

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

BUDGET GÉNÉRAL
MISSION MINISTÉRIELLE
PROJETS ANNUELS DE PERFORMANCES
ANNEXE AU PROJET DE LOI DE FINANCES POUR

2022

PROTECTION MALADIE



PROGRAMME 183

PROTECTION MALADIE

MINISTRE CONCERNÉ : OLIVIER VERAN, MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE DU PROJET ANNUEL DE PERFORMANCES

Franck Von Lennep

Directeur de la sécurité sociale

Responsable du programme n° 183 : Protection maladie

Les deux actions qui composent le programme « Protection maladie » visent à assurer, en complément des politiques de sécurité sociale, un effort de la solidarité nationale en faveur de l'accès aux soins des publics les plus défavorisés et de l'indemnisation des victimes de l'amiante. Qu'il s'agisse de garantir l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière ou de procéder à la juste indemnisation des victimes de l'amiante, les dispositifs existants jouent un rôle central dans la santé des personnes les plus fragiles.

L'aide médicale de l'État (AME) « de droit commun » assure la prise en charge des frais de santé des personnes étrangères démunies ne pouvant accéder à la protection universelle maladie, car n'en remplissant pas les conditions de régularité du séjour. Elle participe pleinement des politiques de santé et de solidarité, avec un triple objectif humanitaire, sanitaire et de maîtrise des dépenses publiques. Elle protège ainsi les personnes concernées en leur permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs malgré leur situation de grande précarité. Elle joue en outre un rôle prépondérant en matière de santé publique, en évitant la propagation des affections contagieuses non soignées. Enfin, elle favorise la prise en charge en amont du développement ou de l'aggravation des pathologies, qui seraient plus coûteuses pour la collectivité si elles étaient soignées plus tard et notamment en établissement hospitalier.

Le dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante garantit l'équité de traitement entre les victimes des conséquences de l'exposition à ce matériau. Elles peuvent ainsi obtenir réparation de leurs préjudices dans un délai rapide et selon une procédure simplifiée.

Cette politique est menée en étroite collaboration avec les différents partenaires en charge des deux dispositifs rattachés au programme « Protection maladie ». La gestion de l'AME est déléguée à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). L'indemnisation des victimes de l'amiante est assurée par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Pour mesurer les efforts accomplis, les indicateurs de performance sont axés autour de deux objectifs : assurer la délivrance de l'AME dans des conditions appropriées de délais et de contrôles et réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA.

RÉCAPITULATION DES OBJECTIFS ET DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

| | |
|-------------------|---|
| OBJECTIF 1 | Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'Etat dans des conditions appropriées de délais et de contrôles |
| INDICATEUR 1.1 | Délai moyen d'instruction des demandes d'AME |
| INDICATEUR 1.2 | Pourcentage des dossiers d'aide médicale de l'Etat contrôlés |
| OBJECTIF 2 | Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA |
| INDICATEUR 2.1 | Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de six mois |
| INDICATEUR 2.2 | Pourcentage des offres payées dans le délai réglementaire de deux mois |

OBJECTIFS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

OBJECTIF

1 – Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'Etat dans des conditions appropriées de délais et de contrôles

Cet objectif vise à garantir l'accès aux soins des personnes éligibles à l'AME dans des délais raisonnables afin d'éviter une éventuelle dégradation de leur état de santé ou des refus de soins. Il vise également à assurer une bonne gestion du dispositif en promouvant la mise en place de contrôles approfondis pour éviter les fraudes.

INDICATEUR

1.1 – Délai moyen d'instruction des demandes d'AME

(du point de vue de l'usager)

| | Unité | 2019 Réalisation | 2020 Réalisation | 2021 Prévision PAP 2021 | 2021 Prévision actualisée | 2022 Prévision | 2023 Cible |
|--|-------|---------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------|
| Délai moyen d'instruction des dossiers | jours | 24 | 30 | 28 | 28 | 24 | 20 |

Précisions méthodologiques

Source des données : Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

Mode de calcul : Moyenne des délais enregistrés dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) instruisant les demandes d'AME, pondérée par le volume d'attestations de droits délivrées. Le délai moyen d'instruction des dossiers correspond à celui qui s'écoule entre la date de réception du dossier complet par la CPAM ou la CGSS et la date de notification par courrier de la décision d'attribution ou de refus.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Le délai d'instruction des demandes d'AME s'est allongé à 30 jours en 2020, en raison des mouvements sociaux intervenus à la fin de l'année 2019 et au début de l'année 2020. Cette situation se justifie également par la mise en place de la centralisation d'instruction des demandes d'AME, qui a entraîné des retards initiaux, puis par la mise en œuvre des plans de continuité d'activité pendant la crise sanitaire.

A compter de 2021, le délai d'instruction se réduit mais de façon progressive compte tenu de la mise en place du nouveau contrôle relatif au dépôt physique des primo-demandes d'AME. Le délai attendu pour l'année 2021 est de 28 jours et la cible est fixée à 24 jours pour l'année 2022 puis à 20 jours à horizon 2023.

S'agissant de l'instruction des demandes en Outre-Mer, pour la CGSS de Guyane, dont le territoire concentre 90 % des bénéficiaires de l'AME en Outre-mer, le délai de traitement des dossiers s'établit à 51 jours au second trimestre 2021 alors qu'il était de 36 jours au second trimestre 2020. Cet allongement du délai d'instruction des dossiers AME témoigne des difficultés liées à la gestion de la crise sanitaire, qui a été particulièrement marquée dans la région.

INDICATEUR

1.2 – Pourcentage des dossiers d'aide médicale de l'Etat contrôlés

(du point de vue du contribuable)

| | Unité | 2019 Réalisation | 2020 Réalisation | 2021 Prévision PAP 2021 | 2021 Prévision actualisée | 2022 Prévision | 2023 Cible |
|--|-------|---------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------|
| Pourcentage des dossiers d'AME contrôlés | % | 11,4 | 13 | 12 | 12 | 13 | 14 |

Précisions méthodologiques

Source des données : Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

Mode de calcul : L'indicateur mesure le pourcentage de dossiers de demande d'AME attribués et renouvelés ayant fait l'objet d'un contrôle aléatoire approfondi par l'agent comptable (justification de l'identité, des ressources déclarées, de la stabilité et de la régularité de la résidence), rapporté au nombre total de dossiers de demande d'AME attribués et renouvelés. Les taux de contrôle par l'agent comptable indiqués par les CPAM et CGSS sont agrégés par la CNAM pour obtenir le taux moyen national.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Le dispositif de l'aide médicale de l'Etat (AME) est attribué sous triple condition d'identité, de résidence stable et en situation irrégulière depuis plus de trois mois en France et de ressources. Son attribution fait l'objet de contrôles renforcés, notamment lors de l'instruction des demandes.

Ainsi, les services de l'agent comptable de la CNAM effectuent des contrôles sur un échantillon représentatif des dossiers de demandes d'AME, selon un plan de contrôle visant à vérifier tant la procédure d'instruction que le contenu du dossier (justification de l'identité, de la résidence et des ressources). Cet indicateur mesure la part de dossiers d'AME contrôlés par les services de l'agent comptable.

Centralisés au sein des caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny, Marseille et Poitiers, les contrôles sont systématiquement menés a priori afin de limiter le risque d'indus. En 2020, le taux de dossiers contrôlés par les services de l'agent comptable s'établit à 13 %, soit 23 253 dossiers. Parmi eux, 312 ont présenté une anomalie menant à un rejet du dossier, soit 1,34 % des dossiers contrôlés. Le nombre de dossiers contrôlés est resté stable mais le nombre total de dossiers instruits a diminué, ce qui explique l'augmentation du taux entre 2019 et 2020 et le dépassement de la cible fixée à 12 % en 2020.

Afin de fiabiliser et conforter les résultats obtenus en 2020, et prendre en compte les nouveaux contrôles relatifs à la vérification de la présence physique du demandeur lors de sa première demande d'AME, le taux de dossiers contrôlés en 2021 est maintenu à 12 %. La cible est fixée à 13 % pour l'année 2022 puis à 14 % pour l'année 2023.

OBJECTIF

2 – Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA

Cet objectif vise à assurer et garantir le traitement des demandes d'indemnisation des victimes de l'amiante dans le respect du délai légal de présentation des offres d'indemnisation (6 mois) et du délai réglementaire de paiement des offres acceptées (2 mois). L'indicateur 2.1 se concentre sur les victimes de pathologies graves (cancers broncho-pulmonaires, mésothéliomes et pathologies conduisant fréquemment au décès), prioritaires dans le cadre de la politique d'indemnisation du Fonds, alors que la structure de la demande fait apparaître une proportion de plus en plus importante de pathologies graves par rapport aux pathologies bénignes. Dans un objectif d'harmonisation avec l'indicateur de délai de présentation des offres 2.1, l'indicateur 2.2 se concentre désormais sur les délais de paiement des offres acceptées par les victimes des seules pathologies graves, le sous-indicateur relatif au délai de paiement des offres pour les pathologies bénignes étant supprimé. Par ailleurs, les délais de paiement sont assez peu sensibles au type de pathologies et les chiffres des deux anciens sous-indicateurs révélaient des résultats extrêmement proches.

INDICATEUR

2.1 – Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de six mois

(du point de vue de l'utilisateur)

| | Unité | 2019 Réalisation | 2020 Réalisation | 2021 Prévision PAP 2021 | 2021 Prévision actualisée | 2022 Prévision | 2023 Cible |
|---|-------|---------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------|
| Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de 6 mois | % | 77 | 68 | 75 | 75 | 80 | 80 |

Précisions méthodologiques

Source des données : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Mode de calcul : suivi mensuel de l'évolution des délais moyens des offres d'indemnisation en mois.

Les offres « présentées » correspondent aux demandes transmises au FIVA, traitées par le juriste responsable du dossier, validées en pré-visa par l'agence comptable et envoyées à la victime.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Si le délai légal de 6 mois porte sur l'ensemble des dossiers, le présent indicateur se concentre sur les victimes de pathologies lourdes, en cohérence avec la priorité fixée dans les contrats d'objectifs et de performance successifs.

Les mesures mises en place depuis 2012 (dématérialisation des documents et circuit allégé) ont permis au Fonds de continuer à améliorer de façon significative ses délais de traitement avec un taux de respect du délai passé de 64 % en 2013 à 77 % en 2019. L'année 2020 a été marquée par la crise sanitaire où cet indicateur est retombé à 68%. La situation sanitaire, notamment les périodes de confinement, a fortement perturbé l'enregistrement des formulaires d'indemnisation et la production des offres. Si le déploiement du télétravail a permis au FIVA d'assurer la continuité de sa mission de réparation intégrale des préjudices subis par les victimes de l'amiante, il n'a pu conserver le niveau de productivité des années précédentes, une partie du processus indemnisation nécessitant la présence sur site.

En 2021, le délai légal continue d'être très majoritairement respecté puisque le délai de décision pour les pathologies graves s'est amélioré à 5 mois en moyenne sur les huit premiers mois de l'année (contre 5 mois et 2 semaines en 2020), et cela malgré le contexte sanitaire qui demeure une contrainte pour l'activité du FIVA en 2021. La prévision de réalisation de cet indicateur pour 2021, soit 75%, est donc maintenue par rapport à la précédente prévision compte tenu de l'amélioration des délais constatée.

Toutefois, plusieurs facteurs exogènes contribuent à limiter l'amélioration à long terme de cet indicateur, au-delà de la complexité médicale ou administrative que présentent, par construction, certaines demandes de victimes de pathologies lourdes :

- les délais de traitement du groupe d'experts Mésopath pour les mésothéliomes non reconnus en maladie professionnelle (MP) ;
- les délais inhérents à la reconnaissance en maladie professionnelle des victimes par les organismes de sécurité sociale (OSS). En effet, lorsque cela est nécessaire, le FIVA réalise d'abord une offre partielle pour les préjudices extrapatrimoniaux, l'incapacité fonctionnelle étant indemnisée dans un second temps, par une offre complémentaire, après réception de la reconnaissance en maladie professionnelle de l'OSS et de la notification d'attribution de rente. Hors offres complémentaires, la proportion des décisions présentées dans le délai légal a atteint 87 % au cours du premier semestre 2021. Ainsi, sans ce facteur exogène, la cible aurait été atteinte.

INDICATEUR**2.2 – Pourcentage des offres payées dans le délai réglementaire de deux mois**

(du point de vue de l'utilisateur)

| | Unité | 2019 Réalisation | 2020 Réalisation | 2021 Prévision PAP 2021 | 2021 Prévision actualisée | 2022 Prévision | 2023 Cible |
|---|-------|---------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------|
| Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies graves dans le délai réglementaire de deux mois | % | 96 | 93 | 90 | 95 | 95 | 95 |

Précisions méthodologiques

Sources des données : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Mode de calcul : suivi mensuel de l'évolution des délais de paiement en mois.

Les offres « payées » correspondent aux offres acceptées par le demandeur, validées par l'agence comptable et versées à la victime.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Les mesures mises en place depuis 2012 (dématérialisation des documents et circuit allégé) ont permis au fonds de continuer à améliorer de façon significative ses délais de traitement avec des taux de respect des délais qui sont passés de 81 % en 2013 à 96 % en 2019. En 2020, compte tenu du contexte sanitaire lié au Covid, le taux s'est peu dégradé pour s'établir à 93 % grâce à l'évolution du logiciel métier SICOF et la mise en place d'un processus entièrement numérique de prise en charge des quittances.

En 2021, le délai réglementaire continue d'être respecté avec un délai moyen pour les victimes de trois semaines au cours des huit premiers mois de l'année. La prévision de réalisation de l'indicateur est estimée à 95 %, dépassant la prévision initiale.

Au-delà, il demeure toujours un aléa correspondant aux cas où l'absence de pièces nécessaires au paiement par l'agence comptable requiert des relances pouvant entraîner le non-respect du délai réglementaire.

PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

2022 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS DEMANDÉS

2022 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

| Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action | Titre 6 Dépenses d'intervention | FdC et AdP attendus en 2022 |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 02 – Aide médicale de l'Etat | 1 079 000 000 | 0 |
| 03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante | 8 000 000 | 0 |
| Total | 1 087 000 000 | 0 |

2022 / CRÉDITS DE PAIEMENT

| Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action | Titre 6 Dépenses d'intervention | FdC et AdP attendus en 2022 |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 02 – Aide médicale de l'Etat | 1 079 000 000 | 0 |
| 03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante | 8 000 000 | 0 |
| Total | 1 087 000 000 | 0 |

2021 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS VOTÉS (LOI DE FINANCES INITIALE)

2021 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

| Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action | Titre 6 Dépenses d'intervention | FdC et AdP prévus en 2021 |
|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 02 – Aide médicale de l'Etat | 1 056 890 000 | 0 |
| 03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante | 8 000 000 | 0 |
| Total | 1 064 890 000 | 0 |

2021 / CRÉDITS DE PAIEMENT

| Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action | Titre 6 Dépenses d'intervention | FdC et AdP prévus en 2021 |
|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 02 – Aide médicale de l'Etat | 1 056 890 000 | 0 |
| 03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante | 8 000 000 | 0 |
| Total | 1 064 890 000 | 0 |

Protection maladie

Programme n° 183 | PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE

| Titre ou catégorie | Autorisations d'engagement | | | Crédits de paiement | | |
|-----------------------------------|----------------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------------|
| | Ouvertes en LFI pour 2021 | Demandées pour 2022 | FdC et AdP attendus en 2022 | Ouverts en LFI pour 2021 | Demandés pour 2022 | FdC et AdP attendus en 2022 |
| Titre 6 – Dépenses d'intervention | 1 064 890 000 | 1 087 000 000 | 0 | 1 064 890 000 | 1 087 000 000 | 0 |
| Transferts aux ménages | 1 064 890 000 | 1 087 000 000 | 0 | 1 064 890 000 | 1 087 000 000 | 0 |
| Total | 1 064 890 000 | 1 087 000 000 | 0 | 1 064 890 000 | 1 087 000 000 | 0 |

ÉVALUATION DES DÉPENSES FISCALES

Avertissement

Le niveau de fiabilité des chiffrages de dépenses fiscales dépend de la disponibilité des données nécessaires à la reconstitution de l'impôt qui serait dû en l'absence des dépenses fiscales considérées. Par ailleurs, les chiffrages des dépenses fiscales ne peuvent intégrer ni les modifications des comportements fiscaux des contribuables qu'elles induisent, ni les interactions entre dépenses fiscales.

Les chiffrages présentés pour 2022 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2022. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2022 est, pour sa part, présenté dans les tomes I et II de l'annexe « Évaluation des Voies et Moyens ».

Les dépenses fiscales ont été associées à ce programme conformément aux finalités poursuivies par ce dernier.

« ε » : coût inférieur à 0,5 million d'euros ; « - » : dépense fiscale supprimée ou non encore créée ; « nc » : non chiffrable.

Le « Coût total des dépenses fiscales » constitue une somme de dépenses fiscales dont les niveaux de fiabilité peuvent ne pas être identiques (cf. caractéristique « Fiabilité » indiquée pour chaque dépense fiscale). Il ne prend pas en compte les dispositifs inférieurs à 0,5 million d'euros (« ε »). Par ailleurs, afin d'assurer une comparabilité d'une année sur l'autre, lorsqu'une dépense fiscale est non chiffrable (« nc ») en 2022, le montant pris en compte dans le total 2022 correspond au dernier chiffrage connu (montant 2021 ou 2020); si aucun montant n'est connu, la valeur nulle est retenue dans le total. La portée du total s'avère toutefois limitée en raison des interactions éventuelles entre dépenses fiscales. Il n'est donc indiqué qu'à titre d'ordre de grandeur et ne saurait être considéré comme une véritable sommation des dépenses fiscales du programme.

DÉPENSES FISCALES PRINCIPALES SUR IMPÔTS D'ÉTAT (3)

(en millions d'euros)

| Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale | | Chiffrage 2020 | Chiffrage 2021 | Chiffrage 2022 |
|--|--|----------------|----------------|----------------|
| 120117 | Exonération totale pour les prestations et rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et à hauteur de 50 % pour les indemnités temporaires Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2020 : (nombre non déterminé) Menages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 1927 - Dernière modification : 2009 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 81-8°</i> | 482 | 494 | 500 |
| 120133 | Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2020 : 17023 Menages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 2004 - Dernière modification : 2004 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 81-33° bis</i> | 5 | 7 | 7 |
| 520401 | Déduction de l'actif successoral des rentes ou indemnités versées ou dues en réparation de dommages corporels liés à un accident ou une maladie Mutations à titre gratuit <i>Bénéficiaires 2020 : (nombre non déterminé) Menages - Création : 1992 - Dernière modification : 2006 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 775 bis</i> | nc | nc | nc |
| Total | | 487 | 501 | 507 |

Protection maladie

Programme n° 183 | JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

ÉLÉMENTS TRANSVERSAUX AU PROGRAMME

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE DU PROGRAMME

| Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action | Autorisations d'engagement | | | Crédits de paiement | | |
|--|-------------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|
| | Titre 2 Dépenses de personnel | Autres titres | Total | Titre 2 Dépenses de personnel | Autres titres | Total |
| 02 – Aide médicale de l'Etat | 0 | 1 079 000 000 | 1 079 000 000 | 0 | 1 079 000 000 | 1 079 000 000 |
| 03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante | 0 | 8 000 000 | 8 000 000 | 0 | 8 000 000 | 8 000 000 |
| Total | 0 | 1 087 000 000 | 1 087 000 000 | 0 | 1 087 000 000 | 1 087 000 000 |

ÉVOLUTION DU PÉRIMÈTRE DU PROGRAMME

TRANSFERTS EN CRÉDITS

| | Prog Source / Cible | T2 Hors Cas pensions | T2 CAS pensions | Total T2 | AE Hors T2 | CP Hors T2 | Total AE | Total CP |
|--|---------------------------|----------------------------|-----------------------|----------|---------------|---------------|----------|----------|
| Transferts entrants | | | | | | | | |
| Transferts sortants | | | | | -500 000 | -500 000 | -500 000 | -500 000 |
| Transfert du financement de la prise en charge des EVASAN du Vanuatu | ► 151 | | | | -500 000 | -500 000 | -500 000 | -500 000 |

MESURES DE PÉRIMÈTRE

Le ministère des solidarités et de la santé (MSS) délègue jusqu'à présent au ministère des affaires étrangères et de l'Europe (MEAE) les crédits selon le montant demandé pour le paiement des soins des personnes évacuées du Vanuatu vers un hôpital de Nouvelle-Calédonie. Dans la mesure où le MSS ne se prononce à aucun moment sur l'opportunité des transferts et n'est pas consulté quant à leur faisabilité financière, ce dispositif a été transféré au MEAE qui gèrera désormais directement l'enveloppe financière associée.

DÉPENSES PLURIANNUELLES

ÉCHÉANCIER DES CRÉDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2021

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2020 (RAP 2020) | Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2020 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2020 | AE (LFI + LFRs) 2021 + reports 2020 vers 2021 + prévision de FdC et AdP | CP (LFI + LFRs) 2021 + reports 2020 vers 2021 + prévision de FdC et AdP | Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2021 |
| 0 | 0 | 1 057 991 477 | 1 057 991 477 | 0 |

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

| AE | CP 2022 | CP 2023 | CP 2024 | CP au-delà de 2024 |
|---|--|--|--|---|
| Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2021 | CP demandés sur AE antérieures à 2022 CP PLF CP FdC et AdP | Estimation des CP 2023 sur AE antérieures à 2022 | Estimation des CP 2024 sur AE antérieures à 2022 | Estimation des CP au-delà de 2024 sur AE antérieures à 2022 |
| 0 | 0 0 | 0 | 0 | 0 |
| AE nouvelles pour 2022 AE PLF AE FdC et AdP | CP demandés sur AE nouvelles en 2022 CP PLF CP FdC et AdP | Estimation des CP 2023 sur AE nouvelles en 2022 | Estimation des CP 2024 sur AE nouvelles en 2022 | Estimation des CP au-delà de 2024 sur AE nouvelles en 2022 |
| 1 087 000 000 0 | 1 087 000 000 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totaux | 1 087 000 000 | 0 | 0 | 0 |

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENT SUR AE 2022

| | | | |
|---|--|--|---|
| CP 2022 demandés sur AE nouvelles en 2022 / AE 2022 | CP 2023 sur AE nouvelles en 2022 / AE 2022 | CP 2024 sur AE nouvelles en 2022 / AE 2022 | CP au-delà de 2024 sur AE nouvelles en 2022 / AE 2022 |
| 100,00 % | 0,00 % | 0,00 % | 0,00 % |

JUSTIFICATION PAR ACTION

ACTION 99,3 %**02 – Aide médicale de l'Etat**

| | Titre 2 | Hors titre 2 | Total | FdC et AdP attendus |
|----------------------------|---------|---------------|----------------------|---------------------|
| Autorisations d'engagement | 0 | 1 079 000 000 | 1 079 000 000 | 0 |
| Crédits de paiement | 0 | 1 079 000 000 | 1 079 000 000 | 0 |

L'action recouvre plusieurs dispositifs :

- En premier lieu, l'**aide médicale de l'État (AME) de droit commun**, prévue aux trois premiers alinéas de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). L'AME de droit commun a été instaurée le 1er janvier 2000 pour assurer la protection de la santé des personnes étrangères démunies, vivant en France en situation irrégulière vis-à-vis du droit au séjour, et ne pouvant donc être prises en charge par la protection universelle maladie. Elle participe pleinement des politiques de santé et de solidarité avec un triple objectif : humanitaire, sanitaire et économique. Tout d'abord, elle protège les personnes concernées en leur permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs. Ensuite, elle joue un rôle important en matière de santé publique, en évitant que des affections contagieuses non soignées ne s'étendent dans la population. Enfin, elle permet de maîtriser les dépenses publiques en facilitant la prise en charge des soins en amont et en évitant ainsi les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. En 2021, ce dispositif représente 93 % de la dépense totale d'AME financièrement à la charge de l'État. Il est géré par le régime général l'assurance maladie ;
- En second lieu, la prise en charge des « **soins urgents** », dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé (art. L. 254-1 du CASF). Ils sont dispensés par les hôpitaux aux patients étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent bénéficier de l'AME, faute notamment de remplir la condition de séjour irrégulier de 3 mois en France, et aux demandeurs d'asile majeurs pendant le délai de carence de 3 mois avant leur accès à la protection universelle maladie. Ces soins sont réglés aux établissements de santé par l'assurance maladie et font l'objet d'une prise en charge forfaitaire par l'État ;
- En troisième lieu, d'**autres dispositifs** d'ampleur beaucoup plus limitée :
 - l'AME dite « **humanitaire** » (4ème alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) recouvre les prises en charge ponctuelles de soins hospitaliers en France de personnes françaises ou étrangères qui ne résident pas sur le territoire, sur décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale. Cette AME « **humanitaire** » n'a pas le caractère d'un droit pour lesdites personnes. Elle permet à des Français ou ressortissants étrangers présents sur le territoire, possédant de faibles revenus, de régler une dette hospitalière. Ce dispositif représente chaque année moins d'une centaine de prises en charge.
 - l'aide médicale pour les personnes gardées à vue (5ème alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) : l'aide ne finance que la prise en charge des médicaments (dans le cas où la personne gardée à vue n'a pas à sa disposition l'argent nécessaire à leur achat) et les actes infirmiers prescrits (décret n°2009-1026 du 25 août 2009 relatif à la pris en charge par l'AME des frais pharmaceutiques et de soins infirmiers nécessaires aux personnes placées en garde à vue). Les honoraires de médecins appelés dans le cadre des gardes à vue sont financés quant à eux par le budget du ministère de la justice au titre de la médecine légale. Est également financée l'aide médicale fournie aux personnes placées en rétention administrative, pour les soins prodigués à l'extérieur des lieux de rétention (les autres soins donnant lieu à des conventions entre les préfetures et les établissements de santé).

Ces deux derniers dispositifs donnent lieu à des délégations de crédits aux directions départementales chargées de la cohésion sociale, pour paiement des dépenses de soins directement aux professionnels et établissements de santé.

Le financement de la prise en charge des évacuations sanitaires du Vanuatu a été transféré au Ministère chargé des affaires étrangères.

Acteurs du dispositif

Depuis le 1er janvier 2018, la direction de la sécurité sociale (DSS) est le seul gestionnaire administratif des dispositifs de l'action « Aide médicale de l'État ». Elle en assure le pilotage stratégique, sa mise en œuvre législative et réglementaire ainsi que son suivi financier et budgétaire.

La gestion et la mise en œuvre des dispositifs de l'AME de droit commun et des soins urgents impliquent :

- la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) : elle coordonne la mise en œuvre du dispositif pour le compte de l'État et établit les statistiques nationales ;
- les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) : elles sont chargées de l'admission des bénéficiaires via l'instruction des demandes, de la remise des titres AME, de la prise en charge des prestations et de la mise en œuvre des contrôles ;
- l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : elle est en charge de la valorisation des séjours et séances dispensés dans les établissements publics hospitaliers de médecine-chirurgie-obstétrique et établit les statistiques nationales afférentes ;
- les établissements et professionnels de santé, les officines, les laboratoires, les transports sanitaires... : ils dispensent les soins aux bénéficiaires des dispositifs et facturent les frais aux caisses d'assurance maladie ;
- les services sanitaires et sociaux départementaux, les centres communaux d'action sociale, les associations : ils peuvent accompagner les demandeurs dans la constitution de leur dossier et le transmettre aux caisses d'assurance maladie pour le renouvellement des demandes d'AME.

Concernant les autres dispositifs :

- la DSS est chargée de l'instruction des demandes d'AME « humanitaire ». Elle délègue les crédits aux directions départementales de la cohésion sociale ;
- les directions départementales chargées de la cohésion sociale transmettent les demandes et financent les professionnels de santé et les établissements de santé ; elles reçoivent et payent les factures transmises par les lieux de rétention et commissariats ou gendarmeries.
- les autres acteurs sont les établissements et les professionnels de santé.

Bénéficiaires et dépenses de l'AME de droit commun

Les bénéficiaires de l'AME de droit commun s'élèvent à 382 899 au 31 décembre 2020, dont 43 154 en outre-mer. La population des bénéficiaires de l'AME est plutôt jeune : 70% ont moins de 40 ans, parmi lesquels 24 % sont des mineurs. Les femmes représentent 46 % de l'effectif total. Les consommateurs, c'est-à-dire le nombre de bénéficiaires qui ont bénéficié d'au moins un remboursement au cours d'un trimestre donné, représentent 249 226 personnes au 31 décembre 2020.

La consommation de soins des bénéficiaires de l'AME a été affectée par la crise sanitaire : le nombre de consommateurs a diminué de 16 % au deuxième trimestre 2020 par rapport à la même période en 2019. La dépense trimestrielle moyenne par bénéficiaire a diminué de 15 % en 2020 en raison de la hausse des effectifs de bénéficiaires (+12 % en 2020) et de la baisse des dépenses (-5,5 % en 2020). Cependant, il n'est pas possible d'attribuer ces évolutions à la crise sanitaire seule car de nombreuses mesures ont également affecté les dépenses d'AME en 2020 (maintien de droit, etc.).

L'AME permet la prise en charge en tiers payant des frais de santé de ces personnes démunies et vulnérables, en vertu du devoir de solidarité nationale de l'État envers les personnes les plus précaires et dans l'intérêt de la santé publique en évitant la propagation des pathologies. Sont ainsi soignées à l'hôpital des pathologies relevant de l'hépatogastro entérologie, pneumologie, neurologie médicale, diabète, maladie métaboliques, endocrinologie, ainsi que des affections cardio-vasculaires pour près de la moitié des séjours en médecine. En 2018, l'obstétrique représentait 27 % des séjours hospitaliers et la chirurgie 18 %. Quant aux consultations, 54 % concernent la dialyse, 28 % la chimiothérapie et 16 % la radiothérapie.

Protection maladie

Programme n° 183 | JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

En offrant également à ses bénéficiaires un accès aux soins de ville, l'AME permet la prise en charge en amont des pathologies, et évite ainsi les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. Les prestations de ville constituent ainsi 32 % des dépenses en 2020, parmi lesquelles les honoraires des médecins généralistes et spécialistes, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux représentent 39 % des dépenses et les médicaments et dispositifs médicaux 37 %.

Sur 106 CPAM ou CGSS, dix seulement concentrent 65 % de la dépense : la CPAM de Paris concentre 20 % de la dépense d'AME totale (France entière), les autres caisses d'Île-de-France représentent 30 % de la dépense totale, celle de Cayenne 8 % et celle de Marseille 6 %.

Évolution du nombre d'usagers concernés par l'AME (pour la France entière)

| | Nombre de bénéficiaires de l'AME |
|---------------|----------------------------------|
| Au 31/12/2003 | 180 415 |
| Au 31/12/2004 | 154 971 |
| Au 31/12/2005 | 189 284 |
| Au 31/12/2006 | 202 396 |
| Au 31/12/2007 | 194 615 |
| Au 31/12/2008 | 202 503 |
| Au 31/12/2009 | 215 763 |
| Au 31/12/2010 | 228 036 |
| Au 31/12/2011 | 208 974 |
| Au 31/12/2012 | 252 437 |
| Au 31/12/2013 | 282 425 |
| Au 31/12/2014 | 294 298 |
| Au 31/12/2015 | 316 314 |
| Au 31/12/2016 | 311 310 |
| Au 31/12/2017 | 315 835 |
| Au 31/12/2018 | 318 106 |
| Au 31/12/2019 | 334 546 |
| Au 31/12/2020 | 382 899 |

Prises en charge au titre des « soins urgents »

En poursuivant les mêmes objectifs de solidarité nationale et de santé publique que l'AME, le dispositif des « soins urgents » permet la prise en charge ponctuelle des frais hospitaliers de personnes en situation irrégulière, qui ne peuvent bénéficier de l'AME notamment parce qu'elles n'en remplissent pas la condition de séjour irrégulier de trois mois, et des demandeurs d'asile majeurs pendant le délai de carence de 3 mois avant leur accès à la protection universelle maladie.

Ces dépenses n'étant pas rattachées à des individus puisque ceux-ci, par définition, ne sont pas affiliés à un dispositif de prise en charge des frais de santé, il n'est pas possible de dénombrer précisément le nombre de personnes bénéficiant de ces soins. Toutefois, cette donnée peut être approchée par le biais du nombre d'hospitalisations au titre des « soins urgents » sur le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique : 7 711 séjours et 2 621 séances étaient prises en charge en 2018 dans 258 établissements publics de santé (hors Mayotte). Près des deux tiers des personnes hospitalisées avaient moins de 40 ans. Plus de la moitié de ces séjours concerne le champ de la médecine (dont 28 % en pneumologie et hépato-gastro-entérologie) et près du tiers sont des séjours obstétricaux. Les séjours sévères représentent 43 % des séjours et trois quarts du volume économique (valorisation des séjours selon les tarifs nationaux des GHS depuis mars 2018).

Actions conduites pour améliorer le pilotage et la mise en œuvre des dispositifs AME et soins urgents

Le principal déterminant des dépenses d'AME et de « soins urgents » est le nombre de bénéficiaires, qui est notamment lié à l'évolution des flux migratoires, paramètre par nature difficilement maîtrisable par le responsable du programme. Ces dépenses varient également en fonction de la nature des soins consommés et les tarifs qui y sont associés.

Des réformes visant à une plus grande efficacité et une plus grande maîtrise des dépenses ont néanmoins été menées (cf. tableau ci-après), notamment sur la base des conclusions des missions d'audit menées par les services de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des finances (IGF) en 2007 2010 et 2019. La principale mesure d'économie a été l'alignement de la tarification des séjours hospitaliers pour les soins somatiques des patients AME et « soins urgents » sur celle des assurés sociaux, permettant de réaliser entre 82 et 191 millions d'euros d'économies par an sur le champ de l'AME.

| Entrée en vigueur | Mesure | Rendement annuel |
|--|---|---|
| 2012 (nouvelle tarification et compensation) 2014 (coefficient ramené à 15%) 2015 (coefficient annulé) | <p>Réforme de la tarification des séjours hospitaliers sur le champ médecine chirurgie obstétrique (MCO) :</p> <p>Alors que les séjours des patients AME étaient facturés en fonction du tarif journalier de prestation (TJP) propre à chaque hôpital, généralement plus élevé que les tarifs issus de la tarification à l'activité, la tarification des séjours « AME » est désormais alignée sur celle de droit commun, fondée à 80 % sur la base des tarifs nationaux et à 20 % sur la base TJP.</p> <p>Une compensation a été instaurée afin d'atténuer la perte de recettes des hôpitaux par le biais d'un coefficient de majoration de 32% appliqués aux tarifs, qui a ensuite été ramené à 15% au 1er janvier 2014 puis annulé au 1er janvier 2015.</p> <p>Une part des crédits issus de la mission d'intérêt général « Précarité » a également été allouée aux établissements de santé prenant en charge de nombreux patients AME.</p> | <p>Tous effets confondus, les bénéfices de la réforme sont estimés pour chaque année à :</p> <p>- 2012 : 82 M€ en année pleine - 2013 : 92 M€ - 2014 : 123 M€ - 2015 : 165 M€ - 2016 : 178 M€ - 2017 : 187 M€ - 2018 : 191 M€</p> |
| 2015 | Médicaments : les médicaments à faible service médical rendu (médicaments remboursés à 15 %) ne sont plus pris en charge | Economie de 4,2 M€ en 2015 et 5 M€ les exercices suivants |
| 2015 | Délais de facturation : les délais de facturation des séjours des patients AME sont désormais alignés sur ceux de droit commun, soit un passage de 2 ans à 1 an. Cette réforme permet de renforcer le pilotage des dépenses d'AME puisque l'exercice auquel elles se rapportent est ainsi clairement identifié | Rendement de près d'1 M€ à échéance 2016 |

En 2019 et 2020, parallèlement aux actions menées en matière de lutte contre l'immigration irrégulière, le Gouvernement a mis en place des mesures pour accentuer les efforts sur la gestion des dispositifs, la régulation de leurs dépenses et renforcer les contrôles dans le cadre de programmes d'actions ambitieux.

Ainsi les projets de centralisation permettent de renforcer l'efficacité des dispositifs en dégageant des gains financiers résultant d'une gestion plus efficace. La centralisation de l'instruction des dossiers de demandes d'AME en métropole a été mise en œuvre progressivement au cours du dernier trimestre de l'année 2019, au sein des trois caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny et Marseille, puis finalisée au début de l'année 2021 avec la mobilisation de la caisse de Poitiers. Par ailleurs, la fabrication des cartes AME a été centralisée au niveau du pôle de Cergy.

Le traitement des factures AME de « soins urgents » a également fait l'objet d'une centralisation progressive depuis le 11 juin 2018. La caisse de Paris gère ainsi les factures des 8 caisses d'Ile-de-France, tandis que la caisse de Calais a pris en charge le traitement des factures des autres caisses de métropole et depuis 2021, des caisses des DOM.

Un renforcement significatif du plan de contrôle des dispositifs d'AME et de soins urgents est également mis en œuvre

Les dispositifs de l'AME et des « soins urgents » font déjà l'objet de contrôles renforcés par les agents en charge de l'instruction des demandes ou au guichet pour la remise de la carte AME. Les bénéficiaires de l'AME sont également

soumis à des contrôles *a priori* lors de l'attribution du droit et à des contrôles *a posteriori* afin de détecter d'éventuelles fraudes.

1. Le renforcement des contrôles à l'attribution du droit

Les contrôles à l'octroi du droit effectués par les services de l'agent comptable sont renforcés dans le cadre des projets de centralisation mis en œuvre dès 2018 pour les soins urgents et à la fin de l'année 2019 pour l'AME. Ainsi, le taux de dossiers d'AME contrôlés passe de 10 % à 12 % en cible. Ces contrôles sont en outre mis en œuvre systématiquement *a priori*, afin de réduire les montants des indus.

Les services de l'agent comptable contrôlent également les dépenses de « soins urgents ». La prise en charge de ces dépenses étant soumise à une demande préalable d'AME (qui doit être refusée par la caisse pour que l'hôpital puisse facturer les frais au titre du dispositif « soins urgents »), celles-ci font l'objet d'un double niveau de contrôle :

- au stade de l'instruction de la demande préalable d'AME (cf. supra) ;
- au stade de la liquidation de la facture de « soins urgents », lors de laquelle les services de l'agent comptable effectuent également un contrôle aléatoire et approfondi des dossiers, qui doivent comprendre la facture de l'établissement de santé ainsi que le refus de la demande d'AME par la caisse.

Ces contrôles sont également renforcés dans le cadre du projet de centralisation du traitement des factures de « soins urgents ». Les supervisions *a priori* de l'ordonnateur et les contrôles du directeur comptable et financier (à la fois *ex-ante* et *ex-post*) portent sur la vérification « administrative » de la conformité des paiements, tant sur l'absence de droits autres de la personne, la présence des pièces au dossier, l'absence de paiements multiples, que sur la vérification de l'annulation de la facture de l'hôpital pour les prises en charge aux soins urgents refusées. 10 % des dossiers sont ainsi contrôlés, aléatoirement ou après ciblage parmi les montants les plus importants.

2. Des contrôles mieux ciblés *a posteriori*, afin de lutter contre la fraude

Les bénéficiaires de l'AME sont intégrés dans les programmes nationaux de contrôle de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), dans le cadre de la lutte contre la fraude.

La Cnam met ainsi en œuvre des contrôles ciblés sur les consommations de soins présentant des montants élevés, des anomalies ou atypiques, afin de détecter des recours aux soins abusifs ou des utilisations frauduleuses de la carte Vitale ou AME. Des contrôles sont effectués en parallèle auprès des professionnels de santé pour déceler les fraudes lors des prescriptions ou facturations. Ces contrôles concernent l'ensemble des assurés dont les bénéficiaires de l'AME. À ce jour, il en découle des résultats globaux sans identification de la catégorie de droit des personnes contrôlées.

Un programme national de contrôle rénové est mis en œuvre depuis juin 2019 afin de vérifier la stabilité de la résidence des assurés et bénéficiaires de l'AME, sur la base de requêtes dans les bases de données détectant les multi-hébergeurs, d'échanges avec les consulats, de l'exploitation des signalements d'organismes externes (CAF, Pôle Emploi, DGFIP, consulats) et internes (via le Centre national des soins à l'étranger), afin de vérifier que les bénéficiaires résident irrégulièrement en France depuis au moins 3 mois à l'ouverture des droits, puis au moins six mois pendant l'année de versement des prestations.

Dans ce contexte, en 2020, les contrôles sur la légitimité du droit ont permis de détecter des fraudes dont le préjudice s'élève à 0.5 M€ contre 3.2 M€ en 2019 (le résultat de 2019 s'expliquait principalement par un dossier de fraude ayant concerné 208 assurés pour un montant de plus de 2,4 M€).

3. Un renforcement de la lutte contre les abus et les détournements, pour mieux garantir l'accès aux droits pour ceux qui en ont besoin

Le comité interministériel à l'immigration et à l'intégration du 6 novembre 2019 a annoncé plusieurs mesures visant à lutter contre les détournements de ce droit, mais sans remettre en cause l'accès à ces soins essentiels.

Les contrôles à l'attribution du droit AME sont ainsi renforcés :

- le caractère irrégulier du séjour est désormais vérifié à l'aide de la base VISABIO à laquelle les caisses d'assurance maladie ont désormais accès. Cette base permet aux caisses de s'assurer que des étrangers, en situation régulière et devant être couverts par leur Etat d'origine ou une assurance privée, ne puissent pas bénéficier de l'AME ou des soins urgents ;
- les primo-demandes doivent être déposées en personne à la CPAM, ou par l'intermédiaire de l'hôpital ou de la permanence d'accès aux soins de santé.
- Une condition de séjour irrégulier de trois mois est désormais prévue, afin de ne pas permettre l'accès immédiat à l'AME à l'expiration d'un visa court séjour.

Par ailleurs, le service du contrôle médical de l'assurance maladie pourra être sollicité pour accorder la prise en charge de certains soins. En effet, l'article 264 de la loi de finances pour 2020 prévoit que le bénéfice de certaines prestations, programmées et non urgentes (précisées dans le décret n°2020-1325 du 30 octobre 2020) est soumis, pour les majeurs, à un délai d'ancienneté de bénéfice de l'AME, fixé à neuf mois. Dans les cas où un défaut de prise en charge pourrait entraîner, pour le bénéficiaire, des conséquences vitales ou graves et durables, il pourra néanmoins être dérogé à ce délai d'ancienneté après accord du service du contrôle médical de l'assurance maladie.

Il convient de préciser que deux mesures décidées dans le cadre du comité interministériel à l'immigration et à l'intégration du 6 novembre 2019 modifient les conditions d'accès des étrangers à la protection universelle maladie et peuvent conduire à augmenter le recours à l'AME et aux soins urgents. En effet, depuis le 1er janvier 2020, les droits à l'assurance maladie sont maintenus sur une période de six mois après l'expiration des titres de séjour et attestations de demande d'asile des assurés, au lieu de douze mois auparavant. Les personnes qui demeurent sur le territoire au-delà de ces 6 mois deviennent donc potentiellement éligibles à l'AME. En outre, les demandeurs d'asile sont désormais soumis à un délai de carence de trois mois pour l'accès à la prise en charge de leurs frais de santé, à l'instar du délai applicable aux personnes résidant en France depuis moins de trois mois et qui n'exercent pas d'activité professionnelle. Durant ce délai, les demandeurs d'asile peuvent le cas échéant voir leur frais de santé pris en charge dans le cadre des soins urgents.

Mesures exceptionnelles prises dans le cadre de la crise sanitaire

Durant l'épidémie de Covid-19, le Gouvernement a pris plusieurs mesures exceptionnelles afin de garantir la continuité des droits et l'accès aux soins des personnes non couvertes par la protection universelle maladie, notamment les bénéficiaires de l'AME.

Pour éviter les ruptures de droits et de prise en charge, les personnes dont les droits AME arrivaient à échéance ont pu bénéficier d'une prolongation de leurs droits de trois mois à compter de l'expiration de leur droit. Cette mesure a été mise en œuvre à deux reprises au cours de l'année 2020, en application du II de l'article 1er de l'ordonnance n°2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux, puis en application du II de l'article 4 de l'ordonnance n°2020-1553 du 9 décembre 2020. Elle a concerné 192 667 bénéficiaires de l'AME dont les droits expiraient entre le 12 mars et le 31 juillet 2020 et 96 669 bénéficiaires pour les droits expirant entre le 30 octobre 2020 et le 16 février 2021.

Les modalités de dépôt des primo-demandes d'AME ont été aménagées compte tenu de la fermeture des accueils des CPAM et des mesures de limitation des déplacements prises pour endiguer la propagation de la Covid-19. L'obligation de dépôt physique des primo-demandes en CPAM a été suspendue lors du premier état d'urgence sanitaire par l'article 1er de l'ordonnance n°2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation des droits sociaux. Cette suspension a été reconduite et prolongée jusqu'au 1er juin 2021. En Guyane, cette dérogation a pu être appliquée jusqu'au 30 septembre 2021 compte tenu de la prorogation de l'état d'urgence sanitaire dans ce territoire.

La mesure de prolongation des titres de séjour pendant 180 jours, prise par le ministère de l'Intérieur (ordonnances n°2020-328 du 25 mars 2020 portant prolongation de la durée de validité des documents de séjour et n°2020-460 du 22 avril 2020) pour tous les titres expirant entre le 16 mars et le 15 juin 2020, a permis de maintenir les droits à la protection universelle maladie des étrangers sur le point de se retrouver en situation irrégulière et d'éviter qu'ils ne basculent vers les soins urgents et l'AME en l'absence de titre de séjour valide.

Le dispositif des "soins urgents" a été ajusté afin de faciliter la prise en charge sanitaire de toutes les personnes ne disposant pas de droits ouverts, ni à l'AME, ni à la protection universelle maladie. Les établissements de santé ont pu facturer des soins urgents sans avoir à obtenir au préalable un justificatif de refus d'AME. Par ailleurs, la prise en

charge des soins urgents a été étendue aux frais de transport des personnes concernées, Ces mesures d'assouplissements prises durant le premier état d'urgence sanitaire ont été réactivées dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire déclaré le 14 octobre 2020 puis prolongées jusqu'au 1er juin 2021.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

| Titre et catégorie | Autorisations d'engagement | Crédits de paiement |
|-------------------------|----------------------------|----------------------|
| Dépenses d'intervention | 1 079 000 000 | 1 079 000 000 |
| Transferts aux ménages | 1 079 000 000 | 1 079 000 000 |
| Total | 1 079 000 000 | 1 079 000 000 |

Les crédits de l'action « Aide médicale de l'État » (AME) recouvrent des dépenses de transferts indirects aux ménages (catégorie 61).

Pour 2022, les crédits prévus au titre de l'action AME s'élèvent à 1 079 M€. Ce montant se détaille par dispositif de la manière suivante :

1. Aide médicale de l'État de droit commun : 1 008 M€

Pour 2022, le montant des dépenses d'AME de droit commun est de 1 008 M€. Il intègre l'impact en année pleine de la mesure de réduction du maintien de droit de l'assurance maladie d'un an à six mois pour les assurés dont le titre de séjour a expiré, ainsi qu'une évolution spontanée de la dépense qui correspond à l'évolution tendancielle observée avant 2020 - notamment sur les prestations hospitalières - en ligne avec le dynamisme observé par le passé, l'effet des mesures prises en matière de lutte contre la fraude et la hausse des tarifs qui découle du Ségur de la Santé : +7,5 % en moyenne pour les hôpitaux publics et privés à but non lucratif et +6,4 % pour les cliniques privées à but lucratif.

2. Soins urgents : 70 M€

La dotation dédiée aux soins urgents est ajustée à hauteur de 70 M€ en 2022. Elle demeure donc forfaitaire mais est relevée de l'effet de la mesure instaurant un délai de carence pour l'accès à la protection universelle maladie des demandeurs d'asile.

Cette dotation représente le deuxième poste de dépenses de l'action. Pour rappel, avant l'introduction de ces nouvelles mesures, cette participation forfaitaire de l'État couvrait 60 % de la dépense de soins à la charge de la CNAM en 2019 (66,4 M€), contre 57 % en 2018 (65,1 M€). Des effets sur la dépense sont attendus des actions mises en œuvre en termes de contrôles, décrites ci-dessus, ainsi que de la baisse prévue du nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire.

3. Autres dispositifs AME : 1 M€

Ce poste de dépenses de l'action AME regroupe :

- Les délégations de crédits aux services déconcentrés pour le remboursement direct et ponctuel de prises en charge exceptionnelles, sur décision de la ministre en charge de l'action sociale, de personnes françaises ou étrangères présentes sur le territoire national mais ne résidant pas en France (AME dite « humanitaire ») ;
- L'aide médicale pour les personnes gardées à vue ;
- L'aide médicale pour les personnes placées en centre de rétention administrative.

Le montant des crédits prévus pour 2022 au titre de ce dernier poste de dépenses d'AME s'élève à 1M€, compte tenu du transfert à hauteur de 500 000€ du financement de la prise en charge des évacués sanitaires du Vanuatu vers la Nouvelle-Calédonie.

ACTION 0,7 %**03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**

| | Titre 2 | Hors titre 2 | Total | FdC et AdP attendus |
|----------------------------|---------|--------------|------------------|---------------------|
| Autorisations d'engagement | 0 | 8 000 000 | 8 000 000 | 0 |
| Crédits de paiement | 0 | 8 000 000 | 8 000 000 | 0 |

Les personnes affiliées au régime général et aux régimes soumis à l'application du livre IV du code de la sécurité sociale bénéficient d'une couverture contre les accidents du travail et maladies professionnelles, entièrement financée par les contributions des employeurs.

Cette législation ancienne (1898), qui fut la première législation en matière de protection sociale, permet aux victimes de maladies professionnelles ou d'accidents du travail d'obtenir une indemnisation forfaitaire de leurs préjudices. Ce compromis historique est la pierre angulaire d'un dispositif d'indemnisation qui se veut essentiellement non contentieux et déroge au droit commun, posant le principe de l'immunité civile de l'employeur, par un régime de responsabilité sans faute. La réparation dite forfaitaire n'assure donc pas la réparation de tous les préjudices.

Les études scientifiques et notamment le rapport de l'INSERM de 1996 ont mis en évidence la nocivité de l'amiante et l'ampleur de la catastrophe sanitaire liée à son utilisation massive. C'est dans ce contexte que l'utilisation de l'amiante a été interdite à partir du 1er janvier 1997 et qu'a été créé le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), établissement public administratif (article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001).

Ce Fonds est chargé d'assurer la réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante. Aussi apparaît-il comme un organisme d'indemnisation complémentaire pour les victimes reconnues atteintes d'une maladie professionnelle, et comme l'unique organisme d'indemnisation pour les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture contre les risques accidents du travail et maladies professionnelles, notamment les personnes atteintes de pathologies causées par l'amiante du fait de leur exposition à un titre autre que professionnel (familial, domestique ou environnemental).

Acteurs du dispositif

Les indemnisations sont versées par le FIVA. Le dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante mis en place par le FIVA a adressé, depuis sa création, 248 653 offres d'indemnisation. Les dépenses d'indemnisation cumulées depuis 2002 atteignent un total de 6,2 Md€ (chiffres arrêtés au 31 décembre 2019).

Ressources du FIVA

Les ressources du FIVA sont constituées pour l'essentiel d'une dotation de la branche AT-MP, et subsidiairement d'une dotation de l'État, qui correspond à l'exercice d'une solidarité nationale à l'égard des victimes non-professionnelles (environnementales, familiales...). Par ailleurs, l'État, en tant qu'employeur, contribue au-delà de cette dotation en remboursant au FIVA les sommes engagées par celui-ci, notamment le ministère de la défense [1]. En 2019, la dotation de la branche AT-MP s'est établie à 260 M€, avec un montant de charges de 351,3 M€, conduisant à un résultat annuel de 9,8 M€ et à un fonds de roulement de 94,9 M€. La dotation de l'État en loi de finances initiale est stable entre 2020 et 2021 (8 M€).

Gouvernance et pilotage stratégique

Le rôle dévolu au conseil est majeur en matière de politique d'indemnisation. Les décisions d'indemnisation peuvent en effet faire l'objet de contestation devant les cours d'appel et les montants fixés sont mis à la charge du FIVA.

Le fonds est administré par un conseil d'administration composé de vingt-deux membres, outre le président – magistrat – siègent 5 représentants de l'État, huit représentants des organisations patronales (trois membres) et syndicales (cinq

membres), quatre membres des organisations nationales d'aide aux victimes de l'amiante, quatre personnalités qualifiées dans les domaines de compétence du fonds.

Le conseil d'administration a notamment pour rôle de définir la politique d'indemnisation du fonds en fixant les orientations relatives aux procédures, aux conditions de reconnaissance de l'exposition à l'amiante, d'indemnisation et de versement des provisions aux victimes et aux conditions d'action en justice du fonds. Il adopte également le budget du fonds.

[1] Les montants versés par l'Etat à ce titre varient en fonction du nombre de dossiers et du nombre d'actions subrogatoires, qui aboutissent en général au stade de la phase amiable, engagées par le FIVA envers les ministères concernés. En 2019, ces recettes ont représenté 5,9 M€ (dont 61% versés par la fonction publique d'Etat).

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

| Titre et catégorie | Autorisations d'engagement | Crédits de paiement |
|-------------------------|----------------------------|---------------------|
| Dépenses d'intervention | 8 000 000 | 8 000 000 |
| Transferts aux ménages | 8 000 000 | 8 000 000 |
| Total | 8 000 000 | 8 000 000 |

Tableau des charges et des produits du FIVA de 2018 à 2022 :

| En millions d'euros | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 (p) | 2022 (p) |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| Charges | 361,6 | 351,3 | 310,0 | 333,5 | 369,6 |
| Dépenses d'indemnisation | 301,1 | 300,3 | 233,9 | 275,0 | 310,0 |
| Provisions | 52,2 | 40,8 | 67,1 | 49,0 | 49,0 |
| Charges exceptionnelles | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Autres charges | 8,3 | 10,2 | 9,0 | 9,50 | 10,59 |
| Produits | 365,7 | 361,1 | 350,6 | 311,5 | 307,9 |
| Dotation branche AT/MP | 270,0 | 260,0 | 260,0 | 220,0 | 220,0 |
| Dotation Etat (après mise en réserve) | 7,8 | 7,8 | 7,7 | 7,7 | 7,7 |
| Reprise sur provisions | 49,8 | 56,1 | 59,3 | 54,0 | 49,0 |
| Autres | 38,2 | 37,2 | 23,7 | 29,8 | 31,2 |
| Résultat | 4,1 | 9,8 | 40,7 | -22,00 | -61,69 |
| Investissement | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,3 | 0,4 |
| Variation de fonds de roulement | 6,3 | 0,0 | 48 | -27,3 | -62,09 |
| Fonds de roulement | 100,9 | 94,9 | 142,9 | 115,55 | 53,41 |

Les dépenses totales du FIVA ont enregistré, en 2020, une importante contraction, de l'ordre de 12 %, conséquence d'un exercice comptable durablement marqué par les effets de la crise sanitaire née de la propagation du virus de la COVID-19. Les charges du FIVA pour 2020 s'établissent ainsi à 310 M€ à la clôture, dont 233,9 M€ au titre des dépenses d'indemnisation. Le résultat comptable 2020 est excédentaire de 40,7 M€.

En 2021, avec une baisse de 40 M€ des subventions allouées par rapport à l'exercice précédent, le total des recettes encaissées par le FIVA devrait enregistrer une baisse globale de 11,2 % malgré une amélioration du niveau de ressources propres (+6,1M€) résultants des recours subrogatoires sur le fondement de la faute inexcusable de l'employeur. Compte tenu des prévisions actualisées de dépenses et du résultat cumulé attendu fin 2021, le fonds de

roulement (FDR) enregistrerait une baisse par rapport à l'exercice 2020, se stabilisant à 115,5 M€, soit un niveau supérieur à 5 mois de dépenses d'indemnisation.

En 2022, l'augmentation anticipée de la dépense d'indemnisation couplée à une hausse espérée des recettes tirées du contentieux subrogatoire du fait de la sortie de crise sanitaire devraient permettre de renouer avec un FDR prudentiel plus en phase avec la réalité des besoins de l'établissement.

Aussi, pour garantir au FIVA de disposer d'un FDR suffisant, le montant de la dotation de la branche AT-MP serait maintenue à 220 M€, sous réserve du vote de la dotation en PLFSS. Ce niveau conduirait à un fonds de roulement d'un montant de 53,41 M€, soit un total de 2,07 mois de dépenses d'indemnisation.

Les reprises sur provisions atteindraient 54 M€ en 2021 et 49 M€ en 2022.

Évolution des dépenses

La prévision des dépenses d'indemnisation est établie en s'appuyant sur les hypothèses suivantes :

- Un retour de la demande globale à un niveau comparable à celui de 2019, mais un déficit du nombre des nouveaux dossiers en son sein :

Au cours du premier semestre, les demandes enregistrées et les décisions notifiées sont revenues à un niveau similaire à 2019. Le stock de formulaires non encore saisi dans le système constitué en 2020 a été résorbé. En conséquence, les dépenses d'indemnisation sont orientées à la hausse par rapport à 2020 et sont plus proches de celles de 2019 : au terme du premier semestre, 123 M€ en 2021 contre 76,1 M€ en 2020 et 123,5 M€ en 2019 (à fin juillet 2021, le déficit s'est toutefois accru par rapport à 2019 soit 139,8 M€ contre 150,1 M€ il y a 2 ans).

S'agissant du poids relatif des demandes des seules victimes (cumulant les premières demandes, les demandes pour aggravation et les demandes supplémentaires) au sein de la demande globale, s'il était stable entre 2018 et 2019 (environ 38 %), il oscille entre 35 et 36 % sur le premier semestre 2021 (l'année 2020, atypique, avait vu cette proportion diminuer jusqu'à 34%).

Sur le premier semestre 2021, le FIVA a enregistré 10 087 demandes. Pour l'année entière, ce sont 19 800 demandes qui pourraient être enregistrées. Elles se répartiraient entre 6 800 unités relatives aux victimes et 13 000 aux ayants droit.

Pour 2022, il est prévu un rythme de 1 700 demandes enregistrées en moyenne par mois, soit une demande globale estimée à 20 400 unités, répartie entre 7 200 demandes émanant de victimes et 13 200 émanant des ayants droit. Cette répartition entre victimes et ayants droit tient compte de la diminution tendancielle de la part des demandes de victimes, observée depuis plusieurs années. L'atteinte d'un tel niveau de la demande globale enregistrée (supérieur à 20 000 unités), sera conditionnée par un retour à la normal sur le front de la pandémie. Il sera aussi le fruit de la mise en œuvre des axes du COP en matière d'accès au droit, en particulier l'élargissement puis la généralisation prévus dans le cadre de l'expérimentation CPAM RED.

- Une évolution différenciée entre les coûts moyens de chacune des deux sous-populations :

En 2019, pour la première fois depuis la création du FIVA, les victimes atteintes de pathologies graves ont été majoritaires (51%) au sein de l'ensemble des nouveaux dossiers. Cette hausse s'est poursuivie en 2020 avec une part s'élevant à 53% puis au premier semestre 2021, à 56%.

Si cette progression tend à majorer le coût unitaire des demandes, elle est contrebalancée par la hausse de l'âge au certificat médical initial (CMI) et le poids accru des demandes relatives à des préjudices dits « supplémentaires » (tierce personne, frais funéraires, frais de déplacements, etc.) qui ont un effet contraire sur le coût moyen. C'est la mise en œuvre du formulaire ayants droit en 2018 qui explique la multiplication de ce type de demandes.

De ces deux effets cumulés découle un exercice de prévision qui intègre une stabilité du coût moyen, fixé à 36 000 € pour les victimes et à 9 200€ pour les ayants droit en 2021 et 2022.

- Un taux de rejet qui se stabilise par rapport à 2020 :

Le taux de rejet observé en 2020 est de 16,3%, soit en hausse de 2,4 points par rapport à l'année 2019 (13,9%). Au cours du premier semestre 2021, le taux de rejet est stable par rapport à 2020 et s'établit à 15,7%. En conséquence, l'hypothèse de taux de rejet est maintenue à 16% pour les années 2021 et 2022.

Compte tenu des différents facteurs listés plus haut et des hypothèses associées, **les dépenses d'indemnisation s'établiraient sur la base suivante :**

- **Pour 2021, à 275 M€, dans une fourchette comprise entre 248 et 303 M€ (soit un écart de plus ou moins 10% maximum conformément à l'action 3.4 du COP 2020-2022)**
- **Pour 2022, à 310 M€, dans une fourchette comprise entre 279 et 341 M€ (plus ou moins 10%)**

La prévision 2021 est confirmée par l'utilisation du modèle à court terme qui repose sur les niveaux de production récemment observés et les montants des offres afférentes.

Aux dépenses d'indemnisations s'ajoutent les dotations aux provisions (49 M€ en 2021 et 2022), des dépenses de gestion administrative demeurant maîtrisées mais en légère augmentation d'une année sur l'autre (9,5 M€ en 2021 et 10,6 M€ en 2022) du fait du report de certains projets en lien avec la crise, ainsi que diverses autres charges de gestion, quasi nulles sur les deux exercices considérés.

Le montant total des charges de l'établissement est ainsi prévu à 333,5 M€ pour 2021 et 369,6 M€ pour 2022.