à donner plus de visibilité :

- une prescription annuelle de l'engagement, à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds ;
- une déchéance de trois ans pour l'intervention du paiement, à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis.

Ce dispositif a permis de reprendre 125 M€ de crédits, fin 2009.

- ◆ *Répartition des derniers montants exécutés connus par grande rubrique interne au fonds*
Cf. document récapitulatif 2007-2010 de la DGOS en fin d'annexe.

L'article III bis de l'article 40 de la LFSS pour 2011 dispose que le FMESPP est également chargé de verser aux établissements de santé les sommes dues au titre des dépenses évitées par la mise en oeuvre des accords nationaux ou locaux d'amélioration des pratiques. Mais ce dispositif, à la connaissance de la mission, n'a reçu d'application que récemment (0,6 M€ en 2008 et 1,7 M€ en 2009).

- ◆ *Répartition des derniers montants exécutés connus entre enveloppe nationale et enveloppes régionales ou locales (c'est à dire dont l'ordonnancement ne relève pas de l'échelon national)*

Cette information n'est pas disponible de façon explicite dans le rapport annuel du FMESPP. Tous les paiements sont affectés aux régions et il est probable que les ordonnancements sont très largement régionaux.

² Cf. la note de bas de page n° 1.

Annexe 5

- ◆ *Degré d'autonomie de l'échelon régional ou local sur l'utilisation de son enveloppe (fléchage a priori, soumission à un visa national ou non...)*

Dans le cadre du plan Hôpital 2012, les opérations d'investissement de moins de 10 M€ sont instruites par les ARH/ARS, puis systématiquement validées par la commission nationale de validation, après examen par les services centraux³. Toutefois, toutes les opérations concernant des blocs opératoires et les systèmes d'information suivent la procédure des projets de plus de 10 M€.

Les projets d'investissement de plus de 10 M€ et les projets de mise aux normes exceptionnelles (risque sismique et amiante) sont instruits et validés au niveau national.

Toutes les opérations d'investissement, quel que soit leur montant, sont au final décidées par arrêté du ministre.

Dans le domaine des ressources humaines, seuls les crédits CLACT font l'objet d'une délégation aux ARS sans instruction, ni validation préalable par l'échelon national, mais la faiblesse des montants concernés revient en elle-même à un fléchage de ces crédits sur cet objet aussi circonscrit. Les crédits GPMC⁴ sont délégués après appel à projets des ARH/ARS. Enfin, les aides individuelles et collectives, liées à des opérations de restructuration, sont visées a priori par l'administration centrale, après que l'établissement de santé a passé une convention avec l'ARH/ARS et que la directrice de la DGOS a adressé une lettre validant le financement sur le FMESPP.

Au total, il n'y a pas de réelle différence du degré d'autonomie de l'échelon régional selon les natures de dépenses (à l'exception des crédits CLACT – 10 M€ en 2010), puisque tout finit par être validé opération par opération par le ministère.

Toutefois les directeurs généraux d'ARS rencontrés sont favorables au visa a priori des opérations d'investissement les plus importantes, notamment informatiques, pour lesquelles ils ne disposent pas des compétences nécessaires.

- ◆ *Critères de répartition des enveloppes (régionales ou locales) entre régions*

Au niveau national, les critères de répartition sont populationnels, y compris en investissement⁵. Leur définition précise n'est pas donnée par la circulaire d'accompagnement.

Au niveau régional, la sélection se fait sur appel à projets.

3. Problématiques identifiées

- ◆ **Ecart entre pilotage existant et pilotage par la performance :**

A partir du moment où les opérations sont individuellement décidées par l'administration centrale, il ne peut pas exister de pilotage par la performance.

³ Circulaire n° DHOS/F2/2007/438 du 12 décembre 2007 (§ 13).

⁴ Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

⁵ La programmation de la première tranche « est répartie entre les régions sur la base du critère populationnel dynamique (horizon 2020), en tenant compte d'une part des coefficients géographiques et d'autre part d'un coefficient d'insularité pour les DOM et la Corse ».

Annexe 5

Ceci ne signifie pas que l'administration centrale n'essaye pas d'introduire des critères d'efficacité dans sa gestion (cf. sur ce point l'évolution de la procédure d'instruction entre les plans Hôpitaux 2007 et 2012), ni qu'elle ne se promet de faire un bilan comparatif de la situation financière des établissements avant et après l'investissement. Cependant, le bilan CLACT qui est le seul qui ait été remis à la mission est purement descriptif, sans évaluation réelle, ni propositions d'évolution.

L'articulation avec les aides à la contractualisation, désormais limitées à cinq ou six ans, qui viennent atténuer les charges d'amortissement des emprunts des établissements, n'est pas claire. La mission constate que ces aides à l'exploitation sont plus importantes en montant que les subventions directes (8 M€ annuels contre 5 M€ pour la première tranche du plan Hôpital 2012), beaucoup plus dangereuses pour l'évolution de l'ONDAM, s'agissant d'engagements pluriannuels non résiliables, et pourtant totalement laissées à la main des ARH/ARS. Ceci paraît pour le moins contradictoire.

◆ **Capacité d'évaluation des résultats des opérations financées**

Il n'y a pas à proprement parler d'évaluation interne, si la mission s'en tient aux éléments qu'elle a reçus. Il est toutefois probable qu'il en existe une informelle, au moins à travers les conséquences subies des investissements antérieurs, puisque la nouvelle procédure d'instruction d'Hôpital 2012 vise à éviter les erreurs du plan 2007 : surdimensionnement (ex. : Macon) ou dégradation de la situation financière des établissements de santé.

La mission n'a pas reçu de rapports d'évaluation externe sur le FMESPP⁶.

◆ **Capacité à redéployer les financements lorsque les résultats ne sont pas considérés comme satisfaisants**

Les actions financées par le FMESPP sont ponctuelles et se prêtent difficilement au redéploiement. En effet, soit il s'agit d'investissement et il n'y a pas d'éléments nouveaux à attendre pour son évaluation (hors dépassement de délais et de coûts) avant la mise en service ; soit il s'agit d'opérations contractualisées (aides individuelles et collectives à la restructuration), donc non résiliables ; soit de projets annuels.

Il pourrait être fait une évaluation a posteriori de la politique suivie, mais ceci supposerait que l'administration centrale s'évalue elle-même ou se fasse évaluer par des cabinets d'audit externe qu'elle choisirait et financerait, ce qui ne serait pas forcément probant.

Par ailleurs, dans le cas du FMESPP, les financeurs (les régimes d'assurance maladie) ne sont pas associés à la prise de décision, alors qu'ils en subiront les effets, soit directement si ceci aboutit à développer l'offre de soins tarifée au-delà du nécessaire ; soit indirectement, s'ils doivent financer ultérieurement des mesures de restructuration. Il est paradoxal que la tenue de comptes ait été confiée à la Caisse des dépôts, plutôt qu'à l'assurance maladie.

Le FMESPP est donc utilisée entièrement à la discrétion de l'administration centrale, sans autres contrepouvoirs que les interventions des élus qui sont nombreuses dans le domaine de la santé.

⁶ Le rapport sur la situation financière du FMESPP n° 2008-M-071-02 de novembre 2008 ne portait pas sur l'évaluation des opérations financées.

Annexe 5

DGOS/R1

Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés
Montants alloués au fonds et notifiés aux Agences régionales de l'hospitalisation

ANNEXE 1

		données 2007 à 2010		2007	2008	2009	2010
				réalisé	réalisé	réalisé	prévisionnel
Abondement versé par la LFSS		montants annuels		376 000 000	201 000 000	260 000 000	264 000 000
		montants cumulés		2 424 368 427	2 625 368 427	2 885 368 427	3 149 368 427
		Textes		Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006	Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007	Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008	Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009
REPARTITION THEMATIQUE DES CREDITS OUVERTS	RESSOURCES HUMAINES	AIDES INDIVIDUELLES		9 450 245	15 600 000	33 575 291	45 000 000
		AIDES COLLECTIVES	CLACT	40 000 000	0	0	10 000 000
			Promotion professionnelle	30 000 000	30 000 000	0	0
			Tutorat (santé mentale)	25 100 000	25 000 000	0	0
		Total volet "ressources humaines"		104 550 245	70 600 000	33 575 291	55 000 000
	INVESTISSEMENT	Plan hôpital 2012 - aides en capital			70 000 000	90 000 000	168 000 000
		Plan de Relance Sécurisation Psy				70 000 000	0
		Plan hôpital 2007 - aides en capital		98 000 000			
		Autres opérations d'investissement		99 217 000	100 870 000	63 774 000	88 294 808
		Total volet "investissement"		197 217 000	170 870 000	223 774 000	256 294 808
	Autres actions de modernisation et de restructuration	missions		40 550 000	38 460 000	38 460 000	2 650 000
		Soutien établissements privés		4 962 000	5 000 000	0	0
		SI SAMU SMUR		7 980 000	9 400 000	12 000 000	13 390 000
		Appui restructurations		20 000 000	0	10 000 000	5 000 000
		PMSI -Psychiatrie		12 530 000	12 000 000	0	0
Intéressement accords bonne pratique		0	0	1 706 000	3 000 000		
Autres actions de modernisation		0	3 000 000	0	2 300 000		
Total actions de modernisation		45 472 000	29 400 000	23 706 000	23 690 000		
Total tous volets							
		montants annuels		387 789 245	309 330 000	319 515 291	337 634 808
		montants cumulés		2 182 888 328	2 492 218 328	2 811 733 619	3 149 368 427
solde dotation/dépenses							
		montants annuels		-11 789 245	-108 330 000	-59 515 291	-73 634 808
		montants cumulés		241 480 099	133 150 099	73 634 808	0

tableau 2007-2010