

# Mission Santé

---

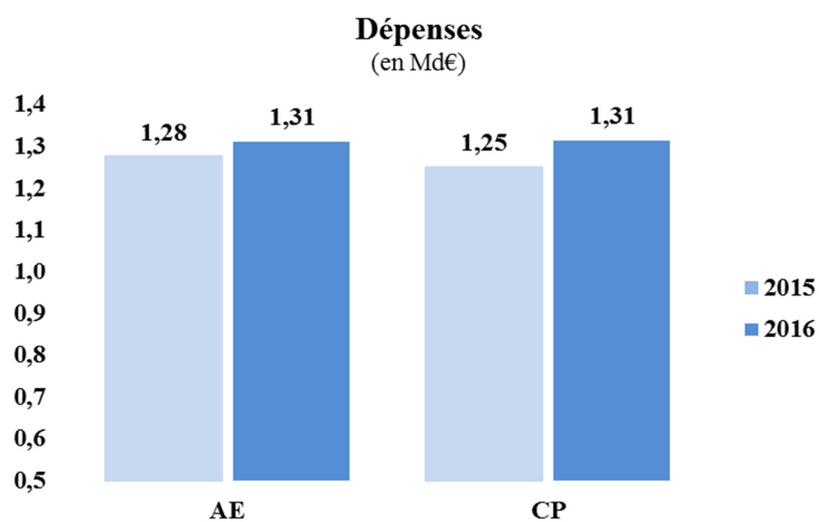
Note d'analyse  
de l'exécution budgétaire

2016

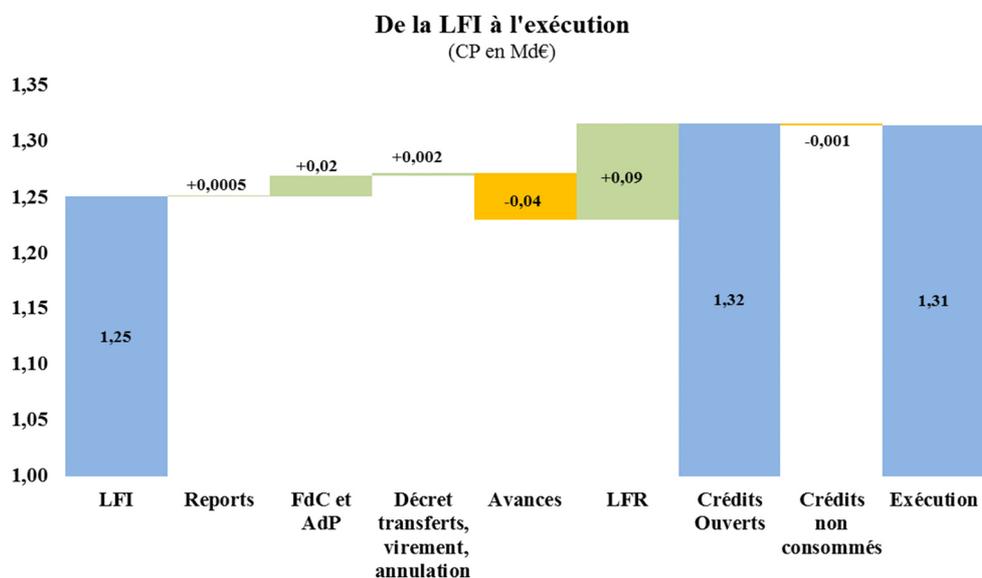
## Santé

Programme 204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

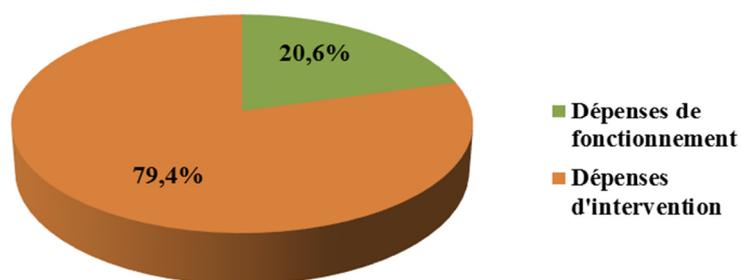
Programme 183 – Protection maladie

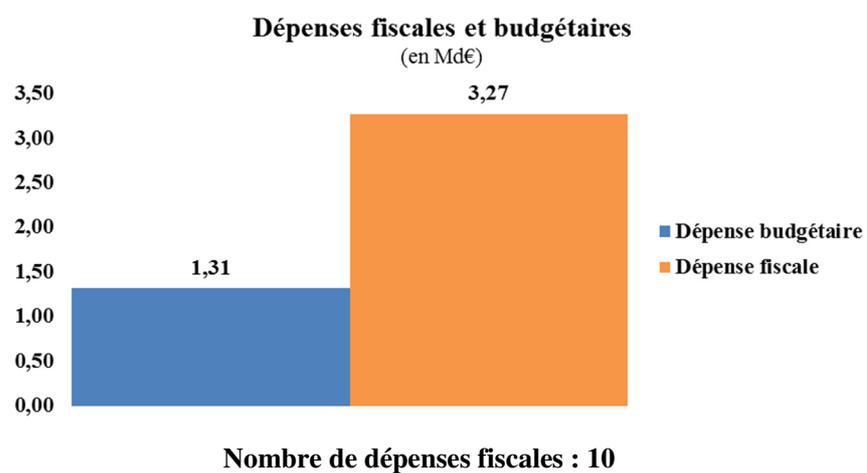


**0,4 % du budget général hors R & D**



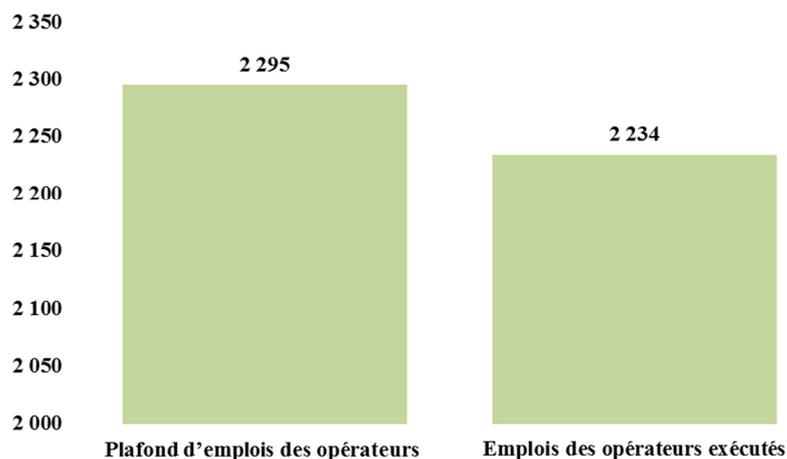
**Les dépenses de la mission par nature**  
(en % des CP)





**Principaux opérateurs :**

- Agence de la biomédecine (ABM)
  - GIP Addictions drogues alcool info services (ADALIS) – *fusionné au sein de l'ANSP en cours d'exercice*
  - 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)
  - Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) - *fusionné au sein de l'ANSP en cours d'exercice*
  - Institut national du cancer (INCa)
  - Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) - *fusionné au sein de l'ANSP en cours d'exercice*
  - Institut de veille sanitaire (InVS) - *fusionné au sein de l'ANSP en cours d'exercice*
- 

**Plafond d'emplois et exécution**  
en ETPT pour l'Etat et ses opérateurs

## Synthèse

### **Les principales données de la mission**

---

Les crédits affectés à la mission santé ont représenté 1,25 Md € (en CP) en programmation initiale et 1,31 Md € (en CP) en exécution, répartis entre le programme 183 (752 M€ en LFI, 837 M€ en exécution), consacré au financement de l'aide médicale d'État (AME) et du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), et le programme 204 (498 M€ en LFI, 476 M€ en exécution), qui porte les crédits alloués à l'élaboration et au pilotage des politiques de santé.

Les moyens de la mission relèvent exclusivement du titre 3 (catégorie 31 - fonctionnement et catégorie 32 - subventions pour charges de service public versées aux opérateurs) et du titre 6 (dépenses d'intervention), puisque les crédits correspondant à ses fonctions support figurent dans le programme 124 de la mission Solidarité, insertion et égalité des chances.

Les crédits retracés par les deux programmes (183 et 204) de la mission ne sont pas représentatifs de l'effort financier global consacré à la politique de santé publique, dans la mesure où la mise en œuvre de l'essentiel des actions de la mission relève de multiples partenaires institutionnels (organismes de sécurité sociale, agences sanitaires, agences régionales de santé, fonds financiers) qui bénéficient de financements croisés entre l'État et l'assurance maladie.

### **Les principales observations**

---

#### **Des dépenses d'aide médicale d'État dont le dynamisme persistant compromet la soutenabilité de la mission**

L'exécution du programme 183 reste caractérisée, comme les exercices précédents, par la dynamique des dépenses d'AME de droit commun, qui a nécessité l'ouverture de crédits supplémentaires (85,7 M€) en LFR et accru la dette accumulée par l'État vis-à-vis de la CNAMTS au titre du financement de l'AME. La sous-budgétisation du programme 183 apparaît néanmoins moins marquée que lors des exercices précédents, l'écart entre programmation et réalisation s'étant réduit pour la quatrième année consécutive.

### **Une contrainte forte pesant sur le programme 204**

Le programme 204 a subi d'importantes annulations de crédits au cours de l'exercice 2015 (41 M€ en CP), qui ont notamment pesé sur les subventions pour charges de service public (SCSP) allouées aux opérateurs du programme, amputées de 26 M€ par rapport à la LFI.

L'exécution 2016 a été marquée par une refonte du périmètre des opérateurs rattachés au programme 204. La loi de modernisation de notre système de santé a ainsi prévu le regroupement de l'ensemble des missions et moyens des agences sanitaires dédiés à la protection des populations (l'InVS, l'INPES, l'EPRUS) et du GIP ADALIS au sein d'une nouvelle agence nationale de santé publique (ANSP), dont la création est intervenue en cours d'exercice. La fusion n'a pas eu d'impact budgétaire significatif en 2016, les premières économies résultant de la fusion étant attendues à compter de 2017.

L'exécution 2016 a également été caractérisée par les difficultés de financement de l'agence de Wallis-et-Futuna, qui pâtit d'une sous-budgétisation initiale chronique. Le responsable de programme a dû procéder, dans un contexte budgétaire déjà particulièrement contraint par les annulations de crédits, à des redéploiements de crédits en cours de gestion pour assurer la couverture des dépenses de fonctionnement de l'agence.

### **Une soutenabilité compromise à court et moyen terme**

Plusieurs facteurs de risque pèsent sur la soutenabilité des programmes 183 et 204.

Comme les années précédentes, la soutenabilité de la programmation initiale du programme 183 pour 2017 apparaît compromise. La programmation de dépenses d'AME de droit commun reste inférieure aux dépenses exécutées au titre de l'exercice 2016, alors même que les effectifs de bénéficiaires d'AME continuent de croître et qu'aucune mesure d'économie significative n'est prévue dans le PLF 2017. La sincérité de la budgétisation gagnerait à cet égard à être renforcée, notamment en évoluant d'une prise en charge forfaitaire vers une prise en charge au réel par le programme 183 des dépenses liées à l'AME « soins urgents ».

La multiplication des contentieux liés au valproate de sodium (Dépakine) constitue un risque significatif pour la soutenabilité du programme 204. Les coûts de procédure, d'expertise et d'indemnisation, qui ont fait l'objet d'une budgétisation forfaitaire de 10 M€ pour l'exercice 2017, pourraient s'élever à près de 80 M€ en année pleine.

**Un partage des responsabilités et des charges entre l'État et l'assurance maladie qui n'apparaît pas stabilisé**

La loi de finances initiale pour 2017 prévoit, dans la continuité des mesures de transferts inscrites en LFI 2015, qui reportait sur l'assurance maladie le financement de divers opérateurs et de la formation hospitalière continue des internes en médecine générale, de nouveaux aménagements de la répartition des financements entre l'Etat et l'assurance maladie. Est ainsi reportée vers l'assurance maladie la part Etat des crédits alloués au FIR (114 M€ en 2016), et inversement intégralement confiée à l'Etat le financement de la nouvelle agence nationale de santé publique (ANSP), co-financée à hauteur de 65 M€ par l'assurance maladie en 2016.

Si le décroisement des financements Etat - assurance-maladie constitue un gage de simplification des circuits de gestion, il n'est pas manifeste que les modifications de la répartition des compétences entre assurance maladie et État opérés au cours des dernières années aient procédé d'une vision claire de leurs rôles respectifs, et notamment que les principes présidant au maintien de tel opérateur dans le giron de l'État ou au transfert de tel autre à l'assurance maladie aient été explicités. Au demeurant, l'attrition progressive des moyens affectés au programme 204 (-31% entre 2014 et 2017) interroge quant à l'affaiblissement de la capacité d'action et de pilotage de l'État en matière de politique de santé.

**Des dépenses fiscales dont l'efficacité au regard des objectifs de santé demande à être démontrée**

Le coût des neuf dépenses fiscales de la mission Santé en 2016 (dont le périmètre n'a été que très marginalement modifié entre 2015 et 2016) est estimé à 3,3 Md€, soit un coût quasiment stable par rapport à 2015.

En dépit de l'importance de ce montant, et malgré l'obligation introduite par la loi de programmation des finances publiques, une évaluation de leur efficacité n'est toujours pas programmée.

## Les recommandations de la Cour

### Le suivi des recommandations formulées au titre de la gestion 2015

---

Les recommandations formulées par la Cour au titre de la gestion 2015 n'ont été que très partiellement mises en œuvre.

La dette accumulée par l'État vis-à-vis de la CNAMTS au titre de l'AME 2015 et 2016 (11,5 M€ au total) n'a pas été budgétée dans les collectifs budgétaires suivants, au motif que la dette État-Sécurité sociale n'avait pas vocation à faire l'objet d'une gestion segmentée, dispositif par dispositif.

L'évaluation des dépenses fiscales de la mission n'a guère progressé. L'abrogation en PLFR 2015 d'une disposition fiscale au coût très marginal (3 M€ sur plus de 3 Mds € de dépenses fiscales rattachées à la mission) constitue la seule modification apportée au périmètre des dépenses fiscales rattachées à la mission depuis 2015.

Le responsable du programme 183 n'a pas non plus procédé à une estimation rigoureuse de l'impact de la réforme du droit d'asile sur la dépense d'AME de droit commun, soulignant qu'elle était techniquement « *difficilement réalisable* ».

Des évolutions significatives ont en revanche été mises en œuvre dans le cadre de la programmation 2017 en matière de répartition des responsabilités et des charges entre l'État et l'assurance maladie, qui avait fait l'objet d'une recommandation au titre de l'exercice 2015. La LFI 2017 a ainsi prévu le transfert du financement du FIR à l'assurance maladie, ce qui minore d'une centaine de M€ les crédits portés par le programme 204, et, en sens inverse, le financement intégral de la nouvelle agence nationale de santé publique par l'État, ce qui majore les crédits du programme 204 de près de 65 M€ de l'assurance maladie.

Si le décroisement des responsabilités et des financements ainsi mis en œuvre semble aller dans le sens d'une simplification de bon aloi, il n'est pas manifeste qu'il ait procédé d'une vision préalable d'ensemble des rôles respectifs de l'État et de l'assurance maladie en matière de pilotage des politiques de santé. L'attrition progressive des crédits portés par le programme 204 (-31% entre 2014 et 2017) peut également interroger quant à l'affaiblissement de la capacité d'action et de pilotage de l'État en matière de politique de santé.

---

### Les recommandations formulées au titre de la gestion 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.

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.

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.

Recommandation n° 4 : Fonder les hypothèses de budgétisation initiale de l'aide médicale d'Etat 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 ».

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

## Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>12</b>
<b>1 L'EXÉCUTION DE LA DEPENSE .....</b>	<b>14</b>
1.1 Une programmation inégalement réaliste selon les programmes.....	14
1.2 Une gestion infra-annuelle des crédits que la dynamique de l'AME place sous une contrainte forte .....	18
1.3 Une évolution de la dépense que l'AME de droit commun fait dévier de sa trajectoire.....	24
1.4 Des facteurs de risque à court et moyen terme .....	26
<b>2 LES GRANDES COMPOSANTES DE LA DEPENSE.....</b>	<b>30</b>
2.1 Des opérateurs indispensables à l'exécution du programme 204.....	31
2.2 En dehors des subventions pour charges de service public, des dépenses de fonctionnement minimales .....	36
2.3 Des dépenses d'intervention qui constituent l'essentiel des dépenses de la mission .....	36
2.4 Des dépenses fiscales qui restent non évaluées, malgré leur poids budgétaire .....	41
<b>3 LA QUALITE DE LA GESTION.....</b>	<b>43</b>
3.1 Des réserves quant à la régularité de l'exécution .....	43
3.2 Une maquette de performance renouvelée .....	44
<b>4 LES RECOMMANDATIONS DE LA COUR.....</b>	<b>47</b>
4.1 Le suivi des recommandations formulées au titre de 2015... ..	47
4.2 Récapitulatif des recommandations formulées au titre de la gestion 2016 .....	49

## Introduction

La mission **Santé** (1 256 M€ en AE et 1 257,5 M€ en CP en PLF 2016) se compose de deux programmes placés sous l'autorité de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes :

Le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » (501,6 M€ en AE et 502,9 M€ en CP en PLF 2016), sous la responsabilité du directeur général de la santé (DGS), est divisé en neuf actions, numérotées de 11 à 19, regroupées en deux BOP :

- le BOP DGOS est essentiellement consacré à la modernisation de l'offre de soins (action 19), et finance à ce titre des études et expertises diverses, les subventions au GIP « Agence pour le développement des systèmes d'information partagés » (ASIP) et la dotation de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna ; s'y ajoute une partie des actions juridiques et contentieuses (incluses dans l'action 11)<sup>1</sup> ;
- le BOP DGS finance le pilotage de la politique de santé publique (action 11), l'accès et l'éducation à la santé (action 12), la prévention des risques infectieux et liés aux soins (action 13), celle des maladies chroniques (action 14), celle des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation (action 15), la réponse aux alertes, urgences et crises sanitaires (action 16), la qualité et la sécurité des produits de santé (action 17) ; il intègre aussi l'ensemble des crédits de prévention, veille et sécurité sanitaire alloués aux ARS par l'intermédiaire du Fonds d'intervention régionale (FIR) (action 18).

Le programme 183 « Protection maladie » (754 M€ en CP = AE en PLF 2016), sous la responsabilité du directeur de la sécurité sociale (DSS), comprend deux actions :

- l'aide médicale de l'État (action 02), qui recouvre en réalité plusieurs dispositifs : **l'AME de droit commun**, gérée par l'assurance maladie mais intégralement financée à la charge de l'État, versée aux personnes étrangères résidant en France depuis plus de trois mois sans remplir la condition de régularité de séjour exigée pour l'admission à la CMU (700 M€ inscrits en PLF 2016) ; **les soins urgents** aux patients étrangers en situation irrégulière ne pouvant bénéficier de l'AME, financés conjointement par l'État et l'assurance maladie (participation forfaitaire de 40 M€ versée par l'État à l'assurance maladie qui assure le remboursement aux hôpitaux) ; **trois autres**

---

<sup>1</sup> L'UO correspondante, confiée à la DAJ, dépend des deux BOP (DGOS et DGS).

**dispositifs** plus limités ( 4,5 M€ inscrits en PLF 2016) : l'AME dite humanitaire, les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux réunionnais ou métropolitains, et l'aide médicale pour les personnes gardées à vue ;

- le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (action 03) est chargé d'assurer la réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante. Outre la dotation budgétaire de l'État, les ressources du fond sont constituées majoritairement par la contribution de la branche AT-MP. Le PLF 2016 prévoyait une participation de l'État à son budget de 10 M€ (après deux années de participation nulle en 2013 et 2014, compte tenu du niveau important de réserves du fonds égal à 47 M€ fin 2012, et une participation de 10 M€ en 2015).

Les crédits retracés par ces deux programmes ne sont toutefois pas représentatifs de l'effort financier global consacré à la santé publique, dans la mesure où la mise en œuvre des actions de la mission relève de multiples partenaires institutionnels (organismes de sécurité sociale, agences sanitaires, agences régionales de santé) qui bénéficient de financements conjoints de l'État et de l'assurance maladie, voire de financements exclusifs de cette dernière. En outre, les dépenses fiscales associées à la mission Santé dépassent 3 317 M€ (chiffage PAP 2016), soit plus du double des crédits budgétaires de la mission.

L'autre caractéristique essentielle de la mission Santé réside dans le fait qu'elle ne comporte que des crédits relevant des titres 3 (dépenses de fonctionnement et subventions pour charges de service public) et 6 (dépenses d'intervention), à l'exclusion des titres 5 (dépenses d'investissement) et 2 : 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 » de la mission Solidarité, insertion et égalité des chances.

# 1 L'EXÉCUTION DE LA DEPENSE

## 1.1 Une programmation inégalement réaliste selon les programmes

### 1.1.1 Des transferts de compétences et mesures de périmètre très limités en 2016

Alors que d'importants transferts de compétences vers l'assurance maladie (à hauteur de 152,97 M€), avaient minoré les crédits portés par le programme en 2015, et porté atteinte, en l'absence de compensation budgétaire pour certains d'entre eux, à la sincérité de la programmation, les mesures de périmètre et transferts de compétences opérés au cours de l'exercice 2016 sont restés très limités, et n'ont pas entraîné de transfert de charges vers l'assurance maladie.

Les transferts de compétences intégrés à la budgétisation initiale pour 2016, ont représenté un montant net de 2,73 M€. Ils recouvrent le transfert de la prise en charge du personnel des cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) du budget des Agences régionales de santé (ARS), porté par le programme 124, à l'Institut national de veille sanitaire (InVS), pour un montant de 1,73 M€, et la contribution du programme 204, pour un montant de 1 M€, au financement d'un fonds dédié aux victimes de la traite et à l'insertion des personnes prostituées, relevant du programme 137.

### 1.1.2 Des hypothèses de budgétisation inégalement rigoureuses

#### 1.2.2.1. Les hypothèses structurantes

La programmation initiale du **programme 204** a été établie, dans le respect de la loi du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, sur la base des orientations suivantes :

- stabilité des subventions aux associations malgré la baisse globale des moyens alloués au programme ;
- stabilité de la dotation allouée aux frais de justice compte tenu de dossiers de contentieux aux enjeux financiers importants ;
- stricte application aux opérateurs de l'objectif d'économies transversales sur les dépenses de fonctionnement et de personnel.

Sur cette base, la loi de finances initiale pour 2016 prévoit un montant de 498 125 083 en CP et de 496 825 083 M€ en AE, contre 515 070 444 € en AE=CP en 2015, soit une baisse de 3,5% en AE. L'essentiel de cette baisse a été porté par les SCSP, en baisse de 5,2 % en CP (301 M€ à 285,4 M€).

S'agissant du **programme 183**, les crédits votés en LFI s'élevaient à 752,4 M€ (contre 686,4 M€ en 2015), soit un montant en progression de 9,6% par rapport à la dotation initiale votée en LFI 2015.

La programmation des dépenses d'AME de droit commun, qui constitue la quasi-totalité des dépenses du programme (plus de 92%), repose sur le calcul du tendanciel de ces dépenses, marqué par la progression des effectifs de bénéficiaires, auquel sont imputées les mesures d'économies prises en compte.

Le détail de ce calcul, tel que retracé dans le PAP restait néanmoins très imprécis, aucun des éléments d'économies pris en compte n'étant précisément chiffré. Le PAP faisait ainsi état d'une dépense tendancielle d'AME de droit commun estimée à 760 M€ en 2016, sous l'effet d'une augmentation des effectifs de bénéficiaires de 4,9%, que diminuerait la réalisation d'économies résultant :

- des « *mesures d'économies générale visant à contenir les dépenses dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie,*
- *de l'impact résiduel de la fin de la prise en charge des médicaments à service médical rendu faible,*
- *de la suppression des coefficients de majoration de certains tarifs hospitaliers appliqués de 2012 à 2014 » ;*
- de la mise en œuvre de la réforme du droit d'asile, qui « *devrait permettre de réduire le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'état* ».

En conséquence, le montant de l'AME de droit commun demandé en PLF s'élevait à 700 M€. Il était réduit au terme de la procédure parlementaire à 696 M€ en LFI.

Le montant de la dotation aux soins urgents (40 M€) était fixé au même niveau qu'en 2015 (40 M€), tandis que la dotation « autres AME » était diminuée, en cours d'examen au Parlement, de 4,5 M€ en 2015 à 3 M€ dans la LFI 2016.

Par ailleurs, la dotation FIVA était également augmentée, par amendement, de 10 M€ en 2015 à 13,4 M€, afin « *de permettre au FIVA de*

*financer la remise gracieuse sur indus d'indemnisation de victimes de l'amiante consécutivement à un contentieux gagné par le FIVA ».*

#### 1.2.2.2 La qualité et la sincérité de la programmation

La sincérité de la programmation du **programme 183** apparaît sujette à caution. Dans son avis du 25 janvier 2016 relatif au programme 183, le CBCM relève un fort risque d'insoutenabilité de la programmation avancée pour les dépenses d'AME. Il note que le niveau de la consommation des crédits en 2015 s'est élevé, sur les dépenses d'AME de droit commun, à 722 M€, quand le montant des crédits disponibles pour 2016 atteint 637 M€. En estimant un niveau de consommation stable en 2016 par rapport à 2015, le besoin de financement pourrait atteindre 85 M€, auquel il conviendrait d'ajouter la montant de la dette reconstituée auprès de l'ACOSS, de l'ordre de 14 M€, soit un besoin de financement complémentaire de 99 M€ pour l'exercice 2016.

L'avis relatif à la programmation 2016 s'avère à cet égard analogue à l'avis relatif à l'exercice précédent, qui relevait un besoin de financement supérieur de 137,96 M€ à la programmation présentée.

S'il convient de souligner, à la décharge des administrations concernées, que la prévision des dépenses d'AME est soumise à de nombreux aléas, notamment l'évolution difficilement prévisible du nombre des bénéficiaires, force est de constater que le programme 183 fait de nouveau l'objet d'une sous-budgétisation.

Les hypothèses de budgétisation retenues en 2016 sont strictement identiques à celles de 2015, alors même que la Cour avait déjà souligné le caractère insincère de la programmation initiale retenue en 2015, et regretté notamment que les économies avancées pour justifier la budgétisation ne fassent pas l'objet d'un chiffrage sérieux. La rigueur de la programmation apparaît même moindre qu'en 2015, puisque si, en 2015, certaines des éléments d'économies avancés faisaient l'objet d'une tentative de chiffrage, ce n'est le cas d'aucun d'entre eux en 2016.

Il convient néanmoins de souligner qu'au regard des montants débloqués ultérieurement en LFR, la sous-budgétisation apparaît de moindre ampleur que les exercices précédents, et en baisse continue.

**Tableau n° 1 : Montants de CP ouverts pour le programme 183 par les LFR (en M€)**

2013	2014	2015	2016
156	155,1	87,6	85,7

Source : Cour des comptes

Dans son avis du 3 février 2016 relatif au **programme 204**, le CBCM souligne que les observations formulées dans son avis au titre de l'exercice 2015 sur le classement des dépenses du programme dans la catégorie des dépenses inéluctables ont été prises en compte. Il identifie également deux risques d'insoutenabilité budgétaire tenant à la sous-programmation, à hauteur de 13,2 M€, des frais de justice de la DGS et de la DGOS<sup>2</sup>, et au besoin de financements supplémentaires, qui pourraient être compris dans une fourchette de 3,2 M à 3,7 M €, de l'agence de Wallis-et-Futuna<sup>3</sup>. Ces deux points figuraient déjà parmi les risques d'insoutenabilité identifiés dans les avis au titre des exercices 2014 et 2015.

### 1.1.3 Des ouvertures en CP supérieures aux ouvertures en AE pour le programme 204

La LFI a procédé à des ouvertures en CP supérieures d'1,3 M€ aux ouvertures en AE, afin de tenir compte du remboursement par l'État du prêt contracté par l'agence de santé de Wallis-et-Futuna au cours de l'exercice 2015, donnant lieu à un remboursement de 1,3 M€ sur 20 ans, couvert par une ouverture d'AE de 26,7 M€ en 2015.

<sup>2</sup> Le montant des crédits programmés atteignait 12 788 000 € en AE / CP et les dernières prévisions d'exécution 20 984 291 €, soit un besoin de financement supplémentaire de 8 196 291 €.

<sup>3</sup> L'avis du CBCM soulignait qu'il était d'ores et déjà envisagé, au stade de la programmation, une majoration de la dotation versée à l'agence, soit un besoin complémentaire de 2,23 M€ par rapport aux crédits disponibles, nécessitant un redéploiement entre OP. Par ailleurs, la dette de l'Agence atteignait près de 22 M€ au titre de l'exécution 2014.

### **L'emprunt contracté par l'agence de santé de Wallis-et-Futuna**

L'agence de santé de Wallis-et-Futuna, intégralement financée par l'État<sup>5</sup>, a contracté depuis une dizaine d'années une dette croissante auprès du centre hospitalier de Nouméa et de la caisse de protection sociale de Nouvelle-Calédonie (CAFAT), qui résulte de la multiplication des évacuations sanitaires opérées vers la Nouvelle-Calédonie en raison du sous-équipement hospitalier des îles.

L'agence a bénéficié, pour apurer sa dette, d'un prêt de l'Agence française de développement (AFD), dont le ministère de la Santé assure le remboursement. Les conventions visant à mettre en place ce prêt à taux bonifié sur 20 ans ont été signées au cours du mois de novembre 2015 et les fonds versés à l'Agence de santé par l'AFD fin novembre 2015.

Pour permettre la couverture de ce prêt, des AE pour un montant de 26,7 M€ ont été consommées en 2015 sur le programme 204 par redéploiement à partir d'autres dispositifs du programme 204 (10,64 M€) et du dégel d'une partie de la réserve de précaution (16,06 M€). Le document de répartition initiale des crédits et des emplois (DRICE) du P204 pour 2016 prévoit une augmentation de 1,3 M€ en CP de crédits alloués à l'Agence de santé de Wallis et Futuna pour couvrir l'échéance annuelle de remboursement du prêt.

La Cour avait critiqué le recours à un prêt de l'AFD, estimant qu'il constituait une entorse au principe d'annualité budgétaire et présentait des conditions de financement moins favorables que celles de l'Etat (le prêt avait été souscrit au taux fixe de 2,07%, alors que le taux de l'échéance constante à 20 ans des emprunts de l'Etat s'élevait à la même date à 1,57%).

## **1.2 Une gestion infra-annuelle des crédits que la dynamique de l'AME place sous une contrainte forte**

Les deux programmes de la mission ont connu une évolution différenciée. Le programme 204 a subi d'importantes annulations de crédits, qui gagent les ouvertures de crédits supplémentaires opérées sur le budget général, et notamment sur le programme 183, qui, comme les années précédentes, fait l'objet d'un abondement de crédits en LFR.

---

<sup>5</sup> Les crédits de fonctionnement de l'agence ont été transférés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 du programme 123 « Conditions de vie Outre-mer » au programme 204 (les crédits d'investissement restant portés par le programme 123).

### 1.2.1 Une mise en réserve qui n'a de portée que pour le programme 204

Le PLF 2016 fixe le taux de mise en réserve à 0,5% des crédits ouverts sur le titre 2 et à 8% des crédits ouverts sur les autres titres, soit des niveaux identiques à ceux de l'année précédente.

La mise en réserve effectuée sur le programme 183 a, comme chaque année, été purement temporaire et largement symbolique.

Celle du programme 204 a été, là aussi comme les autres années, porteuse d'annulations futures au bénéfice du programme 183 ; le total des annulations opérées par décrets et LFR (42,14 M€ en AE) a en effet dépassé le montant de la réserve initiale (28,03 M€ en AE), sans néanmoins atteindre le niveau des crédits complémentaires votés pour le programme 183 (85,7 M€).

#### Programme 204

Le montant de la réserve initiale du programme 204 a été fixé à 28 032 354 €, soit 5,6% des CP en LFI, en application des dispositions suivantes :

- s'agissant des subventions pour charges de service public des opérateurs, et, à titre dérogatoire, à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, application d'un taux de 0,5% pour la part des subventions couvrant les dépenses de personnel et de 8% au reste des subventions ;
- application d'un taux de 8% au reste des dépenses du programme.

**Tableau n° 2 : Calcul de la réserve de précaution initiale du programme 204**

	AE	CP
Mise en réserve théorique calculée à partir de l'assiette	39 620 439 €	39 724 439 €
Réduction au titre des dépenses de personnel des opérateurs	- 10 477 144	- 10 477 144
Application dérogatoire de la réduction au titre des dépenses de personnel pour l'agence de Wallis et Futuna	-1 110 941	- 1 214 941
Mise en réserve 2016 initiale	28 032 354	28 032 354

Source : DRICE

L'évolution de la réserve en cours de gestion est résumée dans le tableau ci-après :

**Tableau n° 3 : Gestion de la réserve du programme 204**

	AE	CP
Réserve initiale	28 032 354	28 032 354
Surgel des reports	1 156 525	457 167
Crédits annulés par le décret du 2 juin 2016	-13 632 354	-13 632 354
Crédits annulés par le décret du 3 octobre 2016	-6 000 000	- 6 000 000
Crédits annulés par le décret du 2 décembre 2016	-9 556 525	- 8 857 167
État de la réserve en fin de gestion	0	0

Source : Cour des Comptes à partir de données DFAS

### Programme 183

La programmation initiale des crédits du programme 183 a appliqué le taux de mise en réserve figurant dans l'exposé des motifs du PLF 2016, soit 8 % pour les dépenses d'intervention ; ainsi 58,88 M€ ont-ils été mis en réserve sur la dotation initiale de 696 M€.

S'agissant de la ventilation de la réserve de précaution, l'AME « soins urgents » en est exonérée, et la réserve appliquée aux crédits de l'AME de droit commun est augmentée du montant correspondant. L'opération n'a donc aucune incidence sur le montant total de la réserve de précaution.

À l'exception de crédits mis en réserve sur la ligne « autres dispositifs d'AME », qui ont fait l'objet d'une annulation à hauteur de 240 000 €, l'intégralité de la réserve initiale a été dégelée en fin de gestion pour abonder le financement de l'AME de droit commun :

**Tableau n° 4 : Gestion de la réserve du programme 183**

En €	Montant (AE = CP)
Réserve initiale	60 194 402
Décret d'annulation du 2 juin 2016	- 240 000
Dégel en fin de gestion	59 954 402
État de la réserve en fin de gestion	0

Source : Cour, d'après les informations de la DFAS

### 1.2.2 De nombreux mouvements de crédits

Le programme 204 a fait l'objet de nombreux mouvements de crédits au cours de l'exécution 2016 :

- des annulations de crédits par décrets du 2 juin, 3 octobre et 2 décembre, pour un total de 42,14 M€ en AE et 41,44 M€ en CP (soit respectivement 8,4% et 8,3% des crédits ouverts en LFI), dont une large partie a porté sur des crédits mis en réserve (69% en AE et 68% en CP).
- un report de crédits d'un montant de 1,15 M€ en AE et 0,45 M€ en CP par arrêté du 31 mars 2016, qui correspondent à des charges à payer pour lesquelles les paiements n'ont pas pu intervenir avant la fin de gestion 2015 ;
- l'ouverture de crédits de fonds de concours, par arrêté du 30 mars 2016 et du 7 juillet 2016, pour un montant total de 18,54 M€, dont un montant de 18 M€ versé par les banques SFIL et DEXIA au titre du dispositif de soutien aux établissements de santé ayant souscrit à des emprunts structurés à risque ;
- le transfert de crédits par décrets du 23 octobre 2016 d'un montant de 2,8 M€, pour la participation du programme à l'organisation de l'Eurofoot ;
- le virement par décret du 30 juin 2016 de crédits d'un montant de 450 000 € vers le programme 124 ;
- une ouverture de crédits de 0,01 M€ par la loi de finances rectificative du 29 décembre 2016, au titre de la réserve parlementaire.

**Tableau n° 5 : Mouvements de crédits du programme 204**

En euros	AE	CP
LFI	496 825 083	498 125 083
Arrêté de report de crédits du 30 mars 2016	1 156 525	457 167
Décret d'annulation du 2 juin 2016	- 23 632 354	- 23 632 354
Décret d'annulation du 3 octobre 2016	- 6 000 000	- 6 000 000
Décret de virement du 28 juin 2016	- 450 000	- 450 000
Arrêtés portant ouverture de crédits de fonds de concours	18 545 100	18 545 100
Décret d'avance du 2 décembre 2016	- 12 511 387	-11 812 029
Décret du 23 octobre 2016 portant transfert de crédits	21 098	21 098
Décret du 30 juin 2016 portant transfert de crédits	2 800 000	2 800 000
LFR du 29 décembre 2015	10 500	10 500
<b>Total des crédits disponibles</b>	476 764 565	478 064 565
<b>Crédits consommés</b>	474 978 319	476 741 008
<b>Taux d'exécution</b>	99,6%	99,7%

Source Cour, d'après les informations de la DFAS

Pour le programme 183, les projections actualisées ont conduit à solliciter une ouverture de crédits en LFR à hauteur de 85,7 M€ afin de compléter la dotation relative à l'AME de droit commun, qui s'est élevée au total à 783 M€ (sur 837 M€ de crédits ouverts pour l'ensemble du programme). Une annulation de crédits, d'un montant de 0,37 M€, dans le cadre du décret du 2 juin 2016, a porté sur les crédits alloués aux autres dispositifs d'AME.

**Tableau n° 6 : Mouvements de crédits du programme 183**

En euros	AE	CP
LFI	752 430 028	752 430 028
Décret d'avance du 2 juin 2016	- 374 106	- 374 106
LFR du 29 décembre 2016	85 702 574	85 702 574
Total des crédits disponibles	837 758 496	837 758 496
Crédits consommés	837 749 713	837 749 713
Taux d'exécution	99,9%	99,9%

Source Cour, d'après les informations du CBCM

### 1.2.3 Des redéploiements de crédits au sein des programmes

Au sens strict, la fongibilité asymétrique ne s'applique pas à la mission *Santé* qui ne détient pas de titre 2.

Néanmoins des mouvements de gestion internes et des redéploiements ont pu être opérés entre unités de budgétisation du **programme 204**, pour faire face à des dépenses supplémentaires. Comme lors de l'exercice 2015, la subvention initiale accordée à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna s'est avérée insuffisante, ce qui a nécessité l'octroi d'une subvention complémentaire de 4,9 M€ en cours d'exercice (contre 3 M€ l'année précédente). Des crédits complémentaires ont également été accordés à certains opérateurs pour des missions complémentaires de leurs missions initiales (gestion des crises sanitaires liées à la maladie de Lyme ou au virus Zika, financement de la cohorte HEPATHER par l'ANSR).

#### **Une sous-budgétisation chronique de l'agence de Wallis-et-Futuna**

La situation financière délicate de l'agence de Wallis-et-Futuna, qui doit notamment financer de coûteuses évacuations sanitaires vers la métropole, a nécessité un engagement financier accru de l'État au cours des derniers exercices. La dotation initiale de l'agence a ainsi été augmentée de 25,97 M€ en PFL 2013 à 28,5 M€ en PLF 2016.

Conformément aux observations du CBCM, qui avait fait figurer, tant en 2015 qu'en 2016, l'insuffisante dotation initiale de l'agence parmi les risques d'insoutenabilité recensés dans son avis initial relatif au programme, il a été nécessaire, au cours des derniers exercices, d'abonder la dotation de l'agence de crédits complémentaires (près de 3M€ en 2014, 1,7 M€ en 2015 et 3 M€ en 2016) en cours de gestion, afin de résorber l'écart entre la dotation initiale de l'agence et le montant total de ses dépenses. La dotation complémentaire allouée en cours d'exercice 2016 ne s'est néanmoins pas avérée suffisante pour couvrir les dépenses de l'agence, un déficit prévisionnel de 1,384 M€ ayant été enregistré par le responsable de programme.

Il serait à cet égard souhaitable que la dotation initiale de l'agence soit calibrée à due concurrence de ses besoins réels, afin que la couverture de ses dépenses ne dépende pas de redéploiements de crédits, en gestion, dans un contexte déjà particulièrement contraint pour le responsable du programme 204, et que l'agence n'accumule une nouvelle dette. L'augmentation de 2 M€ entre le PLF 2016 et le PLF 2017 de la dotation initiale de l'agence, ainsi portée à 30,5 M€, constitue un pas dans la bonne direction.

S'agissant du programme 183, des redéploiements de crédits ont été effectués de l'action FIVA, à hauteur de 1 072 000€, et de la ligne « autres dispositifs d'AME » à hauteur de 968 437 €, vers l'action « AME de droit commun ».

### **1.3 Une évolution de la dépense que l'AME de droit commun fait dévier de sa trajectoire**

#### **1.3.1 Une exécution 2016 qui s'écarte de la trajectoire prévue dans la programmation pluriannuelle**

L'exécution 2016 de la mission Santé s'écarte de près de 90 M€ de la trajectoire prévue par la loi de programmation pluriannuelle 2014-2019, qui plafonnait les crédits consommés à 1,296 Md €. Cet écart est entièrement imputable à la dynamique de l'AME de droit commun, de laquelle résulte un dépassement à hauteur de 130 M€ du plafond de crédits prévu pour le programme 183.

**Tableau n° 7 : Comparaison de l'exécution aux plafonds prévus par la LPFP 2014-2019**

En CP (Md€)	204	183	Total
<i>Norme LPFP (a)</i>	0,502	0,703	1,205
<i>Périmètre et transferts (b)</i>	0,000	0,000	0,000
Norme LPFP format 2016 (I=a+b)	0,502	0,703	1,205
<i>Exécution 2016 (c)</i>	0,476	0,838	1,314
<i>Fonds de concours et attribution de produits (d)</i>	0,018	0,000	0,018
<i>Contribution de la mission au CAS pensions (e)</i>	0,000	0,000	0,000
Exécution 2016 hors fonds de concours et pensions (II = c-d-e)	0,458	0,838	1,296
<b>Ecart Exécution-LPFP (III=I-II)</b>	<b>0,04</b>	<b>-0,13</b>	<b>-0,090</b>

Source : Ministère

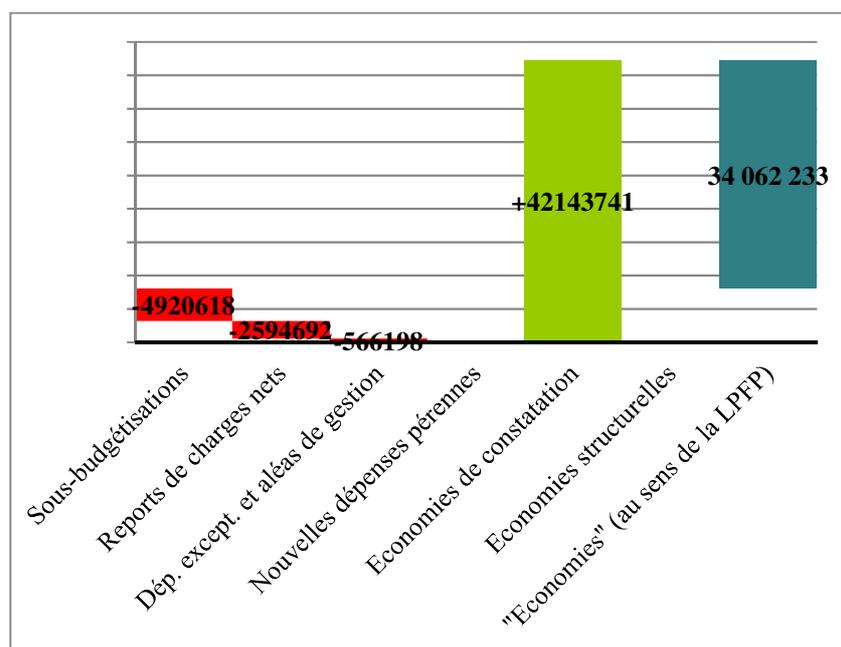
### 1.3.2 Des économies qui ont pesé uniquement sur le programme 204

Seul le programme 204 a contribué à la réalisation de l'objectif d'économies de 5,1 Mds € (par rapport au tendancier) fixé dans le PLF 2016 à l'État et ses agences.

Les économies dégagées sur le programme 204, égales à 34 062 233 € en 2016, correspondent aux annulations opérées par décret au cours de l'exercice, desquelles ont été retranchées la dotation complémentaire (à hauteur de 4,92 M€) affectée en cours d'exercice à l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna pour couvrir l'insuffisance de la budgétisation initiale, les

reports de charges nettes (2,59 M€) et des dépenses exceptionnelles et aléas de gestion à hauteur de 0,56 M€.

**Graphique n° 1 : Décomposition des « économies » au sens de la LPFP portées par le programme 204 au cours de l'exercice 2016**



Source : Ministère

## 1.4 Des facteurs de risque à court et moyen terme

### 1.4.1 Une soutenabilité budgétaire incertaine à court terme

#### 1.4.1.1 Une programmation initiale optimiste du programme 183

La budgétisation du programme 183 pour l'exercice 2017 présente, comme tous les ans, de forts risques d'insoutenabilité. La programmation de dépenses d'AME de droit commun, établie à 772,55 M€, soit à un niveau correspondant à « l'évolution tendancielle de la dépense avec un effort de budgétisation de 76,2 M€ par rapport à 2016 », reste inférieure aux dépenses réellement encourues par la CNAMTS au titre de l'exercice 2016

(782,7 M€). Une telle prévision de dépenses, dans un contexte d'évolution très dynamique des effectifs de bénéficiaires d'AME, et sans que ne soit avancée d'autre piste d'économies qu'« *une diminution du coût moyen des dépenses de santé prises en charge prenant en compte les économies réalisées dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2017, qui intègrent notamment les résultats de la lutte contre la fraude et des mesures visant à contenir les dépenses de médicaments* », apparaît pour le moins optimiste.

#### 1.4.1.2 Un programme 204 au périmètre largement remanié

Les crédits demandés pour le programme 204 en PFL 2017 atteignent 433 079 516 € en CP, soit une baisse apparente de 13% par rapport à la LFI 2016, hors fonds de concours.

Le PLF prévoit néanmoins le transfert à l'assurance maladie du financement des dépenses de prévention, de promotion de la santé, de veille et de sécurité sanitaires engagées par les ARS dans le cadre du FIR, ce qui minore les dépenses portées par le programme 204 de près de 114 M€ (montant pour 2015 et 2016). Dans le sens inverse, est transféré au programme 204 le financement intégral de la nouvelle Agence nationale de santé publique (ANSP), qui était auparavant cofinancée par l'assurance maladie, pour un montant de 65 M€ supplémentaires. À périmètre constant, les dépenses du programme 204 diminuent de 3%.

**Tableau n° 8 : Évolution du montant des CP du programme 204 (en M€)**

CP en 2016	CP en 2016 minorés des crédits FIR 2016 et majorés des crédits ANSP 2017	CP en 2017
496	447	433

Source : Cour des Comptes

### 1.4.2 Une soutenabilité à moyen-terme que pourrait fragiliser l'indemnisation des victimes de la Dépakine

#### 1.4.2.1 Des reports d'AE et des restes à payer qui n'appellent pas d'observations

Aucun report d'AE n'a été opéré entre l'exercice 2016 et l'exercice 2017.

**Tableau n° 9 : Évolution des reports d'AE en 2015 et 2016**

En €	Reports de AE 2015 sur 2016	Reports d'AE 2016 sur 2017
204	1 156 525	0
183	0	0

Source : Cour des Comptes à partir des réponses aux questionnaires

Seul le programme 204 présente des restes à payer, relativement stables d'une année à l'autre. Outre les crédits nécessaires à la couverture du prêt contracté par l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, qui représentent plus de 90% des restes à payer du programme, ceux-ci correspondent à des subventions auprès d'associations et à des conventions n'ayant pas donné lieu à des paiements en 2016.

**Tableau n° 10 : Évolution des restes à payer en 2015 et 2016**

En €	2015	2016
204	30 187 734	28 486 295
<i>Dont apurement dette Wallis et Futuna</i>	<i>26 676 834</i>	<i>25 240 507</i>
<i>Autres</i>	<i>3 510 900</i>	<i>3 245 788</i>
183	0	0

Source : Cour des Comptes à partir des réponses aux questionnaires

#### 1.4.2.2 Les risques liés à l'indemnisation de la Dépakine

Les contentieux liés à l'indemnisation des victimes du valproate de sodium (Dépakine) constituent un risque significatif pour la soutenabilité du programme 204. L'État pourrait être en effet amené à supporter, dans les années à venir, le coût des indemnités versées par l'ONIAM.

L'impact budgétaire des procédures d'indemnisation a été partiellement pris en compte dans le cadre de la LFI 2017. Un amendement gouvernemental au PLF a ainsi augmenté la dotation du programme 204 de 10 M€, afin de couvrir les dépenses de fonctionnement liés à l'activité du collège d'experts et du comité d'indemnisation, estimés au minimum à 3 M€ annuels<sup>6</sup>, et les premiers frais d'expertises nécessaires à la recherche de l'imputabilité des dommages au médicament, (dont le coût unitaire est estimé entre 1 000 et 5 000 euros par expertise). Il n'est pas prévu en revanche que le versement d'indemnités intervienne dès l'exercice 2017, au vu des délais de procédure.

Le coût total, en année pleine, de l'indemnisation des victimes de la Dépakine a été évalué à près de 78 M€ annuels par le responsable de programme 204. Comme l'a prévu la LFI 2017, le financement de l'indemnisation incombera entièrement à l'Etat, qui allouera, conformément à l'article 1142-23 modifié du code de la santé publique, une dotation annuelle spécifique à l'ONIAM pour couvrir les coûts afférents au dossier Dépakine. L'impact budgétaire du dossier Dépakine dépendra également du résultat de l'action de groupe en santé lancée à l'encontre du groupe Sanofi par des familles de victimes en décembre 2016.

#### **L'estimation du coût de l'indemnisation des victimes de la Dépakine**

Le coût en année pleine de l'indemnisation des victimes de la Dépakine a été estimé sur la base d'un effectif de 10 290 bénéficiaires remplissant les critères d'indemnisation, sur un total de 30 à 40 000 demandes.

Le montant total des indemnisations est fonction de la nature des malformations constatées, dont le coût moyen varie de 20 000 € par cas pour la dysmorphie à 400 000 € par cas pour l'autisme, et du nombre de cas recensés pour chaque malformation. Il est estimé en fourchette basse à 424,2 M€ sur six ans, soit en moyenne 70,7 M€ par an à partir de 2018.

Les coûts d'expertise et de fonctionnement des instances collégiales sont estimés respectivement à 30 à 40 M€ sur la durée du dispositif et 2 M€ par an.

La dépense annuelle au titre du dispositif Dépakine est donc estimée en année pleine à 77,7 M€ ((70,7 M€ au titre de l'indemnisation, 5 M€ au titre des expertises et 2 M€ au titre des dépenses de fonctionnement).

<sup>6</sup> Réponses du programme 204 au questionnaire du CBCM en vue du CRG du 21 septembre 2016

## 2 LES GRANDES COMPOSANTES DE LA DEPENSE

Les dépenses de personnel de la mission étant supportées par le programme 124, les moyens au service de la politique de santé relèvent exclusivement du titre 6 (dépenses d'intervention, catégories 61 à 64) et, au sein du titre 3, des subventions pour charges de service public (catégorie 32) et des autres dépenses de fonctionnement (31).

**Tableau n° 11 : Répartition des crédits disponibles 2016 par titre et catégorie (en CP)**

En M€	Programme 204	Programme 183	Total
<i>Titre 3</i>	271,01	0	271,01
<i>Dont dépenses de fonctionnement (31)</i>	12,03	0	12,03
<i>Dont SCSP (32)</i>	258,97	0	258,97
<i>Titre 6</i>	205,74	837,74	1043,48
<i>Dont transfert aux familles (61)</i>	5,20	837,74	842,94
<i>Dont transferts aux autres collectivités (64)</i>	200,54	0	200,54
<b>Total</b>	<b>476,76</b>	<b>837,74</b>	<b>1 314,49</b>

Source : Cour des Comptes à partir des réponses aux questionnaires DFAS et CBCM

En 2016, le titre 6 a ainsi représenté ainsi 79 % des crédits disponibles en CP. Si l'on y ajoute les subventions pour charges de service public versées aux opérateurs, on constate que les « transferts » représentent la quasi-totalité (99%) de la mission Santé.

## **2.1 Des opérateurs indispensables à l'exécution du programme 204**

### **2.1.1 Une refonte en cours d'exercice du périmètre des opérateurs**

Le périmètre des opérateurs rattachés au programme 204 comptait neuf opérateurs en début d'exercice :

- l'Agence de la biomédecine (ABM) ;
- le GIP Addictions drogues alcool info services (ADALIS) ;
- l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ;
- l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÈS) ;
- l'École des hautes études en santé publique (EHESP) ;
- l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) ;
- l'Institut national du cancer (INCa) ;
- l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) ;
- l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Les ARS, qui constituent également des opérateurs de l'État, ne relèvent pas de la mission santé puisque leurs SCSP sont imputées sur la mission Solidarité, insertion et égalité des chances.

Huit opérateurs bénéficient d'une subvention pour charges de service public, dont l'un (ANSÈS) n'a pas pour chef de file le programme 204 mais le programme 206 Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation. ADALIS ne reçoit pas de SCSP mais est subventionné par l'INPES.

Une refonte majeure du périmètre des opérateurs du programme a néanmoins été mise en œuvre par l'ordonnance du 14 avril 2016 et le décret du 27 avril 2016 portant création de l'agence nationale de santé publique, qui, tel que le prévoyait la loi de modernisation de notre système de santé, regroupe l'ensemble des missions et moyens des agences sanitaires dédiés à la protection des populations (l'InVS, l'INPES, l'EPRUS) et du GIP ADALIS.

### **2.1.2 Un impact budgétaire non perceptible de la fusion en 2016**

Si la création de l'ANSP a vocation à favoriser les « synergies » et « dégager des moyens pour renforcer des missions aujourd'hui mal couvertes comme la conception et l'évaluation des interventions en santé », le PAP 2016 précise que « les gains d'efficience attendus de la création de l'ANSP permettront des économies différées dont l'impact sera pris en compte à partir de 2017 ».

L'ANSP a bénéficié à cet égard de conditions de financement relativement favorables en 2016, par rapport aux autres opérateurs de la mission. Il a ainsi été décidé de l'exonérer de l'application du schéma d'emplois, afin de favoriser la réalisation de la fusion dans des conditions de dialogue social apaisé. Le total des SCSP alloués aux organismes en instance de fusion est en conséquence resté quasiment stable entre la LFI 2015 (89 M€) et la LFI 2016 (90 M€).

La nouvelle agence est réinscrite dans le cadre du PLF 2017 dans une trajectoire plus ambitieuse de réduction des dépenses. Il est ainsi prévu que les effectifs de l'ANSP diminuent de 10% sur 3 ans. Pour 2017, sa dotation l'ANSP a été fixée à 150,5 M€ (contre 90 M€ en LFI 2016 pour les quatre organismes fusionnés), en tenant compte :

- du transfert au programme 204 de la contribution de l'assurance maladie au financement de l'agence, à hauteur de 65 M€ ;
- de la valorisation de l'extension en année pleine du transfert des effectifs des CIRE (pour un montant de 1,73 M€), opéré en 2016 ;
- de l'application du schéma d'emploi, correspondant à une baisse de 1,42 M€ ;
- de la réduction à hauteur de 5% des dépenses de fonctionnement (-3,86 M€).

À périmètre constant, la SCSP de l'ANSP diminue de 90 M€ en LFI 2016 à 87,5 M € en LFI 2017, soit une baisse de 2,7%, très légèrement supérieure à la réduction des SCSP tous opérateurs confondus (-2,5% à périmètre constant). La fusion apparaît à cet égard n'avoir un impact qu'encore modeste sur la programmation initiale 2017.

### 2.1.3 Un effort de réduction des emplois

Les moyens en personnels de la mission Santé étant - comme ceux des ARS - imputés sur le programme 124, la seule gestion des emplois qui concerne la mission est, indirectement, celle des emplois des opérateurs.

**Tableau n° 12 : Évolution des emplois sous plafond des opérateurs (en ETPT)<sup>7</sup>**

	LFI 2015	Exécution 2015	LFI 2016	Exécution 2016
	ETPT	ETPT	ETPT	ETPT
ABM	251	249	247	241
ANSM	983	991	970	956
EHESP	329	325	325	320
INCa	151	150	149	147
ADALIS	36	38	36	570
EPRUS	30	29	30	
INPES	127	126	127	
InVS	392	386	411	
<b>Total</b>	<b>2299</b>	<b>2294</b>	<b>2295</b>	

Source : Ministère

La dotation initiale des opérateurs de la mission en emplois sous plafond a résulté, d'une part, d'une réduction globale de 23 ETPT, répartie au prorata du plafond d'emplois 2015 entre les opérateurs non concernés par la création de l'ANSP (soit l'ABM, l'ANSM, l'EHESP et l'INCA), et d'autre part du transfert vers le programme 204 de 19 ETPT au titre des cellules de l'InVS en région, soit une diminution nette de 4 ETPT. La nouvelle agence a été exonérée de l'application du schéma d'emplois pour 2016.

La diminution apparaît plus marquée en exécution (- 61 ETPT par rapport à l'exécution 2015), du fait d'une sous-exécution significative des emplois sous plafond au titre de 2016, la plupart des opérateurs ayant choisi d'anticiper les réductions d'ETPT prévues en 2017.

<sup>7</sup> Les emplois de l'ANSES relèvent du programme 206.

A contrario, si la dotation initiale des opérateurs en emplois hors plafond est restée stable entre la LFI 2015 et la LFI 2016, le nombre d'emplois exécutés a augmenté de 1%.

**Tableau n° 13 : Évolution des emplois hors plafond des opérateurs (en ETPT)**

	LFI 2015	Exécution 2015	LFI 2016	Exécution 2016
ABM	16	12	16	13
ANSM	6	5	6	8
EHESP	71	33	71	36
INCa	12	8	12	11
ADALIS				
EPRUS		1		
INPES	5	5	5	
InVS	9	9	9	15
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>73</b>	<b>119</b>	<b>84</b>

Source : DFAS

### 2.1.3 Des subventions pour charges de service public (SCSP) en baisse

Les subventions allouées au titre du programme 204 aux opérateurs de la mission Santé ne constituent pas, pour nombre d'entre eux, l'intégralité des ressources publiques dont ils bénéficient. Certains opérateurs perçoivent en effet une dotation au titre d'autres programmes du budget de l'État (EHESP, INCa) ou de l'assurance-maladie (ABM, EHESP).

Les SCSP allouées aux opérateurs du programme ont été amputées de près de 15 M€, en tenant compte de l'évolution à la baisse du plafond d'emplois, entre la programmation 2015 et la programmation 2016, d'économies attendues sur les dépenses de fonctionnement et de la mise à contribution des fonds de roulement. En exécution, le montant des SCSP versé aux opérateurs de la mission diminue dans des proportions comparables (-11 M€, soit -4% par rapport à l'exécution 2015).

**Tableau n° 14 : Montant des SCSP versées aux opérateurs en 2015 et 2016**

AE en M€	LFI 2015	Exécution 2015	LFI 2016	Exécution 2016
SCSP	300,99	269,82	285,46	258,98

Source : ministère

Comme le montre le tableau ci-après, l'ensemble des opérateurs a vu sa dotation diminuer entre l'exécution 2015 et l'exécution 2016.

**Tableau n° 15 : Répartition des SCSP (hors réserve de précaution) entre opérateurs**

Opérateurs de la mission	LFI 2016	Exécution 2015	Exécution 2016
<b>Subventions CSP (hors réserve de précaution)</b>			
ABM	13 048 726	12 730 912	12 998 726
ANS&S p. 204	15 049 315	13 171 499	12 749 315
ANSM	110 340 188	112 560 019	111 786 346
EHESP	9 315 667	9 695 377	7 115 667
EPRUS	9 808 794	8 437 024	
INCa	41 926 508	38 802 127	31 430 042
INPES	22 142 025	22 313 309	
InVS	53 636 231	52 117 403	
ANSP			82 897 077
<b>Total</b>	<b>275 267 455</b>	<b>269 827 670</b>	<b>258 977 173</b>

Deux opérateurs ont bénéficié de crédits budgétaires hors SCSP du programme 204 en 2016 : l'ANSES à hauteur d'1,86 M€ et l'ANSP à hauteur de 0,62 M€.

Le calcul de la réserve de précaution applique la répartition définie par la LFI, pour 2015, soit 0,5% pour les crédits de titre 2 (les frais de personnels) et 8% pour les crédits hors titre 2. Le montant de la SCSP nette reversée aux opérateurs est de 258,97 M€. Outre la réserve de précaution, certains opérateurs ont vu le montant de leur SCSP nette diminué d'un surgel. Ce surgel a été réparti par opérateurs en fonction de leurs priorités stratégiques et du niveau de leurs fonds de roulement.

## 2.2 En dehors des subventions pour charges de service public, des dépenses de fonctionnement minimales

Les crédits de titre 3 affectés à la mission santé relèvent essentiellement des subventions pour charges de service public (catégorie 32) versées aux opérateurs du programme 204. La part des dépenses de fonctionnement (catégorie 31), égale à 15,5 M€ en LFI 2016 et 12,5 M€ en exécution, apparaît en comparaison très réduite. Elle concerne le seul programme 204, aucun frais de gestion n'ayant été imputé au programme 183, et couvre essentiellement les actions juridiques et contentieuses (12,22 M€). Si les dépenses dédiées aux frais de justice connaissent une importante augmentation d'un exercice à l'autre (+42%), la part des autres dépenses est presque réduite à néant (de 41% en exécution 2015 à 2% en exécution 2016).

**Tableau n° 16 : Évolution des dépenses de catégorie 31 (en AE)**

	Exécution 2015	LFI 2016	Exécution 2016
Frais de justice	8 561 319	13 900 000	12 222 718
Autres dépenses	6 036 850	1 651 402	281 840
<b>Total</b>	14 598 170	15 551 402	12 503 068

## 2.3 Des dépenses d'intervention qui constituent l'essentiel des dépenses de la mission

### 2.3.1 Des dépenses d'intervention de nature très différente entre les deux programmes

2.3.1.1 Les dépenses du programme 183 sont quasi-exclusivement des dépenses de guichet

Les dépenses d'intervention du programme 183 sont liées à l'aide médicale d'État (AME) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Les dépenses du programme 183 ont évolué de la façon suivante :

**Tableau n° 17 : Évolution des dépenses du programme 183**

Catégorie	PLF 2015	Exec. 2015	LFI 2016	Exec. 2016
Dépenses de guichet				
AME de droit commun	632,6	721,9	696	783,7
Soins urgents	40	40	40	40
Total	672,6	761,9	736	823,7
Dépenses discrétionnaires				
Autres dispositifs AME	4,9	2,7	3,03	1,7
FIVA	10,0	9,2	13,4	12,3
Total	14,9	11,9	16,4	14
Total des dépenses d'intervention	687,5	773,9	752,4	837,7

Source : DFAS

#### Les facteurs d'évolution de la dépense

La croissance des dépenses d'intervention du programme 183 entre l'exécution 2015 et 2016 (+8,2%) résulte de la dynamique de la dépense d'AME de droit commun et, plus marginalement, de l'augmentation de la contribution forfaitaire de l'État au financement du FIVA, passé de 9,2 M€ en 2015 à 12,3 M€ en 2016.

L'évolution de la dépense d'AME de droit commun est tributaire en premier lieu de la croissance des effectifs de bénéficiaires et de consommateurs, retracée dans le tableau ci-après, qui sous-tend la dynamique de la dépense tendancielle. La croissance des effectifs de bénéficiaires s'est maintenue à un niveau élevé (+4,1%) en 2016, quand bien même elle a légèrement fléchi par rapport à 2015 (+5,4%).

**Tableau n° 18 : Évolution du nombre de bénéficiaires et de consommateurs d'AME de droit commun**

	2014	2015	2015/2014	2016	2016/2015
Effectif consommant moyen	215 122	226 870	+5,4%	236 197	+4,1%

Source : DSS

L'augmentation de la dépense a néanmoins été contenue, par rapport au tendanciel, par l'impact résiduel (estimé à 6 M€ par la DSS) des mesures d'économies mises en œuvre en 2015 :

- la suppression progressive des coefficients de majoration des tarifs hospitaliers instaurés lors de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des séjours hospitaliers au titre de l'AME en 2012 (économie prévisionnelle estimée à 29 M€ par la DSS en 2015)
- la suppression du remboursement des médicaments à service médical rendu faible (économie prévisionnelle estimée à 4,2 M€ par la DSS).

La programmation de l'AME de droit commun reposait également, comme en 2015, sur l'hypothèse que la mise en œuvre du droit d'asile générerait des économies. La réalisation d'économies à ce titre n'est nullement documentée, et ne permet pas dans tous les cas de contenir l'évolution de la dépense d'AME dans les limites fixées par la LFI, ni de prévenir l'ouverture de crédits supplémentaires (85,7 M€) par la LFR.

L'augmentation de la contribution de l'État au financement du FIVA résulte de l'abondement de la dotation forfaitaire d'une remise gracieuse consécutive à un contentieux d'indemnisation à hauteur de 3,4 M€.

Une dépense exécutée qui ne reflète pas la réalité des dépenses liées aux dispositifs portés par le programme

Les chiffres d'exécution du programme 183 ne reflètent pas la réalité de la dépense AME, contrainte chaque année par le plafond des crédits disponibles ; la sous-budgétisation de l'action AME entraîne ainsi la constitution, au terme de chaque exercice depuis 2011, d'une dette de vis-à-vis de la CNAMTS.

Si la dette accumulée au titre des exercices antérieurs à 2015 a fait l'objet d'un apurement par affectation à la CNAMTS d'une fraction de

<sup>8</sup> Moyenne sur les trois premiers trimestres

TVA, l'exécution des exercices 2015 et 2016 a donné lieu à la reconstitution d'une dette de 11,5 M€.

**Tableau n° 19 : Évolution de la dette de l'État vis-à-vis de la CNAMTS**

Sommes dues par l'Etat à la CNAMTS au titre de l'AME (en M€)	2012	2013	2014	2015	2016
Insuffisance annuelle	32,5	12,9	5,7	12,5	-1
Opération d'apurement				-57,3	
Dette cumulée au 31/12	38,7	51,7	57,3	12,5	11,5

Source : Cour, à partir des NEB précédentes

Il faut de surcroît noter que seule l'AME de droit commun donne lieu à la comptabilisation d'une dette ; les soins urgents, pour lesquels l'État s'acquitte d'un forfait de 40 M€ quel que soit le niveau des dépenses engagées par la CNAMTS, ne fait pas l'objet d'un système équivalent. L'évolution d'une dotation forfaitaire à une dotation calibrée aux dépenses réellement encourues par l'assurance maladie, sur le modèle du mécanisme retenu pour l'AME de droit commun, mérite à cet égard d'être étudiée.

#### 2.3.1.2 Des dépenses d'intervention du programme 204 en légère hausse

Les dépenses d'intervention du programme ont diminué de façon significative, entre l'exécution 2015 et l'exécution 2016 (-5,3%), du fait de l'intégration dans les dépenses exécutées en 2015 d'une autorisation d'engagement de 20,4 M€ visant à couvrir les échéances de remboursement du prêt contracté pour rembourser la dette de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. À périmètre constant, les dépenses d'intervention du programme 204 augmentent au contraire de 4,5%.

Outre les crédits alloués aux ARS au titre du FIR, qui représentent 55% du total, ces dépenses d'intervention recouvrent essentiellement des subventions aux associations, à divers établissements publics (notamment l'agence de Wallis-et-Futuna, divers instituts de recherche et universités) et aux comités de protection des personnes.

**Tableau n° 20 : Répartition des dépenses d'intervention du programme 204**

Catégorie	Exéc. 2016 (en AE)	Exéc. 2016 (en CP)
<b>Subvention directe aux associations</b>	<b>16 675 618</b>	<b>17 021 423</b>
<b>Subvention hors CSP</b>	<b>31 937 190</b>	<b>33 286 918</b>
<i>dont agence de Wallis-et-Futuna</i>	<i>31 451 560</i>	<i>31 451 560</i>
<b>Subvention directe aux EPA</b>	<b>145 803 164</b>	<b>145 381 553</b>
<i>dont FIR</i>	<i>114 880 372</i>	<i>114 880 372</i>
<i>dont comité de protection des personnes</i>	<i>4 237 008</i>	<i>4 237 008</i>
<i>dont instituts et universités</i>	<i>3 196 600</i>	<i>3 247 898</i>
<b>autres dépenses</b>	<b>10 051 413</b>	<b>10 055 413</b>
<b>Total</b>	<b>204 467 385</b>	<b>205 745 307</b>

Subventions aux ARS via le FIR

Les ARS ne sont pas des opérateurs de la mission Santé<sup>9</sup>. Elles bénéficient néanmoins de crédits du programme 204, en particulier au titre de l'action 18 (« projets régionaux de santé ») qui intègre l'ensemble des crédits de prévention, promotion de la santé, veille et sécurité sanitaires alloués aux ARS par l'intermédiaire du fonds d'intervention régional (FIR).

Le montant délégué aux ARS via le FIR au titre de la prévention a atteint en 2016 114 880 372 €, soit un montant quasi stable par rapport à 2015 (+0,5%), et en retrait marqué par rapport aux exercices antérieurs (-34% par rapport à 2012).

Il convient de souligner que l'État se désengagera complètement, à compter de 2017, du financement du FIR qui incombera intégralement à l'assurance maladie. La simplification des circuits de financement ainsi opérée peut-être opportune, au regard de la part très résiduelle que prenait l'État (114 M €) au financement du FIR (plus de 3 Mds €). Elle interroge néanmoins, au vu de l'attrition progressive des moyens alloués au programme 204, sur un affaiblissement des capacités d'action de l'État en

<sup>9</sup> Elles ne sont pas opérateurs du programme 204 mais du programme 124 qui leur verse leurs subventions pour charges de services publics.

matière de pilotage des politiques de santé, et sur l'économie générale du partage des rôles entre État et assurance-maladie (cf. infra).

#### Autres subventions

Les autres subventions du programme 204 sont principalement destinées à un réseau associatif particulièrement développé, sur lequel s'appuie la DGS pour la réalisation des priorités de la loi de modernisation de notre système de santé ou les plans de santé publique.

## **2.4 Des dépenses fiscales qui restent non évaluées, malgré leur poids budgétaire**

Le montant des dix dépenses fiscales de la mission *Santé*<sup>10</sup> (sept sur le programme 204, trois sur le programme 183) est estimé à 3 271 M € soit un montant quasiment stable par rapport à 2015 (3 269 M€), qui représente plus de deux fois les montants de crédits ouverts pour la mission. Aucune de ces dépenses n'a connu d'évolution significative de l'exercice 2015 à l'exercice 2016.

Il convient de noter que deux de ces dépenses (l'exonération de taxe sur la publicité TV lors des grandes campagnes nationales, sur le **programme 204**, et la déduction de l'actif successoral des indemnités versées en réparation des dommages corporels liés à un accident ou à une maladie (**programme 183**) ne font l'objet d'aucun chiffrage en PLF. Par ailleurs, le dispositif d'exonération des plus-values réalisées à l'occasion de la reconversion des débits de boissons (qui a représenté un coût de 4 M€ en 2015), a été mis en extinction en 2015, et ne devrait plus avoir d'incidence budgétaire à compter de 2016.

S'agissant de l'évaluation de leur efficacité et de leur efficacité prévue par la loi de programmation des finances publiques et préconisée par la Cour dans les NEB précédentes, elle n'a pas progressé en 2016.

---

<sup>10</sup> Voir tableau ci-après.

**Tableau n° 21 : Évolution des dépenses fiscales de la mission Santé**

Programme	Mesure	Impôt concerné	2014 (PAP 2015)	2015 (PAP 2017)	2016 (PAP 2017)	2017 (PAP 2017)
204	Taux de 2,10% applicable aux médicaments remboursables	TVA	2465	2495	2460	2450
	Exonération des indemnités journalières servies au titre des ALD	IR	365	350	360	370
	Taux de 5,5% applicables aux prestations de soins des établissements themaux	TVA	26	27	27	28
	Déduction forfaitaire des recettes déclarées par les médecins conventionnels	IR	9	8	8	8
	Exonération de la rémunération PDS des médecins	IR	16	19	19	19
	Exonération des plus-values réalisées lors de la reconversion des débits de boisson	IR et IS	2	4	4	extinction
	Exonération de taxe sur la publicité TV lors des grandes campagnes nationales	Divers	nc	nc	nc	nc
Total 204			2883	2903	2878	2875
183	Exonération des indemnités et prestations servies aux victimes AT/MP	IR	370	375	380	385
	Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante	IR	10	10	10	11
	Déduction de l'actif successoral des indemnités liées à un accident ou à une maladie	Droits timbre	nc	nc	nc	nc
Total 183			380	385	390	396
<b>Total mission</b>			<b>3263</b>	<b>3288</b>	<b>3268</b>	<b>3271</b>

Source : Cour, à partir des PAP 2015 et 2016

## **3 LA QUALITE DE LA GESTION**

### **3.1 Des réserves quant à la régularité de l'exécution**

#### **3.1.1 Au regard du principe d'annualité**

Les 8,6 M€ d'AME de droit commun acquittés par la CNAMTS du fait du caractère limitatif des crédits alloués au programme 183 devraient être rattachés à l'exécution du budget 2016.

#### **3.1.2 Au regard du principe de spécialité**

Pas d'observation.

#### **3.1.3 Au regard du principe d'universalité**

Pas d'observation.

#### **3.1.4 Au regard du principe d'unité**

Pas d'observation.

#### **3.1.5 Au regard du principe de sincérité**

La sincérité de la budgétisation initiale du programme 183 apparaît sujette à caution, comme lors des exercices précédents. La programmation de la dépense d'AME de droit commun semble avoir été établie sur la base d'un tendancier de dépenses particulièrement optimiste et de mesures d'économies non chiffrées.

Comme souligné précédemment, la sous-budgétisation du programme est néanmoins moins marquée que lors des exercices précédents, au regard de l'évolution des montants de crédits supplémentaires autorisés par la LFR.

## 3.2 Une maquette de performance renouvelée

### 3.2.1 Une refonte de la maquette de performance dans le cadre du PLF 2016

Afin de mieux articuler les objectifs et indicateurs de la mission aux orientations fixées par la loi pour la modernisation de notre système de santé, la maquette de performance de la mission a fait l'objet d'une refonte dans le cadre de la préparation du PLF 2016. Celle-ci avait notamment vocation à renforcer l'adéquation entre les objectifs et indicateurs des PAP, des PQE et des CPOM conclus avec les opérateurs du programme.

Le nombre d'indicateurs relatifs au programme 204 a été réduit à 6.

Un nouvel indicateur relatif à « l'état de santé perçue », qui mesure le pourcentage de la population de 16 ans et plus se déclarant en bonne ou très bonne santé générale, a été substitué aux trois indicateurs précédemment présentés comme les plus représentatifs de la mission (prévalence du sida, cancer du sein et consommation annuelle d'alcool). Cet indicateur a vocation à favoriser une appréhension plus transversale et plus cloisonnée de l'impact des politiques financées par la mission Santé.

La réduction du nombre d'indicateurs a été poursuivie : cinq indicateurs (relatifs à la prévalence du sida, du cancer du sein, à la consommation annuelle d'alcool, au nombre de donneurs décédés et prélevés et au pourcentage des étudiants en médecine s'orientant vers la médecine générale) ont été supprimés, pour tenir compte des modifications de périmètre du programme ou en raison des difficultés méthodologiques liées au recueil des données. Deux nouveaux indicateurs, qui « traduisent davantage les priorités du Gouvernement en matière de santé publique », ont été introduits, l'un relatif au taux de couverture vaccinale contre la grippe pour les personnes âgées de 65 ans et plus, l'autre relatif à la participation au dépistage du cancer colorectal pour les personnes de 50 à 74 ans.

Le maintien de certains des indicateurs du programme 183 est discutable. Ainsi, le résultat relatif au deuxième sous-indicateur de l'indicateur 1.2 (pourcentage des dossiers contrôlés par entretien et ayant conduit à un refus du droit à l'AME) pour l'exercice 2015 n'a pas été documenté, plus d'un an après la clôture de l'exercice. La DSS a indiqué à ce sujet qu'elle travaillait à l'élaboration d'un nouvel indicateur plus pertinent. De même, la cible et le résultat afférents à l'indicateur 1.2 (pourcentage des dossiers présentant des ressources nulles contrôlés) n'ont pas varié de 100% depuis 3 ans, ce qui interroge sur l'utilité opérationnelle d'un tel indicateur, en tant que variable de pilotage du dispositif.

### 3.2.2 Des indicateurs de qualité de service dont l'évolution apparaît globalement conforme aux objectifs

La maquette de performance du programme 204 ne comprend qu'un seul indicateur de qualité de service, l'indicateur 2.3 relatif au délai de traitement des autorisations de mise sur le marché (AMM). En cohérence avec les efforts de rationalisation des processus de traitement mis en œuvre par l'ANSM, les prévisions et réalisations liées à cet indicateur ont été orientées à la baisse au cours des derniers exercices.

**Tableau n° 22 : Évolution du délai de traitement des AMM par l'ANSM de 2014 à 2017**

		2015	2016	2017
AMM nationale	Prévision	160	150	120
	Réalisation	152	ND	ND
AMM décentralisée	Prévision	370	300	200
	Réalisation	330	ND	ND

Source : PAP 2017

Les six indicateurs du programme 183 peuvent être assimilés à des indicateurs de qualité de service, en tant qu'ils portent sur les délais de traitement et de paiement des dossiers AME et FIVA et sur le contrôle des ressources déclarées des bénéficiaires de l'AME.

L'évolution des résultats au cours des exercices 2015 et 2016 apparaît conforme aux cibles fixées.

**Tableau n° 23 : Évolution des cibles et résultats des indicateurs du programme 183**

Objectif	Indicateur		Cibles					Résultats				
	N°	Intitulé	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
AME	1.1	Délai moyen d'instruction des dossiers		baisse	baisse	baisse	baisse		40	50	39	
	1.2	Pourcentage des dossiers présentant des ressources nulles contrôlés par entretien		100	100	100	100		100	100	100	100
	1.2	Pourcentage des dossiers contrôlés par entretien et ayant conduit à un refus du droit à l'AME		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet		2,2	1,7	nc	
FIVA	2.1	Pourcentage des offres présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de 6 mois		90	90	90	90		64	76	76	80
	2.2	Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies graves dans le délai réglementaire de deux mois		95	95	95	95		81	97	94	96
	2.2	Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies bénignes dans le délai réglementaire de deux mois		95	95	95	95		90	97	96	96

Source : Ministère

## 4 LES RECOMMANDATIONS DE LA COUR

### 4.1 Le suivi des recommandations formulées au titre de 2015

Recommandation n° 1 : budgéter la dette de l'État vis-à-vis de la CNAMTS au titre de l'AME.

Si la dette accumulée à fin 2014 a fait l'objet d'un apurement en PLFR, par affectation à la CNAMTS d'une fraction de TVA, les dettes accumulées au titre des exercices 2015 et 2016 n'ont pas été budgétées dans les collectifs budgétaires suivants.

La direction du Budget comme la DSS estiment que la dette État-Sécurité sociale a vocation à faire l'objet d'une appréhension et d'un traitement globaux. Un traitement dispositif par dispositif ne ferait qu'en compliquer la gestion, et se justifie d'autant moins pour l'AME de droit commun que la dette a été ramenée à un niveau relativement bas (21 M€ en 2016, en données provisoires).

Recommandation n° 2 : 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.

L'état des réflexions en matière d'évaluation des dépenses fiscales de la mission santé ne semble guère plus avancé qu'au terme de l'exercice 2015. Le Ministère a précisé qu'il était « *apparu nécessaire, lors de la conférence fiscale préparatoire au PLF 2017, de maintenir les différentes dépenses fiscales, compte tenu des forts enjeux portés en matière de santé publique et d'accès au soin, dans le cadre de la stratégie nationale de santé* ». Si l'abrogation de l'exonération de plus-values réalisées à l'occasion de la reconversion des débits de boisson, dans le cadre du PLFR 2015, peut constituer les prémises d'une démarche de simplification et de rationalisation de ces dépenses fiscales, celle-ci reste balbutiante compte tenu de l'enjeu budgétaire très marginal que représentait cette disposition (3 M€ en 2015).

Recommandation n° 3 : Clarifier dans la loi de finances la répartition des responsabilités et des charges avec les autres financeurs de la politique de santé, en particulier l'assurance maladie.

La recommandation formulée par la Cour en 2015 visait à prévenir les reports de charges du budget de l'État vers l'assurance maladie, observés tant sur le programme 183 (forfaitisation des remboursements de l'État à l'assurance maladie s'agissant de l'aide médicale « soins urgents ») que sur le programme 204 (transfert du financement de la formation médicale initiale, de l'ATIH et du CNG, qui conduisait à faire disparaître de nombreuses informations quant aux objectifs poursuivis par la politique publique de santé et aux moyens qui lui sont consacrés).

Si les reports de charges ont paru plus limités en 2016, en l'absence de mesures de périmètre et transferts de compétences significatifs, de nouvelles évolutions en matière de répartition des financements et des responsabilités entre l'État et l'assurance maladie ont été mises en œuvre par la LFI 2017.

La LFI 2017 prévoit ainsi, dans la continuité des mesures de transferts inscrites en LFI 2015, relative au financement de la HAS, de l'ATIH et du CNG et de la formation hospitalière continue des internes en médecine générale, le transfert du financement du FIR à l'assurance maladie, ce qui minore d'une centaine de M€ les crédits portés par le programme 204. En sens inverse, le financement de la nouvelle ANSP est intégralement confiée à l'État, alors qu'elle percevait en 2016 un co-financement à hauteur de 65 M€ de l'assurance maladie.

La simplification des circuits de financement ainsi mise en œuvre semble faire sens. Le maintien d'une contribution résiduelle de l'État au financement du FIR, dont la dotation de l'assurance maladie dépasse 3 Mds €, n'apportait guère de valeur ajoutée. De même, le décroisement des financements État-assurance maladie mis en œuvre pour l'ATIH, la HAS et la CNG en 2015 et pour l'ANSP en 2017, plus discutables sur le principe, constituent un gage de simplification de la gestion et du pilotage des opérateurs de la politique de santé.

Il ne semble pas, néanmoins, que ces modifications de la répartition des compétences entre assurance maladie et État aient procédé d'une vision d'ensemble de leurs rôles respectifs, et notamment que les principes présidant au maintien de tel opérateur dans le giron de l'État ou au transfert de tel autre à l'assurance maladie aient été explicités. On peut s'inquiéter au demeurant de l'affaiblissement de la capacité d'action et de pilotage de l'État en matière de politique de santé, au regard du désengagement budgétaire dont a témoigné l'évolution des crédits du programme 204 au cours des derniers exercices (-31% entre 2014 et 2017).

**Tableau n° 24 : Les mesures de transferts entre l'Etat et l'assurance maladie entre 2014 et 2017**

	2015	2016	2017
Transferts de l'Etat vers l'AM	Part Etat des dotations ATIH, CNG et HAS : 19,28 M€ Financement stages des internes : 139 M€	-	Part Etat du FIR : 114 M€
Transferts de l'AM vers l'Etat		-	Part AM de la dotation ANSP : 65 M€
Impact net sur le programme 204	- 158,28 M€	-	- 49 M€

Recommandation n° 4 : Procéder à une estimation rigoureuse de l'impact de la réforme du droit d'asile sur la dynamique de la dépense d'AME, afin de renforcer la sincérité des hypothèses de budgétisation du programme 183.

La DSS n'a pas réalisé d'estimation rigoureuse des économies attendues de la réforme du droit d'asile, quand bien même celles-ci ont été invoquées, tant en 2015 qu'en 2016, à l'appui d'hypothèses de budgétisation particulièrement optimistes. La DSS a avancé qu'une telle estimation était « *difficilement réalisable* » au regard de l'incapacité des systèmes d'information à « *identifier les demandeurs d'asile concernés* ». Il convient de souligner néanmoins que l'impact de réforme du droit d'asile ne figure plus parmi les paramètres de programmation initiale dans le PAP 2017.

## **4.2 Récapitulatif des recommandations formulées au titre de la gestion 2016**

### **4.2.1 Des recommandations réitérées au titre de la gestion 2015**

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.

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.

#### **4.2.2 Des points de vigilance au titre de la gestion 2016**

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.

Recommandation n° 4 : Fonder les hypothèses de budgétisation initiale de l'aide médicale d'Etat 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 ».

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