



Mission Santé

Note d'analyse
de l'exécution budgétaire

2017

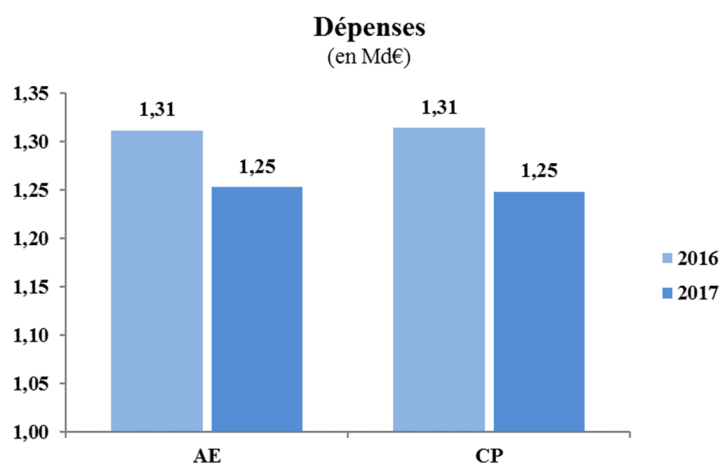
Mission santé

Programme 183 – Protection maladie

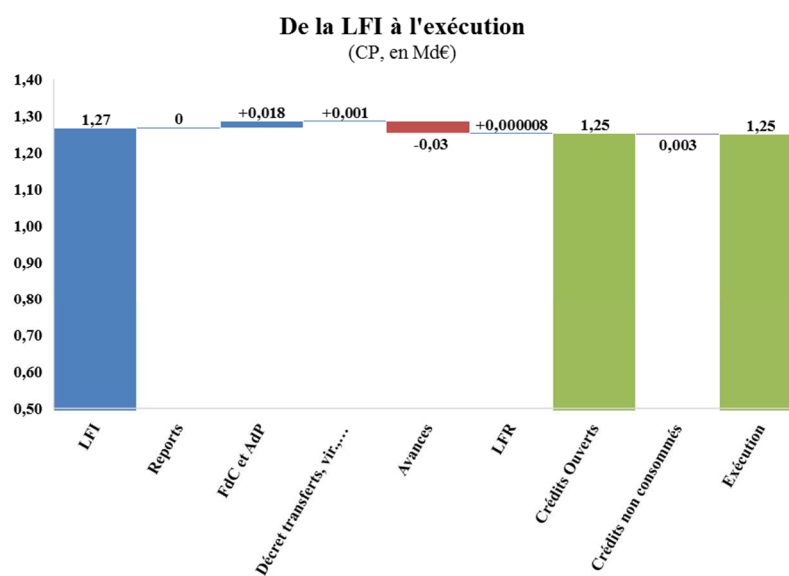
Programme 204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Synthèse

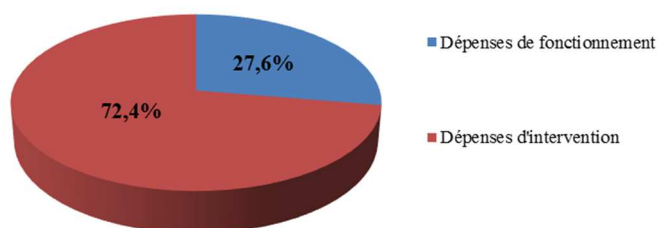
Les principales données de la mission



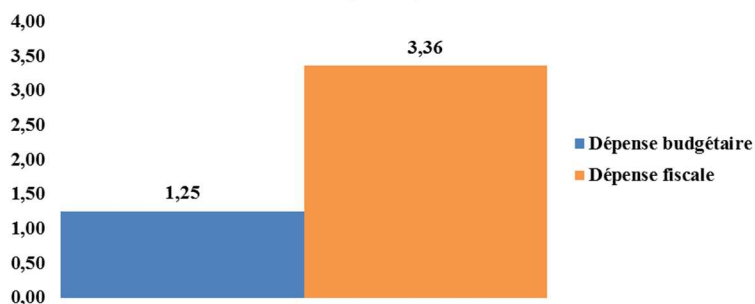
0,4 % du budget général hors R & D



Les dépenses de la mission par nature (CP)



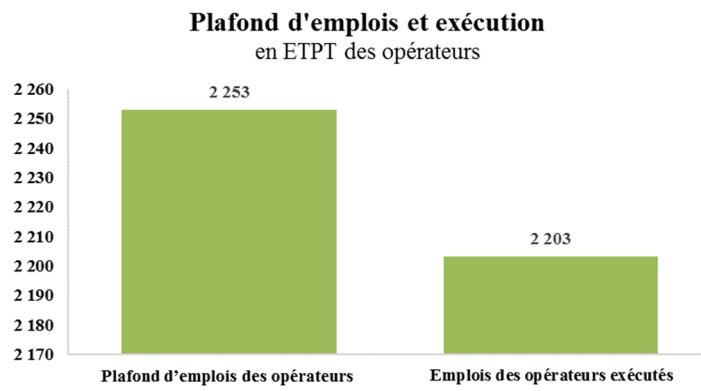
Dépenses fiscales et budgétaires (en Md€)



Nombre de dépenses fiscales : 10

Principaux opérateurs :

- Agence de la biomédecine (ABM)
- Agence nationale de santé publique (ANSP)
- Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÈS)
- École des hautes études en santé publique (EHESP)
- Institut national du cancer (INCa)



Les principales observations

Des dépenses en progression malgré une baisse conjoncturelle du nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME)

Si les dépenses de la mission Santé apparaissent en baisse, passant de 1,315 à 1,249 Md€ entre 2016 et 2017, cette diminution s'explique principalement par des mesures de périmètre et masque en réalité une légère hausse des dépenses pour atteindre 1,316 Md€ en 2017, si l'on prend pour référence le périmètre de la mission en 2016.

Contrairement aux années précédentes, cette hausse n'est pas due à l'accroissement des dépenses d'AME du programme 183, qui a pu bénéficier d'une baisse conjoncturelle du nombre de bénéficiaires consommateurs. Elle s'explique à l'inverse par l'augmentation des dépenses du programme 204, en particulier de la subvention allouée à l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna.

Des sous-budgétisations et des annulations de crédits qui affectent la soutenabilité de la mission

L'exercice 2017 a donné lieu à de nouvelles sous-budgétisations et à des annulations de crédits parfois trop ambitieuses, affectant la soutenabilité de la mission.

À la lumière des informations dont disposait le gouvernement lors de la procédure budgétaire, la sincérité de la programmation de certaines dépenses apparaît contestable. Tel est le cas des dépenses d'AME de droit commun, pour lesquelles le montant des crédits alloués est une nouvelle fois inférieur au niveau de dépenses anticipé dans le projet annuel de performance (PAP), mais également des crédits dédiés à l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna et des frais de justice.

Par ailleurs, les annulations de crédits en gestion ont parfois conduit à une prise de risque excessive, comme ce fut le cas sur le programme 183, dont les crédits disponibles ont été amputés de 9,2 M€ en CP, sur la base d'une hypothèse contestable de baisse du nombre de bénéficiaires de l'AME sur l'ensemble de l'année. La survenue d'une hausse non anticipée des dépenses d'AME en toute fin d'année s'est dès lors traduite par un surcroît de dette de l'État de 37,8 M€ à l'égard de l'assurance maladie.

Des économies qui se font attendre à la suite de la création de l'Agence nationale de santé publique (ANSP)

L'année 2016 avait été marquée par la fusion de l'EPRUS, l'INPES, l'INVS et le GIP Adalis au sein de l'Agence nationale de santé publique

(ANSP)¹. Ce regroupement avait pour vocation de remédier au morcellement de l'action des différentes agences compétentes en matière de santé publique et de veille épidémiologique et de générer à terme des gains d'efficacité et des économies.

En 2017, les économies constatées portent uniquement sur les dépenses de personnel, qui ont diminué à hauteur de 7 ETPT. Les autres dépenses de fonctionnement sont en hausse, ce qui tient en particulier au lancement d'un projet immobilier qui doit permettre le rassemblement effectif des agents issus des quatre entités sur le site de Saint-Maurice. D'après le responsable de programme, il faudra attendre 2019 pour constater un impact budgétaire significatif.

La signature d'un contrat d'objectifs pluriannuel pour la période 2018-2022 constituera à ce titre un cadre utile aux parties prenantes pour mettre en œuvre des mesures de rationalisation et de réduction des coûts.

Les cinq autres agences couvertes par le programme 204 voient chacune leur dotation pour charges de service public baisser entre la LFI 2016 et la LFI 2017 (- 3,1 M€ entre la LFI 2016 et la LFI 2017 hors réserve de précaution). En exécution, on observe toutefois une hausse des dépenses entre 2016 et 2017, de 8,5 M€, principalement portée par l'INCa, dont les crédits avaient été annulés à hauteur de 10 M€ en cours de gestion 2016.

Ainsi, en dépit de l'objectif de réduction des dépenses assigné aux opérateurs de l'État, ceux de la mission santé voient leurs dépenses augmenter, ce qui tient notamment à l'élargissement de leurs missions depuis l'entrée en vigueur de la loi de modernisation de notre système de santé.

Les recommandations de la Cour

Le suivi des recommandations formulées au titre de la gestion 2016

Les recommandations formulées par la Cour au titre de l'exercice 2016 n'ont été que partiellement suivies.

Ainsi que la Cour le préconisait, le décroisement des financements des opérateurs par l'État et l'assurance maladie (recommandation n° 2) s'est poursuivi en 2017. Le transfert à l'État de la part de financement par l'assurance maladie de l'ANSP et, en sens inverse, de la part de

¹ Créée par l'ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique.

financement par l'État du Fonds d'intervention régionale (FIR) à l'assurance maladie devrait contribuer à la simplification du financement des politiques de santé.

Toutefois, ces transferts de financement ne semblent pas procéder d'une vision globale du partage des responsabilités en matière de politique de santé entre État et assurance maladie. À ce titre, la recommandation mérite d'être reconduite au titre de l'année 2017.

Les autres recommandations n'ont en revanche pas été suivies d'effets.

Aucune revue des dépenses fiscales n'a été réalisée (recommandation n° 1), alors que celles-ci représentent 3,36 Md€ en 2017, soit près de trois fois plus que les dépenses budgétaires de la mission.

Les crédits ouverts pour la dotation de l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna n'ont pas non plus fait l'objet d'un calibrage satisfaisant (recommandation n° 3), à hauteur de 31,8 M€ d'après le document de répartition initiale des crédits et des emplois (DRICE), contre 38,2 M€ en exécution en fin d'année.

Les problèmes de sous-budgétisation du programme 183 se sont de nouveau présentés en 2017 (recommandation n°4).

Enfin, la maquette de performance du programme 183 n'a pas été renouvelée (recommandation n° 5), laissant subsister des indicateurs apparaissant aujourd'hui moins pertinents, à l'image du pourcentage de dossiers d'AME présentant des ressources nulles, ayant toujours atteint 100 % sur les quatre dernières années.

Les recommandations formulées au titre de la gestion 2017

Au titre de la gestion 2017, la Cour formule les recommandations suivantes :

Recommandation n°1 : améliorer la budgétisation de la dotation destinée à financer l'AME de droit commun ;

Recommandation n°2 : mieux déterminer la dotation destinée à l'agence de Wallis-et-Futuna, afin de couvrir ses dépenses à due concurrence de besoins mieux maîtrisés et éviter ainsi toute reconstitution de dettes ;

Recommandation n° 3 : procéder à la revue des dépenses fiscales rattachées à la mission santé afin de pouvoir évaluer leur efficacité, et étudier le cas échéant leur suppression ou leur évolution ;

Recommandation n° 4 : procéder à un renouvellement de la maquette de performance du programme 183, dont certains indicateurs paraissent peu opérants ;

Recommandation n° 5 : donner à la répartition des compétences entre l'État et l'assurance maladie et au décroisement des financements des opérateurs une plus grande transparence, dans le cadre d'un schéma de financement rationalisé.

Sommaire

Introduction.....	11
1 LA MAITRISE DES DEPENSES	13
1.1 Une programmation à la sincérité contestable.....	13
1.2 Une gestion marquée par des annulations de crédits parfois trop ambitieuses	17
1.3 Des dépenses quasiment stables à périmètre constant.....	22
1.4 Une soutenabilité fragile compte tenu des différents risques à venir	24
2 LES GRANDES COMPOSANTES DE LA DEPENSE.....	29
2.1 Une baisse en trompe-l'œil des dépenses d'intervention	29
2.2 Des économies qui se font attendre sur les dépenses allouées aux opérateurs	32
2.3 Des dépenses de fonctionnement minimales hors subventions pour charges de service public	36
2.4 Des dépenses fiscales qui demeurent non évaluées.....	37
3 LA QUALITE DE LA GESTION.....	39
3.1 La conformité aux principes et règles du droit budgétaire ...	39
3.2 Une maquette de performance stable	39
4 LES RECOMMANDATIONS DE LA COUR.....	41
4.1 Le suivi des recommandations formulées au titre de 2016...	41
4.2 Récapitulatif des recommandations formulées au titre de la gestion 2017	43

Introduction

La mission Santé comprend deux programmes :

- Le programme 204 « *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* » (441,42 M€ en AE, 442,72 M€ en CP ouverts en LFI 2017), sous la responsabilité du directeur général de la santé, qui porte les crédits destinés à la modernisation de l'offre de soins et au pilotage de la politique de santé publique ; ce programme est composé de 7 actions, regroupées sous deux BOP : le BOP DGOS essentiellement consacré à la modernisation de l'offre de soins et le BOP DGS qui finance le pilotage de la politique de santé publique ;
- Le programme 183 « *Protection maladie* » sous la responsabilité du directeur de la sécurité sociale (823,21 M€ en AE et en CP ouverts en LFI 2017), qui porte les crédits destinés au financement de l'aide médicale d'État (AME) et de ses différentes déclinaisons (AME de droit commun, AME soins urgents, autres AME) et au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

La mission présente la caractéristique de ne comporter que des crédits relevant des titres 3 (dépenses de fonctionnement et subventions pour charges de service public) et 6 (dépenses d'intervention). Les crédits de rémunération des personnels concourant aux actions de la mission figurent en effet dans le programme 124 « *Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative* ». Les dépenses de personnel de la mission sont donc exclusivement celles des opérateurs de santé publique financés par le programme, qui sont au nombre de six, depuis la création de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) en 2016.

Les crédits de la mission ne résument toutefois pas l'effort financier en matière de santé publique, puisque cette politique relève de nombreux autres acteurs (organismes de sécurité sociale, agences régionales de santé, agences sanitaires) et d'autres programmes du budget de l'État, notamment le programme 124. En outre, la mission comporte aussi des dépenses fiscales, qui sont vues comme des outils de la politique de santé.

La mission santé se caractérise par la réduction de son périmètre depuis plusieurs années, qui affecte principalement le programme 204, à l'inverse du programme 183 dont les composantes sont restées stables.

Entre 2014 et 2017, les moyens affectés au programme ont ainsi diminué de 31 % et cette baisse se poursuit en 2018, avec la débudgétisation du financement de deux opérateurs qui seront désormais intégralement financés par l'assurance maladie. La réduction du périmètre de la mission pose la question de la taille critique de cette dernière pour permettre à l'État de disposer d'une capacité de pilotage de la politique de santé publique.

1 LA MAITRISE DES DEPENSES

1.1 Une programmation à la sincérité contestable

La loi de finances initiale (LFI) pour 2017 prévoit pour la mission santé un montant de 1 265 932 818 € en CP et 1 264 632 818 € en AE, contre 1 250 555 111 € en CP et 1 249 255 111 € en AE en 2016, soit une hausse de 1,2 % en CP.

Comme la Cour le relevait déjà pour les exercices précédents, la programmation 2017 de la mission santé se caractérise à nouveau par la sincérité contestable du niveau des crédits alloués à certaines dépenses, particulièrement l'aide médicale d'État (AME). La méthode utilisée pour la construction des hypothèses sur lesquelles reposent ces dépenses n'est de surcroît pas toujours explicitée.

1.1.1 Des évolutions dans le périmètre de la mission

Alors que le périmètre de la mission santé était resté quasiment inchangé en 2016, l'année 2017 a été marquée par deux mesures de périmètre ayant conduit à une baisse significative des crédits de la mission. La part de financement du Fonds d'intervention régional (FIR) par l'État, représentant 133 M€ en 2016, est intégralement transférée à l'assurance maladie. À l'inverse, la part de financement de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) assurée par l'assurance maladie, à hauteur de 64 M€ en 2016, est désormais inscrite au programme 204 du budget de l'État.

Ces mesures de périmètre s'inscrivent dans un contexte de simplification du circuit de financement des dépenses de santé. Le transfert sur le budget de l'État de la part de financement de l'ANSP par l'assurance maladie devrait concourir à renforcer le pilotage par l'État de la politique de prévention et de sécurité sanitaire. En sens inverse, le transfert de la part du FIR financée par l'État à l'assurance maladie, qui est déjà le premier contributeur au fonds, contribue à la simplification de son financement, même s'il ne concourt pas nécessairement à une clarification du partage des responsabilités entre État et assurance maladie.

1.1.2 Un manque de transparence dans la construction d'une partie des hypothèses

La méthode retenue pour construire les hypothèses de dépenses n'est pas toujours explicitée, particulièrement pour les dépenses que l'État ne contrôle qu'imparfaitement car dépendant de facteurs exogènes.

La programmation du **programme 183** repose d'après le projet annuel de performance (PAP) sur une hypothèse de hausse de 10 % des dépenses de l'aide médicale d'État (AME), qui représentent 99,1 % des dépenses du programme.

La méthode utilisée pour élaborer cette hypothèse n'est cependant pas explicitée. Le PAP prévoit une hausse anticipée du nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun de 4,9 % en 2017, correspondant au taux d'accroissement moyen observé sur les années précédentes. Une baisse du coût moyen des dépenses de santé prises en charge est également invoquée, afin de tenir compte des progrès attendus en matière de lutte contre la fraude et de limitation des dépenses de médicaments. Il n'est en revanche fait mention, ni de l'ampleur de cette baisse, ni du lien entre ces deux sous-hypothèses et la variation anticipée des dépenses d'AME de droit commun.

Ce manque de transparence à l'égard du Parlement apparaît problématique dans la mesure où l'AME de droit commun est une dépense de guichet dont le montant dépend directement de la demande des bénéficiaires, que l'État ne contrôle qu'en partie.

La programmation du **programme 204** est quant à elle fondée sur des hypothèses de stabilité des subventions aux associations, de hausse des dépenses de frais de justice et de baisse des subventions pour charges de service public (SCSP) des opérateurs du programme.

De même que pour le programme 183, la méthode retenue pour l'estimation des frais de justice n'est pas explicitée dans le PAP (action 11), ce qui présente une difficulté dans la mesure où ces dépenses dépendent directement de l'issue des contentieux, que l'État ne maîtrise qu'imparfaitement.

1.1.3 Des crédits ouverts en légère hausse par rapport à 2016

Suivant ces hypothèses, les crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2017 sont en augmentation de 16 M€ par rapport à 2016.

Le **programme 183** est pourvu à hauteur de 823 213 193 € en AE=CP en LFI 2017, contre 752 430 028 € en LFI 2016 soit une hausse de 9,4 %.

La hausse du montant des crédits ouverts bénéficie surtout à l'AME de droit commun, à hauteur de 772,6 M€, soit une hausse de 76,2 M€ par rapport à 2016. Les montants alloués à l'AME « soins urgents », pour 40 M€, et aux autres dispositifs relevant de l'AME, pour 2,65 M€, demeurent quant à eux inchangés.

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) connaît en revanche une diminution des crédits lui étant attribués, alimenté à hauteur de 8 M€ en 2017, contre 13,4 M€ en 2016. L'année 2016 avait en effet conduit à une contribution exceptionnelle de l'État visant à apurer la situation d'ayant droits contraints au remboursement après avoir bénéficié d'un trop perçu.

Le **programme 204** est quant à lui alimenté en LFI 2017 à hauteur de 442 719 625 € en CP et 441 419 625 € en AE, contre 498 125 083 € en CP et 496 825 083 € en AE en LFI 2016, soit une baisse de 11,1 % en CP.

La baisse du montant des crédits du programme 204 s'explique principalement par le transfert à l'assurance maladie du financement du FIR, représentant un volume de crédits supérieur au transfert en sens inverse à l'État de la part de financement de l'ANSP par l'assurance maladie.

En parallèle, plusieurs dépenses bénéficient d'une augmentation des crédits ouverts. La hausse la plus significative concerne les frais de justice, qui passent de 13,9 M€ en AE=CP en 2016 à 23 M€ en 2017, afin de couvrir la montée en charge de l'indemnisation du contentieux lié au valproate de sodium (Dépakine). Les crédits ouverts au bénéfice de l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna sont également en augmentation, atteignant 31,8 M€ en CP pour 2017, contre 29,8 M€ en 2016.

Les crédits alloués aux associations et aux opérateurs du programme 204 demeurent en revanche globalement stables par rapport à 2016.

1.1.4 La sincérité contestable de la programmation de certaines dépenses

Pour plusieurs dépenses de la mission, les crédits ouverts en loi de finances initiale apparaissent cependant manifestement insuffisants.

En dépit d'une baisse conjoncturelle du nombre de bénéficiaires ayant permis de limiter les dépenses d'AME, la sincérité de la programmation du **programme 183** semble ainsi sujette à caution, comme la Cour le relevait déjà pour les exercices 2015 et 2016.

En premier lieu, les crédits ouverts en LFI 2017 pour les dépenses d'AME, de 815,2 M€, sont inférieurs aux crédits consommés en 2016, à hauteur de 825,4 M€, alors que la programmation repose sur une hypothèse de hausse des ces dépenses. Il semblerait en effet que le coefficient multiplicateur correspondant à la hausse anticipée des dépenses d'AME ait été appliqué aux crédits ouverts en LFI 2016 et non aux crédits consommés. Comme en attestent les comptes rendus de gestion du CBCM, le

gouvernement était pourtant informé, au moment de la programmation pour 2017, que les dépenses d'AME en 2016 seraient très probablement supérieures au montant ouvert en LFI.

L'insuffisance manifeste du montant alloué aux dépenses d'AME a dès lors conduit le CBCM à alerter régulièrement le gouvernement sur le risque de dépenses supérieures aux crédits ouverts en LFI. L'avis de début d'exercice de février estime le besoin de financement à 11,1 M€ en plus du dégel de la réserve et le premier compte rendu de gestion de juin à 64,7 M€.

En second lieu, et dans une moindre mesure, l'apurement de la dette au titre de l'AME n'est pas prévu dans la programmation pour 2017. En janvier 2017, le stock de dette lié à l'AME était estimé par la DSS à 21,1 M€ au 31 décembre 2016.

Bien que portant sur des montants plus limités que pour le programme 183, les crédits ouverts en LFI pour l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna et les frais de justice font également peser des doutes quant à la sincérité de la programmation du **programme 204**.

Le montant alloué à l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna, de 31,8 M€ en CP apparaît ainsi inférieur aux crédits consommés en 2016, de 32,9 M€, alors que rien ne laissait supposer une baisse des dépenses de l'agence en 2017.

Quant aux frais de justice, l'avis au programme du CBCM du 8 février 2017 pointe le risque d'un dépassement de 18,2 M€ pour les frais de justice de la DGS et de la DGOS si tous les contentieux venaient à aboutir au cours de l'année, puis le premier compte-rendu de gestion d'avril 2017 réévalue ce risque de dépassement à 6 M€ horsdégel de la réserve de précaution.

Si le risque s'est réduit effectivement au cours de l'année grâce au report de certains contentieux et au retard pris dans la montée en charge du processus d'indemnisation des victimes de la Dépakine (évalué à 10 M€ en LFI 2017, mais exécuté *in fine* à hauteur de 500 000 €), il apparaît néanmoins que la programmation initiale des frais de contentieux était marquée par une sous-budgétisation qui a conduit le CBCM à émettre une réserve sur la soutenabilité du programme 204.

1.1.5 Des ouvertures en CP supérieures aux ouvertures en AE pour le programme 204

Les crédits de paiement ouverts en LFI 2017 sur le programme 204 sont supérieurs aux autorisations d'engagement à hauteur de 1,3 M€. Ce montant correspond à la deuxième annuité de remboursement par l'Agence

de santé de Wallis-et-Futuna du prêt consenti en 2015 par l'Agence française de développement (AFD), afin d'apurer la dette de l'agence à l'égard du centre hospitalier de Nouméa et de la caisse de protection sociale de Nouvelle-Calédonie.

1.2 Une gestion marquée par des annulations de crédits parfois trop ambitieuses

Contrairement aux années précédentes, le programme 183 a fait l'objet en 2017 d'annulations de crédits, alors qu'habituellement, seul le programme 204 était concerné. Toutefois, le montant de crédits annulés sur le programme 183 a peut-être conduit à une prise de risque excessive, se traduisant en fin d'exercice par un accroissement de la dette de l'État à l'égard de l'assurance maladie au titre de l'AME.

1.2.1 Une mise en réserve ayant conduit à des annulations de crédits tant sur le programme 183 que 204

Le montant de la réserve de précaution a été établi conformément aux taux définis dans l'exposé des motifs du PLF 2017, de 0,5 % pour les crédits ouverts sur le titre 2 et de 8 % pour les crédits ouverts sur les autres titres.

Le **programme 183** a ainsi fait l'objet d'une mise en réserve de 65,86 M€ en AE=CP, soit 8 % du montant des crédits ouverts en LFI 2017, le programme ne comprenant que des dépenses d'intervention.

Tableau n° 1 : Gestion de la réserve du programme 183

<i>En euros</i>	AE	CP
Mise en réserve initiale	65 857 055	65 857 055
Surgel	2 500 000	2 500 000
Crédits annulés par le décret du 30 novembre 2017	- 9 755 293	- 9 153 541
Dégel en fin de gestion	58 601 762	59 203 514
Montant de la réserve en fin de gestion	0	0

Source : DSS, DFAS

La réserve de précaution a été répartie proportionnellement entre les BOP « AME », pour 65,21 M€, et « FIVA », pour 0,65 M€. Au sein du

BOP « AME », la participation de l'État au financement des soins urgents a certes été exemptée de mise en réserve en raison de sa nature forfaitaire. Ce choix n'a cependant pas eu d'incidence sur le montant de crédits mis en réserve au niveau du BOP, compensé par un surcroît de mise en réserve sur les crédits d'AME de droit commun.

Une mesure de surgel des crédits du programme 183 a en outre été décidée à hauteur de 2,5 M€ en AE=CP par un tamponné du 24 avril 2017.

Après dégel des crédits mis en réserve le 20 novembre 2017, une partie a fait l'objet d'une annulation de 9,15 M€ en CP et 9,76 M€ en AE par décret d'avance du 30 novembre 2017. La différence entre les montants d'AE et de CP annulés s'explique par un transfert d'AE sans CP au profit du programme 204 pour le financement du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) décidé en cours d'année.

Sur le **programme 204**, la mise en réserve a quant à elle été effectuée à hauteur de 23 M€ en CP et 22,96 M€ en AE, représentant 5,2 % des crédits de paiement et autorisations d'engagement ouverts en LFI 2017.

Tableau n° 2 : Gestion de la réserve du programme 204

<i>En euros</i>	AE	CP
Mise en réserve initiale	22 956 698	23 014 147
Surgel	1 500 000	1 500 000
Crédits annulés par le décret du 20 juillet 2017	12 708 842	14 808 842
Dégel en fin de gestion	11 747 856	9 705 305
Montant de la réserve en fin de gestion	0	0

Source : DGS, DGOS, DFAS

Ce taux correspond à l'application d'un taux de 8 % aux crédits du programme à l'exception des subventions pour charges de service public (SCSP) allouées aux opérateurs et à l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna, qui bénéficient d'un taux réduit.

Concernant les opérateurs, un taux de 0,5 % a été appliqué à la part des SCSP destinée à financer des dépenses de personnel, ainsi que le prévoit la circulaire du 24 août 2016 relative aux opérateurs. Le taux de mise en réserve a de surcroît été adapté à la situation de chaque opérateur afin de tenir compte des efforts demandés.

Quant à l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna, une dérogation a été accordée par la direction du budget afin d'appliquer les taux en vigueur pour les opérateurs.

Comme pour le programme 183, une mesure de surgel a également été décidée à hauteur de 1,5 M€ en AE=CP par un tamponné du 24 avril 2017.

Les crédits mis en réserve ont fait l'objet d'une annulation de 14,81 M€ en CP et 12,71 M€ en AE par décret d'avance du 20 juillet 2017. Le reste de la réserve de précaution a été dégelé en fin d'exercice.

1.2.2 Une prise de risque parfois excessive dans les annulations de crédits

L'année 2017 a été marquée par de nombreux mouvements de crédits sur les programmes 183 et 204, afin de financer des dépenses imprévues et compenser par des annulations les crédits ouverts sur d'autres programmes par les décrets d'avance du 20 juillet et du 30 novembre 2017.

Les annulations de crédits sur le **programme 183**, pour un montant de 9,15 M€ en CP et 9,76 M€ en AE, se sont certainement traduites par une prise de risque excessive. La dette de l'État à l'égard de la sécurité sociale au titre de l'AME s'est en effet accrue de 37,8 M€ en 2017, à la suite d'une hausse surprise des dépenses d'AME en fin d'année.

Tableau n° 3 : Mouvements de crédits du programme 183

<i>En euros</i>	AE	CP
LFI	823 213 193	823 213 193
Décret d'avance du 30 novembre 2017	- 9 755 293	- 9 153 541
Total des crédits disponibles	813 457 900	814 059 652
Crédits consommés	811 711 502	811 703 009
Taux d'exécution	99,8 %	99,7 %

Source : Chorus, DSS, DFAS

Ces annulations, seul mouvement de crédits du programme en 2017, contrastent avec les exercices précédents, qui avaient donné lieu à des ouvertures de crédits en LFR pour financer l'AME de droit commun. Elles font suite à la baisse constatée en conférence de gestion de septembre du nombre de bénéficiaires consommateurs de l'AME de droit commun au

premier semestre 2017 et reposent sur une hypothèse de baisse globale du nombre de bénéficiaires consommateurs sur l'ensemble de l'année 2017.

Cependant, cette hypothèse a vraisemblablement conduit à une prise de risque excessive, dans la mesure où elle s'appuie sur une baisse du nombre de bénéficiaires consommateurs que l'administration ne parvient toujours pas à expliquer.

Le **programme 204** a pour sa part fait l'objet de nombreux mouvements de crédits, bien que pour la plupart de faible montant.

Tableau n° 4 : Mouvements de crédits du programme 204

<i>En euros</i>	AE	CP
LFI	441 419 625	442 719 625
Fonds de concours	18 000 000	18 000 000
Décret de transfert du 30 juin 2017	19 248	19 248
Décret d'avance du 20 juillet 2017	- 22 414 417	- 24 514 147
Décret de transfert du 22 novembre 2017	800 000	800 000
Décret de virement du 15 décembre 2017	5 330 000	0
LFR du 28 décembre 2017	8 000	8 000
Total des crédits disponibles	443 162 456	437 032 726
Crédits consommés	441 386 666	436 877 259
Taux d'exécution	99,6 %	99,9 %

Source : Chorus, DGS, DGOS, DFAS

Les deux principaux mouvements de crédits du programme concernent l'annulation de 24,5 M€ en CP et 22,4 M€ en AE, afin de financer les ouvertures de crédits du décret d'avance du 20 juillet 2017 et le virement de 5,33 M€ en AE des programmes 124 et 183 vers le programme 204, pour le financement de la construction du nouveau siège du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

Les autres mouvements de crédits portent sur des opérations de moindre ampleur. Il s'agit du transfert de 0,8 M€ du programme 129 vers le programme 204 pour l'achat de malles amorces, du transfert de 19 k€ du

programme 148 vers le programme 204 pour la formation des apprentis et du redéploiement en LFR d'une réserve parlementaire à hauteur de 8 k€.

Le programme 204 a enfin été abondé par fonds de concours à hauteur de 18 M€, afin d'accompagner les établissements de santé à se désengager des emprunts structurés.

1.2.3 Des redéploiements de crédits au sein des programmes

Plusieurs redéploiements de crédits ont été décidés au sein des deux programmes afin de combler les écarts entre crédits disponibles et dépenses à réaliser, et d'être en mesure d'honorer l'ensemble des engagements malgré la mise en réserve.

Sur le programme 183, 425 k€ ont été transférés de l'AME de droit commun vers les autres AME afin d'honorer, malgré la mise en réserve, des dépenses que le ministère de la santé s'était engagé à rembourser auprès des offreurs de soin et des autres administrations.

Quant au programme 204, le principal redéploiement a consisté, après le dégel de la réserve de précaution, à transférer 2,1 M€ de crédits en AE=CP de l'enveloppe dédiée aux frais de justice vers d'autres postes de dépenses, compte tenu du report à l'année suivante des premières indemnités au titre de la Dépakine. Les autres ajustements portent sur des montants plus modestes, de 98 k€ au titre de la réaffectation des réserves parlementaires de la DGS vers celles de la DGOS, de 58 k€ pour le transfert d'une dépense de l'administration centrale à l'ANSP et de 61 k€ correspondant aux derniers ajustements de fin de gestion.

1.2.4 Des taux d'exécution qui ne prennent pas en compte l'endettement à l'égard de l'assurance maladie

Les taux d'exécution atteints sur le programme 204, 99,6 % des AE et 99,9 % des CP, attestent de la pertinence du calibrage des mouvements de crédits opérés en cours d'année. Les AE non consommées, à hauteur de 1,77 M€, correspondent au souhait de ne pas faire peser un montant de restes à payer trop élevé sur les crédits de paiement pour 2018. Les CP restants, à hauteur de 160 k€, renvoient quant à eux à des réserves parlementaires non consommées.

Pour le programme 183, en revanche, les taux d'exécution sont dépourvus de signification, dans la mesure où la dette de l'État à l'égard de l'assurance maladie sert en pratique de variable d'ajustement entre les dépenses d'AME réalisées et les crédits disponibles. La hausse non anticipée des dépenses d'AME observée en fin d'année a ainsi conduit à

un accroissement de cette dette à hauteur de 37,8 M€, portant le stock de dette au titre de l'AME à 58,9 M€.

1.3 Des dépenses quasiment stables à périmètre constant

1.3.1 Une exécution à nouveau supérieure au plafond défini par la loi de programmation des finances publiques

Les dépenses de la mission santé apparaissent en baisse de 4,6 % en 2017 si l'on ne tient pas compte des mesures de périmètre, mais sont en réalité en légère augmentation par rapport à l'année précédente si l'on compare sur la base du périmètre de la mission en 2016.

Entre 2016 et 2017, les crédits de paiement consommés sont ainsi passés de 1,315 à 1,249 Md€ à périmètre courant, mais atteignent en réalité 1,316 Md€ en 2017 sur la base du périmètre de la mission en 2016.

Tableau n° 5 : Évolution des dépenses de la mission (en CP)

<i>En Md€</i>	Exécution 2015	Exécution 2016	Exécution 2017 périmètre courant	Exécution 2017 périmètre 2016
Mission Santé	1,252	1,315	1,249	1,316
Programme 183	0,774	0,838	0,812	0,812
Programme 204	0,478	0,477	0,437	0,504

Source : Chorus, DFAS

Malgré la baisse des dépenses de la mission à périmètre courant, celles-ci s'écartent encore de 1 M€ en CP hors fonds de concours du plafond de 1,23 Md€ prévu par la LPFP 2014-2019 pour 2017. Cet écart atteint 68 M€ après retraitement du plafond LPFP pour tenir compte du changement de périmètre et s'établirait même à 106 M€ si l'on intégrait le surcroît de dette de l'État à l'égard de l'assurance maladie au titre de l'AME

Tableau n° 6 : Comparaison de l'exécution aux plafonds prévus dans la LFPP 2014-2019 (en CP)

<i>En Md€</i>	Mission Santé
Norme LPFP (a)	1,230
Périmètre et transferts 2016 et 2017 (b)	- 0,067
Norme LPFP format 2017 (I = a+b)	1,163
Exécution 2017 (c)	1,249
Fonds de concours et attribution de produits (d)	0,018
Contribution de la mission au CAS pensions (e)	0
Exécution 2017 hors fonds de concours et pensions (II = c-d-e)	1,231
Écart Exécution LPFP (III = I-II)	- 0,068

Source : Chorus, DFAS

1.3.2 Une hausse des dépenses à périmètre constant principalement imputable au programme 204

La hausse des dépenses de la mission à périmètre constant s'explique par l'augmentation des dépenses du programme 204, à hauteur de 27 M€ en CP sur la base du périmètre 2016, compensée seulement en partie par la baisse de 26 M€ en CP des dépenses d'AME du programme 183.

L'accroissement des dépenses du programme 204 résulte principalement de la différence de 32 M€ entre les crédits ouverts en LFI 2017 à périmètre constant et les crédits de paiement consommés en 2016 afin, notamment, de financer l'augmentation anticipée des dépenses de frais de justice.

Ce surcroît de dépenses a cependant été atténué par les mouvements de crédits opérés en gestion, permettant une baisse des crédits consommés de 5,8 M€ par rapport aux crédits ouverts en LFI. Les économies réalisées proviennent pour l'essentiel de l'annulation de 24,5 M€ en CP par décret d'avance du 20 juillet 2017, portant notamment sur des crédits devenus sans objet pour l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

1.4 Une soutenabilité fragile compte tenu des différents risques à venir

1.4.1 Des reports d'AE et des restes à payer qui n'appellent pas de remarques particulières

Pour le programme 204 comme pour le programme 183, aucun report d'AE 2016 n'a été réalisé en gestion 2017. Il en est de même en 2018 pour les AE programmées en 2017. Seul un report de 155 458 € de crédits de paiement programmés au programme 204 en 2017 a été demandé pour l'année 2018.

En revanche, au 31 décembre 2016, le programme 204 présentait des restes et charges à payer de 3,246 M€ (hors prêt AFD pour le remboursement de la dette de l'agence de Wallis-et-Futuna, cf. *infra*), dont 0,599 M€ de charges à payer. Au 31 décembre 2017, ce montant était de 3,27 M€ dont 0,9 M€ de charges à payer.

Les restes à payer résultent de dossiers à portée pluriannuelle dans le cadre de conventions pluriannuelles d'objectifs (CPO), de subventions aux associations et de marchés publics dont l'engagement en AE a été réalisé lors de la signature du contrat ou de la convention.

Tableau n° 7 : Évolution des restes à payer en 2016 et 2017, hors remboursement de la dette à l'égard de Wallis-et-Futuna

En M€	2016	2017
Programme 204	3,25	3,27
Programme 183	0	0

Source : PAP mission santé PLF 2017 et PLF 2018, DFAS, DGS, DSS

1.4.2 Des engagements pluriannuels de dépenses qui pèseront sur les exercices futurs

À la suite de l'exécution 2017, la mission aura à faire face à des dépenses engagées en 2017, qui devront être financées en 2018 et les années suivantes.

S'agissant du **programme 204**, il s'agit d'une part des crédits nécessaires à la relocalisation et la construction du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), localisé à Lyon, qui à la suite d'une réunion interministérielle le 5 octobre 2017, a fait l'objet d'une décision de co-financement entre le ministère de la santé, le ministère de la recherche et de l'enseignement supérieur, le ministère des affaires étrangères et la

métropole de Lyon. La partie du financement qui revient au programme 204 devra être assurée par les crédits du programme, sans mesure de compensation.

Une enveloppe de 5,3 M€ crédits en AE a ainsi été débloquée en totalité fin 2017. Les crédits de paiements sont quant à eux répartis selon un échéancier de paiements courant sur quatre ans, de 2018 à 2021. Le premier paiement doit intervenir en 2018 pour un montant de 333 000 €, après la transmission de livrables par la métropole de Lyon, avec laquelle une convention a été signée².

D'autre part, quatre autres engagements pluriannuels ont été pris en 2017 pour des études dont le coût total en AE est de 0,98 M€.

Enfin, depuis 2015, l'agence de santé de Wallis et Futuna bénéficie d'un prêt de 26,6 M€, pour lequel les AE ont été engagées en totalité en 2015. Le remboursement de la dette a débuté en 2016 et est prévu sur vingt ans, à raison d'un remboursement de 1,34 M€ par an. Au 31 décembre 2017, le solde restant à rembourser s'élève à 23,91 M€.

Au total, la DGS a indiqué que les restes à payer pour l'exercice 2018 s'élevaient à 32,5 M€.

S'agissant du **programme 183**, compte tenu des prévisions d'exécution optimistes de l'AME de droit commun (cf. partie 1), la fin de gestion a fait apparaître une dette de l'État vis-à-vis de l'assurance maladie à hauteur de 37,8 M€.

Bien que cette somme, rapportée au montant total de l'AME de droit commun, apparaisse modeste, il est nécessaire qu'elle soit prise en compte en cours de gestion 2018, afin de ne pas pérenniser cette situation.

1.4.3 Un programme 204 au périmètre de plus en plus réduit, malgré des risques identifiés

1.4.3.1 Un risque persistant d'insoutenabilité pour l'agence de Wallis-et-Futuna

Comme la Cour l'a souligné à plusieurs reprises, l'agence de santé de Wallis-et-Futuna fait l'objet d'une sous-budgétisation récurrente depuis plusieurs années, malgré les difficultés financières identifiées et connues par les responsables de programme et la direction du budget. L'agence doit notamment assumer la charge d'évacuations sanitaires coûteuses vers la

² Puis 1 M€ en 2019 et 2 M€ en 2020 et 2021.

Nouvelle-Calédonie et d'une masse salariale élevée (42% du budget de l'agence).

Dans sa note du 8 février 2017, le CBCM du ministère de la santé émettait une réserve sur le financement de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. Il signalait un risque d'insuffisance budgétaire à hauteur de 2,3 M€ en AE et 2,4 M€ en CP en plus du dégel de la réserve, pour l'exécution 2017. En 2017 comme lors des années précédentes, il a donc été nécessaire en cours de gestion d'abonder les crédits destinés à l'agence de 7,8 M€ en CP, soit environ 25 % de plus que les dépenses initialement prévues.

À noter que dans la LFI 2018, la dotation prévue pour l'agence correspond aux crédits alloués en 2017 augmentés d'une mesure nouvelle pour lui permettre de couvrir l'ensemble de ses charges et éviter toute reconstitution de dette. Sous réserve de l'exécution qui sera observée 2018, cette mesure va dans le sens de la recommandation formulée par la Cour au titre de l'année 2016.

Tableau n° 8 : Évolution des crédits alloués à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna depuis 2015 (en CP)

En M€	2015	2016	2017
LFI (avec réserve de précaution)	28,5	29,8	31,8
Exécution	30,2	32,8	38,2 ³
Différence	+ 1,7	+ 3	+ 6,4

Source : Chorus, DGS, DFAS

1.4.3.2 Un risque de dépassement des dépenses prévues pour le contentieux lié à la Dépakine

La LFI 2017 avait prévu une dotation de 9,2 M€ à destination de l'ONIAM visant à couvrir les coûts liés à l'indemnisation des victimes de la Dépakine (sur les 14,4 M€ de dotation destinée à l'ONIAM). Le coût de l'indemnisation, qui sera entièrement supporté par l'État, a en effet été estimé à 424,2 M€ sur six ans, soit en moyenne 77,7M€ par an, comprenant 70,7 M€ au titre de l'indemnisation, 5 M€ au titre des expertises, et 2 M€ au titre des dépenses de fonctionnement des instances collégiales. La dotation 2017 visait à couvrir les frais de fonctionnement de l'instance collégiale et les frais d'expertise, le versement d'indemnisations ne devant intervenir qu'à partir de 2018.

³ Chiffre prévisionnel.

En 2017, compte tenu du temps d'instruction nécessaire à chacun des dossiers et du retard dans l'installation du comité d'experts⁴, seuls 500 000 € ont été dépensés au titre de l'indemnisation des victimes de la Dépakine. Les crédits restants ont été pour une part redéployés en interne pour financer des dépenses non prévues (cf. *infra*) et, pour une autre part, annulés lors du décret d'avance du 20 juillet 2017.

En revanche, la LFI 2018 prévoit une dotation de 77,7 M€ visant à couvrir le coût des indemnisations qui devraient être effectives à compter de 2018. Il faut noter néanmoins que la DGS a indiqué dans sa réponse au questionnaire de la NEB 2016 que l'estimation de 424,2 M€ constituait une « fourchette basse », réalisée sur des hypothèses de nombre de bénéficiaires remplissant les critères d'indemnisation. Par ailleurs, l'exécution en 2017 a montré que le processus d'indemnisation avait déjà pris du retard. Ainsi, tant cette estimation que la durée de la procédure d'indemnisation risquent de devoir être revues à la hausse.

1.4.3.3 Une réduction du périmètre de la mission permettant plus difficilement de faire face aux aléas

Comme indiqué dans la partie 1.1., la mission a vu son périmètre se réduire en 2018, notamment avec le transfert à hauteur de 115 M€ vers l'assurance maladie des crédits destinés au FIR. À cet égard, l'attrition progressive des crédits portés par la mission Santé peut faire peser un risque plus général sur la soutenabilité de la mission, destinée notamment à financer des opérations de santé, parfois en urgence. En 2017, grâce à des redéploiements de crédits interne, la mission a pu supporter le coût lié à des aléas qui par nature ne peuvent être intégrés à la programmation initiale.

À titre d'illustration, le programme 204 a dû faire face à quatre aléas en cours de gestion : la condamnation non prévue de l'État dans un contentieux relatif à la maladie de Creutzfeld-Jacob à hauteur de 2,3 M€ (financée grâce aux crédits initialement prévus pour le contentieux Dépakine), la participation du ministère à la construction du CIRC (cf. *supra*), la prise en charge du déploiement d'un hôpital de campagne à Pointe-à-Pitre à la suite de l'incendie du centre hospitalier (0,412 M€ financés par le dégel de la réserve) et la gestion de la crise sanitaire survenue aux Antilles à la suite du passage des ouragans Irma et Maria (2,56 M€ financés par dégel de la réserve à destination de l'ANSP).

⁴ Décret n° 2017-810 du 5 mai 2017 relatif à la prise en charge et à l'indemnisation des victimes du valproate de sodium et de ses dérivés.

1.4.3.4 Une hausse prévisible du nombre de bénéficiaires de l'AME

En 2018, la DSS prévoit une hausse de 4,8 % des effectifs de bénéficiaires de l'AME et de 5,2 % pour les années à venir.

Cette hausse peut représenter un risque pour la soutenabilité du programme 183, qui devra financer des dépenses croissantes, qui risquent de l'éloigner de la norme de dépense fixée dans la LPFP 2018-2022.

2 LES GRANDES COMPOSANTES DE LA DEPENSE

2.1 Une baisse en trompe-l'œil des dépenses d'intervention

2.1.1 Des dépenses d'AME en hausse si l'on tient compte de la dette de l'État à l'égard de l'assurance maladie

Les dépenses d'intervention du programme 183 apparaissent en baisse de 3,1 % en 2017 si l'on se réfère au montant des crédits consommés, mais sont en réalité en augmentation de 3,5 % si l'on tient compte de l'accroissement de 37,8 M€ de la dette de l'État à l'égard de l'assurance maladie.

Cette hausse s'explique par l'augmentation des dépenses d'AME de droit commun, passant de 832,3 M€ à 841,1 M€ si l'on additionne les CP consommés et le surcroît d'endettement à l'égard de l'assurance maladie. Elle résulte de l'accélération surprise des dépenses d'AME observée en fin d'année 2017, alors que le ralentissement du rythme des dépenses d'AME au premier semestre avait conduit la DSS à réviser à la baisse son anticipation de dépenses d'AME de droit commun.

Tableau n° 9 : Évolution des dépenses d'intervention du programme 183 (en CP)

<i>En euros</i>	Exécution 2015	Exécution 2016	Exécution 2017
Dépenses de guichet	762 009 593	823 713 212	803 344 604
<i>Dont AME de droit commun</i>	<i>634 402 289</i>	<i>783 743 011</i>	<i>763 344 604⁵</i>
<i>Dont soins urgents</i>	<i>127 607 304</i>	<i>39 970 201</i>	<i>40 000 000</i>
Dépenses discrétionnaires	11 492 244	13 734 233	7 894 659
<i>Dont autres AME</i>	<i>2 292 244</i>	<i>1 406 233</i>	<i>534 659</i>
<i>Dont FIVA</i>	<i>9 200 000</i>	<i>12 328 000</i>	<i>7 360 000</i>
Total AME	764 301 837	825 119 445	803 879 263
Total	773 501 837	837 447 445	811 239 263

Source : Chorus

⁵ Le RAP 2017 indique des dépenses de l'ordre de 801,1 M€ pour l'aide médicale d'Etat en 2017.

De surcroît, les dépenses d'AME n'ont pas bénéficié en 2017 d'économies qui auraient pu être générées par de nouvelles mesures structurelles, alors que l'année 2015 avait vu la suppression progressive des coefficients de majoration des tarifs hospitaliers au titre de l'AME et la suppression du remboursement des médicaments à service médical rendu (SMR) faible.

Enfin, la baisse des dépenses allouées aux autres AME et au FIVA, après une hausse de la dotation du fonds en 2016 visant à financer une remise gracieuse à hauteur de 3,4 M€, n'a pas suffi à compenser l'augmentation des dépenses d'AME de droit commun.

Tableau n° 10 : Évolution de la dette de l'État à l'égard de l'assurance maladie

<i>En M€</i>	2013	2014	2015	2016	2017
Écart dépenses d'AME/crédits disponibles	12,9	5,7	12,5	8,6	37,8
Apurement	0	0	-57,3	0	0
Dette au 31/12	51,7	57,3	12,5	21,1	58,9

Source : DSS, DFAS

2.1.2 Une hausse des dépenses d'intervention du programme 204 à périmètre constant

Les dépenses d'intervention du programme 204 présentent en 2017 une baisse de 55 % à périmètre courant, due au transfert du FIR à l'assurance maladie, mais sont en réalité en augmentation de 19,5 M€ à périmètre constant.

Cette augmentation découle principalement de la hausse des dépenses allouées à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, passant de 32,9 à 38,2 M€ en CP, et de la prise en compte dans la comptabilisation des crédits consommés de l'abondement à hauteur de 18 M€ du fonds de concours dédié au désengagement des emprunts structurés.

Les autres dépenses d'intervention, qui recouvrent les subventions aux associations et à l'Agence pour le développement des systèmes d'information de santé partagés (ASIP Santé) et les frais de justice, apparaissent quant à elles relativement stables.

Concernant les associations, la dotation de l'État était relativement stable en 2015 et 2016, puis en légère baisse en 2017 (13,6 M€ contre

14,4 M€ en 2016, en CP). Cette baisse tient notamment à la mise en place de l'Union nationale des associations agréées d'usagers des systèmes de santé (UNAASS) dont une partie du financement est désormais assurée par les crédits du Fonds national pour la démocratie sanitaire (FNDS). Les associations subventionnées en 2017 sont au nombre de 136, ce qui témoigne du caractère très fragmenté de ce financement et interroge sur l'efficacité des actions menées.

La DGS a indiqué que dans le cadre de la mise en place d'un comité stratégique des partenariats associatifs depuis fin 2014 visant à accroître l'efficacité de ce partenariat, le nombre d'associations bénéficiant de financement pourrait toutefois être resserré. Par ailleurs, un marché d'audit externe a été conclu en 2017 afin d'évaluer annuellement l'efficacité des actions menées par un échantillon d'une dizaine d'associations. Ces mesures vont dans la bonne direction, mais la Cour note néanmoins que peu d'informations sont disponibles dans les projets annuels de performance pour permettre au Parlement d'évaluer la qualité du « partenariat associatif », qui représente 15% des dépenses d'intervention du programme.

Tableau n° 11 : Évolution des dépenses d'intervention du programme 204 (en CP)

En euros	Exécution 2016	Exécution 2017
Politique de santé publique mise en œuvre en administration centrale	30 858 363	27 487 209
Frais de justice	5 200 000	5 100 000
<i>Dont frais de justice DGS</i>	<i>5 200 000</i>	<i>4 600 000</i>
<i>Dont frais Dépakine DGS</i>	<i>0</i>	<i>500 000</i>
Projets régionaux de santé	132 880 372	0
Opérateurs et organismes offre de soins	33 531 888	38 696 159
<i>Dont ASIP Santé</i>	<i>644 000</i>	<i>460 000</i>
<i>Dont Agence de santé de Wallis-et-Futuna</i>	<i>32 887 888</i>	<i>38 236 159</i>
Modernisation de l'offre de soins	3 274 684	21 045 800
Total	205 745 307	92 329 168

Source : DGS, DGOS, DFAS

2.2 Des économies qui se font attendre sur les dépenses allouées aux opérateurs

Au sein de la mission Santé, seul le programme 204 comporte des dépenses à destination des opérateurs, qui sont au nombre de six : l'Agence de biomédecine (ABM), l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), l'Institut national du cancer (INCa), l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et l'Agence nationale de santé publique (ANSP).

En 2018, le périmètre des opérateurs a de nouveau évolué avec le transfert intégral du financement de l'ABM et de l'EHESP vers l'assurance maladie.

Ces opérateurs bénéficient d'une subvention pour charges de service public (SCSP), qui ne constitue toutefois pas leur seule source de financement. En effet, l'EHESP et l'INCa bénéficient de ressources issues d'autres missions, et l'ABM et l'EHESP bénéficiaient, jusqu'en 2017, d'un co-financement État-assurance maladie.

2.2.1 Une hausse de la SCSP liée à la montée en charge de l'ANSP et son financement en intégralité par l'État

Pour l'ensemble des opérateurs du programme, la subvention pour charges de service public (SCSP) a été programmée à 344,6 M€ en LFI 2017 et exécutée à hauteur de 329,6 M€. Après la baisse constatée en 2016 (exécution à 258,98 M€ contre 269,82 M€ en 2015), cette subvention repart donc à la hausse en 2017.

Les subventions aux opérateurs de santé ont en effet sensiblement augmenté entre 2016 et 2017, avec la montée en charge de la nouvelle Agence nationale de santé publique (ANSP) et le transfert de son financement de l'assurance maladie au programme 204 à hauteur de 65 M€.

Ce transfert a toutefois été en partie compensé par une réduction de 6 M€ des crédits destinés aux opérateurs en LFI 2017. Ainsi, la hausse nette de la SCSP entre la LFI 2016 et la LFI 2017 est de 59 M€ et concerne en grande majorité l'ANSP.

Les 6 M€ d'économies obtenues en programmation sur les opérateurs devaient découler des mesures de mutualisation⁶ encouragées

⁶ Mise en cohérence des projets stratégiques des agences, raccordement au RIE, centralisation des achats, mutualisation des moyens de gestion.

par l'ordonnance du 20 janvier 2017 prise en application de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS). Si l'on compare la LFI avec réserve de précaution et l'exécution, les économies obtenues sont de l'ordre de 15 M€. Toutefois, si l'on compare l'exécution avec la programmation initiale hors réserve de précaution, il apparaît que le programme 204 présentait en fin de gestion un besoin de financement à hauteur de 1,4 M€ qui a pu être comblé par le dégel d'une partie de la réserve de précaution et le redéploiement de crédits internes par décret de transfert.

Tableau n° 12 : Évolution de la SCSP depuis 2016, en euros (en AE=CP), avec réserve de précaution

Opérateurs de la mission	LFI 2016	Exécution 2016	LFI 2017	Exécution 2017	Évol. Exéc. 2016-2017
ABM	13 871 940	12 998 726	13 814 059	12 918 775	-79 951
ANSèS	13 239 320	12 749 315	14 263 765	13 315 992	566 677
ANSM	113 736 346	111 786 346	112 675 668	109 807 008	-1 979 338
EHESP	9 541 495	7 115 667	9 181 476	7 455 975	340 308
EPRUS	10 599 420	0	0	0	0
INCa	45 046 658	31 430 042	44 501 831	41 061 061	9 631 019
INPES	23 791 200	0	0	0	0
InVS	55 652 220	0	0	0	0
ANSP	0	82 897 077	150 167 119	145 051 402	62 154 325
Total	285 478 599	258 977 173	344 603 918	329 610 213	+ 70 633 040
Diff. LFI 16-17			+ 59 125 319		

Source : DGS, Chorus

S'agissant des cinq opérateurs qui n'ont pas évolué entre 2016 et 2017, on observe que malgré une programmation de la SCSP en baisse entre 2016 et 2017, l'exécution a été en hausse pour l'ensemble des opérateurs, à l'exception de l'ANSM (- 2 M€) et l'ABM (- 0,08 M€). Toutefois, hormis pour l'INCa dont les dépenses ont augmenté de 10 M€, la hausse des dépenses des autres opérateurs reste mesurée. Elle tient pour l'essentiel à l'élargissement des missions de ces opérateurs qui a découlé de la loi de modernisation de notre système de santé.

Lors des années précédentes, la réduction des crédits s'était traduite par des prélèvements importants sur les fonds de roulement des opérateurs

(70 M€ en tout en 2016). Or, d'après le dernier compte rendu de gestion de septembre 2017, aucune alerte sur la trésorerie de ces opérateurs n'a été signalée lors de l'exercice 2017, hormis l'ABM dont le fonds de roulement a dû être prélevé à hauteur de 242 000 € en cours de gestion.

Le potentiel d'économies fourni par les opérateurs, pour lesquels la baisse de la SCSP constitue un levier efficace de réduction des dépenses, ne doit toutefois pas empêcher d'autres mesures d'économies, notamment sur les dépenses d'intervention de la mission. Par ailleurs, ce levier ne pourra pas être durablement actionné compte tenu de l'attrition progressive des fonds de roulement des opérateurs.

2.2.2 Des baisses d'effectifs notables parmi les opérateurs

Les moyens en personnels de la mission santé sont financés par le programme 124. Ainsi, les seules dépenses de personnel du programme 204 sont celles imputables aux opérateurs et sont donc financées *via* l'allocation de la SCSP.

Tableau n° 13 : Évolution du plafond d'emplois de la mission santé depuis 2015

<i>En ETPT</i>	2015	2016	2017	Évolution 2017/2016
Plafond d'emplois opérateurs (LFI)	2 299,00	2 295,00	2 253,00	-42,00
Exécution du plafond d'emplois des opérateurs	2 294,00	2 234,74	2 203,00	-29,21
Écart	- 5,00	- 60,26	- 50	12,79

Source : DGS, DFAS

Le programme 204 a porté en 2017 d'importantes baisses d'effectifs sous plafond. La LFI prévoyait en effet une baisse de 42 ETPT du schéma d'emplois par rapport à la LFI 2016, soit un schéma d'emplois à 2 253 ETPT. Au titre de la LFI, les baisses d'effectifs devaient se décliner de la façon suivante :

- Une réduction de 28 ETPT pour l'ANSP, compensée par le transfert de 21 ETPT relevant des effectifs CIRE, soit une baisse de 7 ETPT en tout ;
- Des réductions de 4 ETPT pour l'ABM et de 15 ETPT pour l'ANSM ;

- Des réductions de 4 ETPT pour l'INCa et de 12 ETPT pour l'EHESP.

L'exécution prévue pour 2017 montre que la réduction a été plus importante que celle prévue en LFI. En effet, 50 ETPT supplémentaires ont été retranchés du programme 204, contre les 42 prévus en LFI par rapport à la LFI 2016. Ceci tient au fait que les opérateurs ont anticipé dès le second semestre 2017 la baisse des effectifs à venir pour l'année 2018, le PLF 2018 fixant en effet le plafond d'emploi des opérateurs à 1 658⁷. D'autres facteurs sont avancés par le responsable de programme : difficultés à recruter sur des postes très spécifiques, départs non prévus.

Cette baisse a concerné l'ensemble des agences du programme 204.

Tableau n° 14 : Évolution des emplois sous plafond des opérateurs

Schéma d'emplois en ETPT	Exécution 2015	Exécution 2016	LFI 2017	Exécution 2017
ABM	249,00	241,20	243,00	240
ANSM	991,00	956,80	955,00	936
EHESP	325,00	319,54	313,00	312
INCa (GIP)	150,00	147,20	145,00	142
ADALIS (GIP)	38,00	570,00	597,00	573
EPRUS	29,00			
INPES	126,00			
InVS	386,00			
Total	2 294,00	2 234,74	2 253,00	2 203

Source : DGS, DFAS

En exécution, les effectifs hors-plafond sont de 95,81 ETPT, contre 93 inscrits en LFI. Cette exécution supérieure s'explique par la non-prise en compte au moment de la programmation des contrats d'apprentissage de l'ANSP (6 ETPT en tout).

⁷ Ce chiffre tient compte du transfert du financement de l'ABM et de l'EHESP vers l'assurance maladie.

Tableau n° 15 : Évolution des effectifs hors-plafond de la mission

Schéma d'emplois en ETPT	Exécution 2015	Exécution 2016	LFI 2017	Exécution 2017
ABM	12,00	12,69	16,00	13,83
ANSM	5,00	8,00	19,00	17,00
EHESP	33,00	40,70	32,00	36,69
INCa (GIP)	8,00	11,10	12,00	7,44
ADALIS (GIP)				
EPRUS	1,00	15,80	14,00	20,85
INPES	5,00			
InVS	9,00			
Total	73,00	88,29	93,00	95,81

Source : DGS, DFAS

2.2.3 Des économies encore peu perceptibles à la suite de la création de l'Agence nationale de santé publique

En 2017, les économies liées à la création de l'ANSP portent sur la fin des baux locatifs de l'INPES et de l'EPRUS (1,26 M€) et la réduction de 7 ETPT (28 ETPT sortants et 21 ETPT entrants du fait du transfert des personnels des cellules interrégionales d'épidémiologie – CIRE – qui relevaient auparavant de l'InVS). L'objectif poursuivi est de générer des gains d'efficacité qui permettront en 2019 de réduire les effectifs de 10 %.

Il apparaît ainsi que les principales économies constatées à la suite de la création de l'ANSP tiennent pour l'essentiel à une faible réduction des effectifs.

Ces économies sont encore insuffisantes, comme en témoigne le solde déficitaire du budget de l'agence en 2017 (- 14,6 M€). L'ANSP doit en effet conduire un projet immobilier afin de regrouper l'ensemble des personnels sur le site de Saint-Maurice, qui sont à ce jour rassemblés sur le site dans des locaux modulaires. Dans le budget initial 2017, ce projet immobilier était évalué à 19,4 M€ en AE et 11,9 M€ en CP.

2.3 Des dépenses de fonctionnement minimales hors subventions pour charges de service public

Les dépenses de fonctionnement de la mission santé relèvent principalement des subventions pour charges de service public (catégorie

32) versées aux opérateurs du programme 204, à hauteur de 329,9 M€ en CP en 2017. En comparaison, les dépenses de fonctionnement hors opérateurs portent sur un montant plus modeste, de 14,7 M€ en CP pour le programme 204, dont 8,9 M€ alloués aux frais de justice, et 464 k€ pour le programme 183.

Tableau n° 16 : Évolution des dépenses de fonctionnement du programme 204 hors opérateurs (en CP)

<i>En euros</i>	Exécution 2015	Exécution 2016	Exécution 2017
Actions juridiques et contentieuses	8 493 363	7 013 745	8 926 362
Autres dépenses	6 394 562	5 004 783	5 805 517
Total	14 887 925	12 018 528	14 731 879

Source : Chorus

2.4 Des dépenses fiscales qui demeurent non évaluées

Le coût des dépenses fiscales rattachées à la mission santé est près de deux fois supérieur aux crédits alloués à la mission. En effet, en 2017, leur coût a été de 3,36 Md€, soit un montant proche de celui de 2016 (3,59 M€), pour 1,26 Md€ de crédits alloués à la mission santé.

Concernant le programme 183, les trois dépenses fiscales qui lui sont rattachées sont restées stables en nombre comme en coût. Le responsable de programme justifie le rattachement de ces dépenses fiscales par le fait qu'elles visent toutes des objectifs cohérents avec ceux du PAP, à savoir l'aide aux personnes vulnérables (aide aux victimes de l'amiante et des personnes souffrant de maladies professionnelles et réduction des inégalités sociales de santé). La dépense fiscale intitulée « déduction de l'actif successoral des rentes ou indemnités versées ou dues en réparation des dommages corporels liés à un accident ou une maladie » ne fait l'objet d'aucun chiffrage en PLF, ce qui interroge sur les moyens disponibles pour évaluer son efficacité.

Quant au programme 204, il compte sept dépenses fiscales, contre 6 en 2016. Une nouvelle dépense fiscale permet l'exonération des indemnités journalières (IJ) servies au titre des maladies longues et coûteuses, à compter du 1er janvier 2017 (cf. article 154 bis A du code général des impôts).

L'utilité et l'efficacité de certaines dépenses fiscales sont sujettes à caution. Ainsi, la réduction de TVA à 10 % sur les prestations réalisées dans les établissements thermaux mérite d'être revue, dans la mesure où sa cible est extrêmement réduite. De même, la déduction forfaitaire de l'impôt sur le revenu accordé aux médecins conventionnés peut doubler avec les dispositifs incitatifs déjà en vigueur dans la convention médicale.

La Cour recommande depuis plusieurs années de procéder à l'évaluation de l'efficacité des dépenses fiscales. Cette évaluation, à caractère nécessairement interministériel, implique d'associer l'administration fiscale dans la mesure où elle détient la majorité des données. Interrogée à ce sujet, la direction du budget indique vouloir privilégier, non pas une évaluation globale de l'ensemble des dépenses fiscales, mais plutôt une évaluation thématique, en lien avec l'évaluation d'une politique publique. À ce jour toutefois, aucune des deux options n'a été mise en œuvre.

3 LA QUALITE DE LA GESTION

3.1 La conformité aux principes et règles du droit budgétaire

3.1.1 Le principe d'annualité

Les crédits alloués au programme 183 sont limitatifs, mais constituent dans le même temps des dépenses de guichet. Ainsi, en cas de dépenses supérieures au montant initialement alloué au programme, l'État contracte une dette vis-à-vis de l'assurance maladie qui doit « avancer » ces dépenses à l'État.

À ce titre, au regard du principe d'annualité, la dette contractée par l'État en fin de gestion devrait être rattachée à l'exercice au cours duquel la dette s'est constituée et ce, afin d'avoir une vision plus exhaustive des dépenses exécutées sur cet exercice.

3.1.2 Le principe de spécialité

Pas d'observation.

3.1.3 Le principe d'universalité

Pas d'observation.

3.1.4 Le principe d'unité

Pas d'observation.

3.1.5 Le principe de sincérité

Comme lors des exercices précédents, la budgétisation initiale des crédits du programme 183 est sujette à caution. La dette de 37,8 M€ contractée auprès de l'assurance maladie en fin de gestion confirme que les prévisions de dépenses n'ont pas été évaluées correctement.

3.2 Une maquette de performance stable

Après la refonte de la maquette intervenue en 2016 afin de mettre en conformité les indicateurs de la mission avec les axes de la loi de

modernisation de notre système de santé, la maquette de performance est restée stable en 2017 et n'a pas fait l'objet d'évolutions majeures.

Les six indicateurs de performance du programme 183 n'ont pas évolué par rapport à l'exercice 2016. Ils visent chacun à évaluer la performance du service rendu lors de la liquidation des prestations servies dans le cadre du programme 183 (indemnisation via le FIVA ou accès à l'AME de droit commun). À ce titre, ils sont davantage des indicateurs de qualité de service. En revanche, ils n'ont aucun lien avec la qualité de la programmation budgétaire et de son exécution.

Par ailleurs, les modalités de calcul discutables du sous-indicateur de l'indicateur 1.2 ont été revues par la DSS, conformément aux observations formulées par la Cour au titre de l'exercice 2016. Désormais, la comptabilisation retenue permet d'obtenir le ratio des dossiers refusés sur le nombre de dossiers d'admission ou de refus, et non plus sur le nombre de dossiers traités, ce qui était le cas jusqu'en 2016. Cette nouvelle méthode de comptabilisation permet d'exclure les dossiers incomplets, ce qui avait tendance à gonfler le taux de refus. Au dernier trimestre, ce ratio était de 3,8 %.

En revanche les cibles retenues n'ont pas évolué depuis leur définition en 2015 dans le cadre du budget triennal, ce qui est discutable compte tenu de l'évolution rapide du nombre de bénéficiaires de l'AME.

Les indicateurs relatifs au programme 204 sont également restés stables, à l'exception de l'indicateur relatif au taux de prévalence du tabac désormais calculé sur la population des 15-65 ans et non plus des 18-65 ans. Cette évolution va dans le bon sens compte tenu de l'enjeu que représente l'entrée dans le tabac des mineurs.

L'indicateur relatif à l'état de santé perçu de la population paraît toutefois assez peu opérationnel. Il avait vocation à donner une vision plus globale et moins cloisonnée des politiques de santé et s'est substitué à trois indicateurs précédents (prévalence du sida, du cancer du sein et consommation annuelle d'alcool). La cour avait souligné dans son rapport de 2015 qu'il était plus efficace de regrouper autant que possible les indicateurs et de les aligner sur ceux existant dans les programmes de qualité et d'efficacité. Toutefois, compte tenu de son caractère très généraliste, il est difficile de définir précisément à quelles actions du programme cet indicateur se rattache, ce qui amoindrit sa portée et son caractère opérationnel.

En termes de résultats, les indicateurs de la mission apparaissent conformes aux cibles définies.

4 LES RECOMMANDATIONS DE LA COUR

4.1 Le suivi des recommandations formulées au titre de 2016

Recommandation n° 1 : procéder à la revue des dépenses fiscales de la mission santé afin de pouvoir évaluer leur pertinence, mais aussi proposer leur suppression, leur diminution, leur meilleur ciblage, voire leur réaffectation.

Cette recommandation, déjà formulée par la Cour pour l'année 2016, n'a pas davantage été suivie en 2017. D'après la DFAS, la difficulté à évaluer les dépenses fiscales de la mission provient du fait que les déterminants de la dépense, à l'image du nombre de bénéficiaires, sont pour la plupart connus de la seule administration fiscale.

Dans ce cadre, hormis la création d'une nouvelle dépense fiscale visant à exonérer les indemnités journalières (IJ) servies au titre des maladies longues et coûteuses, les caractéristiques, le rattachement et le coût global des neuf autres dépenses fiscales rattachées à la mission n'ont pas évolué en 2017.

Recommandation n° 2 : donner à la répartition des compétences entre l'État et l'assurance maladie et au décroisement des financements des opérateurs un cadre rationnel stabilisé, déterminant clairement et explicitement le partage des rôles entre l'un et l'autre en matière de pilotage de la politique de santé et de financement de la prise en charge des soins.

Les transferts en 2017 de la part de financement par l'assurance maladie de l'ANSP à l'État et, en sens inverse, de la part de financement par l'État du FIR à l'assurance maladie ont contribué à la simplification du financement des politiques de santé. Dans les deux cas, la part transférée apparaissait en effet minoritaire. Ces transferts complètent ainsi l'unification en 2015 du financement de la Haute Autorité de santé (HAS), de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et du centre national de gestion (CNG), par le transfert à l'assurance maladie de la part de financement de l'État.

En revanche, rien n'indique que ces nouveaux transferts concourent effectivement à la simplification du partage des responsabilités entre État et assurance maladie. La répartition de l'enveloppe du FIR en témoigne, effectuée par le secrétaire général des ministères sociaux et les DG d'ARS, en dépit d'un financement intégralement assuré par l'assurance maladie et

qui n'évite pas que certaines actions de la CNAMTS aient le même objet que d'autres assignées au FIR.

À ce titre, la recommandation mérite d'être à nouveau formulée au titre de l'année 2017.

Le caractère forfaitaire des dépenses allouées à l'AME « soins urgents » continue à faire supporter une partie du financement de l'AME à l'assurance maladie, alors que le caractère non contributif de ces dépenses justifierait pourtant un financement par l'État.

Recommandation n° 3 : veiller au calibrage adéquat de la dotation initiale de l'agence de Wallis-et-Futuna, afin d'éviter de faire peser la couverture de ses dépenses sur des redéploiements de crédits en gestion, particulièrement délicats dans un contexte de contrainte budgétaire forte sur le programme 204.

Cette recommandation n'a pas été mise en œuvre. Le montant des crédits ouverts en 2017 au bénéfice de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna est en effet apparu inférieur au niveau des crédits consommés en 2016, alors que rien ne laissait pourtant supposer une baisse des dépenses de l'agence.

Recommandation n° 4 : fonder les hypothèses de budgétisation initiale de l'aide médicale d'État sur une estimation rigoureuse de l'évolution des dépenses, et étudier, à des fins de renforcement de la sincérité de la programmation, les conditions d'une prise en charge au réel par le programme 183 des dépenses encourues par l'assurance maladie au titre de l'AME « soins urgents ».

Comme les années précédentes, la programmation des crédits d'AME de droit commun pour 2017 a reposé sur une hypothèse d'évolution des dépenses fondée, non pas sur l'exécution prévisionnelle de 2016, mais sur la programmation des crédits en 2016, qui s'étaient avérés insuffisants en cours de gestion.

Par ailleurs, s'agissant de la prise en charge au réel, et non pas sous forme d'un forfait, des dépenses liées à l'AME « soins urgents », la DSS a indiqué à la Cour que cette option était toujours envisagée mais qu'à ce stade, elle était jugée moins prioritaire compte tenu des montants en jeu et de la réduction de l'écart entre la prise en charge forfaitaire de ces dépenses et les dépenses réelles constatée en 2017.

Cette recommandation n'a donc pas été mise en œuvre en 2017.

Recommandation n° 5 : procéder à un renouvellement de la maquette de performance du programme 183, dont certains indicateurs paraissent peu opérants.

Cette recommandation n'a pas été mise en œuvre. Elle visait la mise à jour d'indicateurs de performance du programme 183 jugés peu pertinents, à l'image de l'indicateur 1.2 correspondant au pourcentage des dossiers d'AME présentant des ressources nulles, ayant toujours atteint 100 % sur les quatre dernières années. Aucune évolution de la maquette de performance n'a cependant eu lieu en 2017.

4.2 Récapitulatif des recommandations formulées au titre de la gestion 2017

4.2.1 Des recommandations reformulées au titre de l'exercice 2017

Recommandation n° 1 : améliorer la budgétisation de la dotation destinée à financer l'AME de droit commun ;

Recommandation n° 2 : mieux déterminer la dotation destinée à l'agence de Wallis-et-Futuna, afin de couvrir ses dépenses à due concurrence de besoins mieux maîtrisés et éviter ainsi toute reconstitution de dettes ;

Recommandation n° 3 : procéder à la revue des dépenses fiscales rattachées à la mission santé afin de pouvoir évaluer leur efficacité, et étudier, le cas échéant, leur suppression ou leur évolution ;

4.2.2 Des recommandations réitérées au titre de 2017

Recommandation n° 4 : procéder à un renouvellement de la maquette de performance du programme 183, dont certains indicateurs paraissent peu opérants ;

Recommandation n° 5 : donner à la répartition des compétences entre l'État et l'assurance maladie et au décroisement des financements des opérateurs une plus grande transparence, dans le cadre d'un schéma de financement rationalisé.