

Cour des comptes



Mission Santé

**Note d'analyse de
l'exécution budgétaire
2014**

Santé

Programme 204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme 183 – Protection maladie

	LFI	Crédits ouverts	Exécution
AE	1,30 Md€	1,39 Md€	1,39 Md€
CP	1,30 Md€	1,39 Md€	1,39 Md€

Plafond d'emplois en ETPT	ETPT exécutés	Opérateurs : plafond d'emplois	Opérateurs : ETP exécutés
0	0	3 797¹	3 789

Nombre de dépenses fiscales	Montant estimé des dépenses fiscales
11	3 393 M€

¹ La mission Santé étant dépourvue de titre 2, ce plafond d'emplois ne concerne que ses dix opérateurs, y compris l'ANSèS (mais sans ADALIS).

² Chiffrage retenu pour 2014 dans le PLF 2015.

Sommaire

SYNTHESE	4
INTRODUCTION	8
I - DEPENSES DE L'EXERCICE ET GESTION DES CREDITS.....	10
A - Un schéma d'exécution des crédits 2014 qui reproduit exactement celui de 2013	10
B - Des hypothèses de budgétisation dont la sincérité diffère sensiblement entre les programmes	12
C - Une gestion infra-annuelle des crédits que la dynamique de l'AME place sous une contrainte forte	15
D - Une exécution 2014 qui dérive de la trajectoire prévue dans la programmation pluriannuelle	20
II - GRANDES COMPOSANTES DE LA DEPENSE.....	21
A - Des opérateurs nombreux au titre du programme 204	22
B - En dehors des subventions pour charges de service public, des dépenses de fonctionnement minimales	26
C - Des dépenses d'intervention de nature très différente entre les deux programmes.....	27
D - Des dépenses fiscales qui restent non évaluées, malgré un montant supérieur au double des dépenses sur crédits budgétaires.....	35
III - REGULARITE, DEMARCHE DE PERFORMANCE ET SOUTENABILITE BUDGETAIRE.....	37
A - La régularité toute formelle de l'exécution budgétaire	37
B - Une performance intégralement transférée aux opérateurs	39
C - Une soutenabilité budgétaire assurée par des reports de charges croissants sur l'assurance maladie.....	43
IV - RECOMMANDATIONS DE LA COUR	44
A - Un suivi très limité des recommandations formulées par la Cour au titre de la gestion 2013	44
B - Des recommandations réitérées au titre de la gestion 2014.....	47
ANNEXE 1 - SIGLES ET ACRONYMES.....	48
ANNEXE 2 – PRINCIPALES DEPENSES D'INTERVENTION 2014.....	50

Synthèse

1 - Les particularités de la mission *Santé*

Les moyens de la mission *Santé* 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 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'Etat et l'assurance maladie.

2 - Des dépenses d'aide médicale d'Etat dont le dynamisme persistant compromet la soutenabilité de la mission

Malgré un point de départ légèrement différent – puisque le budget 2014 a été bâti avec des crédits AME en hausse de + 2,9 % par rapport à la dotation initiale votée en LFI 2013 - la gestion 2014 reproduit à l'identique le schéma 2013. L'incidence de la forte augmentation du nombre de bénéficiaires a comme en 2013 plus que dépassé l'effet attendu de la réforme de la tarification hospitalière et entraîné la dérive des dépenses de l'AME de droit commun, imposant l'ouverture de crédits supplémentaires à hauteur de 155,1 M€ par la LFR du 29 décembre 2014.

Comme en 2013, ces crédits supplémentaires ont été calibrés au plus juste, sans tenir compte de la dette déjà accumulée par l'Etat à l'égard de la CNAMTS ; ils se sont même révélés insuffisants à couvrir les dépenses de l'exercice, ce qui fait que la dette cumulée est passée de 51,7 M€ fin 2013 à 57,3 M€ fin 2014.

3 - Une contrainte forte pesant sur le programme 204 et ses opérateurs

Malgré la hausse de certaines de ses dépenses « incontournables » (formations médicales initiales, agence de santé de Wallis et Futuna, actions contentieuses), le programme 204 a dû faire face à deux reprises à une annulation de crédits (-47,9 M€ en août, -11,3M€ en décembre).

La dotation au FIR, passée de 130,9 M€ en LFI à 121,2 M€ en exécution, en a été particulièrement affectée ; les subventions pour charges de service public versées aux opérateurs du programme 204 ont été, quant à elles, amputées de 25 M€ par rapport à 2013 (et de 49,4 M€ par rapport à la LFI 2014).

En revanche, les organismes publics n'ayant pas le statut d'opérateur, tels que la HAS ou l'Agence de santé du territoire de Wallis et Futuna continuent à voir leurs subventions, imputées sur le titre 6, augmenter ; ils échappent en effet aux règles qui s'appliquent aux opérateurs.

4 - Des dépenses fiscales très lourdes dont l'efficacité au regard des objectifs de santé demande à être démontrée

Sans que leur nombre ou leurs objectifs aient évolué, le coût des onze dépenses fiscales de la mission *Santé* en 2014 est maintenant estimé à 3,3 Md€, conséquence directe de la hausse du taux réduit de TVA sur les médicaments de 7 % à 10 % au 1^{er} janvier 2014.

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.

5 - Une maquette de performance à repenser entièrement

Quelques-unes des modifications demandées par la Cour semblent avoir été prises en compte pour modifier certains des objectifs et indicateurs du PAP 2015. En attendant, la seule modification qu'ait connue la maquette en 2014 est la disparition des objectifs et indicateurs liés au Fonds CMU-C.

Appréciation d'ensemble

Régularité

Depuis 2011, l'Etat est débiteur d'une dette à l'égard de la CNAMTS, au titre des dépenses d'AME de droit commun, qui s'élève désormais à 57,3 M€, affectant dans cette mesure la régularité de la gestion de la mission Santé.

Performance

S'agissant de la performance, la maquette des objectifs et indicateurs est encore en cours de refonte et la gestion 2014 s'est une nouvelle fois conclue par une absence d'examen des dépenses fiscales de la mission.

Soutenabilité budgétaire

Malgré le recours à la dette et aux débudgétisations pour limiter la dérive des dépenses, l'ouverture massive et répétée de crédits supplémentaires en LFR écarte la mission de sa trajectoire pluriannuelle et interroge sur sa soutenabilité budgétaire.

Les recommandations de la Cour

Le suivi des recommandations formulées au titre de la gestion 2013

La Cour constate que seule la recommandation relative à la maîtrise des dépenses de fonctionnement courant et de personnel des opérateurs (recommandation n° 4) a été suivie d'effet.

Il n'a en revanche été donné aucune suite à ses recommandations relatives à la budgétisation de la dette AME (recommandation n° 1), à la refonte de la maquette de performance (recommandation n° 2), au réexamen et à l'évaluation des dépenses fiscales (recommandation n° 3).

Les recommandations formulées au titre de la gestion 2014

Les observations de la Cour sur la programmation et la gestion 2014 la poussent à reprendre avec insistance ses recommandations précédentes :

1. *Budgéter la dette de l'Etat vis-à-vis de la CNAMTS au titre de l'AME.*
2. *Refondre la maquette de performance de la mission santé afin de décliner, en cohérence avec les objectifs qui seront fixés dans la loi de santé publique, des indicateurs représentatifs, lisibles et partagés entre les opérateurs de santé, les programmes de qualité et d'efficience de la loi de financement de la sécurité sociale et les plans de santé publique, avec l'objectif d'une articulation plus claire et transparente des financements par crédits budgétaires et par l'assurance maladie.*
3. *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.*

Introduction

La mission *Santé* (1 298,4 M€ en PLF 2014) se compose de deux programmes placés sous l'autorité de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes :

1. Le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » (693,4 M€ en PLF 2014), sous la responsabilité du directeur général de la santé, est divisé en neuf actions, numérotées de 11 à 19, regroupées en deux BOP :

- le BOP direction générale de l'offre de soins est essentiellement consacré à la modernisation de l'offre de soins (action 19), et finance à ce titre les stages extrahospitaliers des futurs médecins³, des études et expertises diverses, ainsi que les subventions aux opérateurs dédiés⁴ (ATIH⁵, CNG⁶) ; s'y ajoute une partie des actions juridiques et contentieuses (incluses dans l'action 11)⁷ ;
- le BOP direction générale de la santé finance le pilotage de la politique de santé publique (action 11⁸), l'accès et l'éducation à la santé (action 12⁹), la prévention des risques infectieux et liés aux soins (action 13), celle des maladies chroniques (action 14¹⁰), celle des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation

³ Par l'intermédiaire des agences régionales de santé (ARS).

⁴ Auxquels il faut ajouter l'agence de santé de Wallis et Futuna, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP Santé), subventionnées (titre 6) sur les crédits du BOP DGOS.

⁵ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

⁶ Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

⁷ L'unité opérationnelle correspondante, confiée à la DAJ, dépend des deux BOP (DGOS et DGS).

⁸ Y compris les moyens accordés à la Conférence nationale de santé, au Haut conseil de la santé publique (HCSP), à l'Institut de veille sanitaire (InVS), à l'École des hautes études de santé publique (EHESP) et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

⁹ Y compris les moyens alloués à l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES et, via l'INPES, au GIP Addictions drogues alcool info service (ADALIS).

¹⁰ Y compris les moyens alloués à l'Institut national du cancer (INCa).

(action 15¹¹), la réponse aux alertes, urgences et crises sanitaires (action 16¹²), la qualité et la sécurité des produits de santé (action 17¹³) ; il intègre aussi l'ensemble des crédits de prévention, veille et sécurité sanitaire alloués aux agences régionales de santé (ARS) par l'intermédiaire du Fonds d'intervention régional (FIR, action 18).

2. Le programme 183 « Protection maladie » (605 M€ en PLF 2014), sous la responsabilité du directeur de la sécurité sociale (DSS), ne comprend plus que deux actions, puisque l'action « Accès à la protection complémentaire » a été supprimée en LFI 2014 après le terme mis par la LFI 2013 au principe d'équilibre par l'Etat du Fonds CMU-C¹⁴ :

- l'aide médicale de l'Etat (AME) (action 02) recouvre en réalité plusieurs dispositifs : **l'AME de droit commun**, gérée par l'assurance maladie, pour les 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 (560 M€ inscrits en PLF 2014) ; **les soins urgents** aux patients étrangers en situation irrégulière ne pouvant bénéficier de l'AME (participation forfaitaire de 40 M€ versée par l'Etat à l'assurance maladie qui assure le remboursement aux hôpitaux) ; **trois autres dispositifs** plus limités (5 M€ inscrits en PLF 2014)¹⁵ : 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 ; le PLF 2014 prévoyait pour la deuxième année consécutive une participation nulle de l'Etat à son budget¹⁶.

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, fonds financiers) qui

¹¹ Y compris les moyens alloués à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).

¹² Y compris les moyens alloués à l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

¹³ Y compris les moyens alloués à l'Agence de biomédecine (ABM) et à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

¹⁴ La dotation de l'Etat au Fonds CMU étant nulle depuis la LFI 2009, cette suppression n'a eu aucun impact financier.

¹⁵ Ces autres dispositifs donnent lieu à délégation de crédits aux services déconcentrés concernés (directions chargées de la cohésion sociale).

¹⁶ La participation versée a été de 47 M€ ou 47,5 M€ jusqu'en 2012 (50 M€ en LFI).

bénéficient de financements conjoints de l'Etat et de l'assurance maladie, voire de financements exclusifs de cette dernière. En outre, les dépenses fiscales associées à la mission *Santé*, dépassent 3 327 M€, soit plus de deux fois et demie les crédits budgétés.

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*.

I - DEPENSES DE L'EXERCICE ET GESTION DES CREDITS

Des crédits AME ouverts en loi de finance initiale très insuffisants, l'absence de toute souplesse au sein du programme 183, d'où une contrainte sévère sur le programme 204 pour anticiper les annulations en LFR destinées à limiter l'impact sur les finances publiques des crédits supplémentaires nécessaires au programme 183, le vote en LFR de crédits conséquents mais qui s'avèreront une nouvelle fois insuffisants pour faire face aux besoins de l'exercice et, a fortiori, pour permettre un quelconque remboursement de la dette contractée envers la CNAMTS, tel est le schéma de la gestion 2014, qui répète quasiment à l'identique celui de la gestion 2013.

A - Un schéma d'exécution des crédits 2014 qui reproduit exactement celui de 2013

Les crédits du programme 204 se sont trouvés quelque peu diminués à la suite du vote d'amendements destinés :

- d'une part à abonder les réserves parlementaires (de 1 374 326 € pour l'Assemblée nationale, de 226 000€ pour le Sénat) ;
- d'autre part à « garantir le respect de la norme de dépense en valeur de l'État et à compenser une partie des diminutions de recettes

décidées dans le cadre de l'examen de la première partie du PLF », en les amputant de 4 400 000 €⁷.

Tableau n° 1 : De la programmation à l'exécution en 2014¹⁸

En €	Programme 204		Programme 183		Mission santé	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP
PLF	693 371 236	693 371 236	605 000 000	605 000 000	1 298 371 236	1 298 371 236
LFI	690 571 562	690 571 562	604 900 000	604 900 000	1 295 471 562	1 295 471 562
LFR	-59 135 652	-59 118 533	155 100 000	155 100 000	95 964 348	95 981 467
Total des mouvements de crédits dont :	30 000	1 260 704			30 000	1 260 704
<i>reports</i>	30 000	1 260 704	0	0	30 000	1 260 704
<i>virements</i>	0	0	0	0	0	0
<i>transferts</i>	0	0	0	0	0	0
<i>décrets d'avances</i>	0	0	0	0	0	0
<i>répartition dépenses accidentelles</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Annulations</i>	0	0	0	0	0	0
Total des crédits disponibles	631 465 910	632 713 733	760 000 000	760 000 000	1 391 465 910	1 392 713 733
Crédits consommés	630 769 247	629 973 340	759 902 939	759 902 939	1 390 672 186	1 389 876 279
Taux d'exécution	99,89%	99,57%	99,99%	99,99%	99,94%	99,80%

Source : Cour, d'après données du ministère

Par la suite, l'enveloppe de crédits initiale a été quasi-exclusivement modifiée par les lois de finances rectificatives (LFR), celle du 8 août qui a procédé à une annulation de crédits de 47,9 M€ sur le programme 204, puis celle du 29 décembre 2014 qui a simultanément annulé de nouveau des crédits sur le programme 204 (11,3 M€) et augmenté de 155,1 M€ ceux du programme 183.

Hormis ces LFR, seul un arrêté de report de crédits du 27 mars 2014 a impacté le programme 204, à hauteur de 30 000 € en AE et de 1 266 704 € en CP. La mission Santé n'a été concernée par aucun virement ni transfert de crédits.

Tableau n° 2 : Programmation et exécution comparée 2013-2014

Crédits de paiement (CP) en €	Programme 204		Programme 183		Mission Santé	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
PLF	701 208 230	693 371 236	588 000 000	605 000 000	1 289 208 230	1 298 371 236
LFI	700 234 430	690 571 562	588 000 000	604 900 000	1 288 234 430	1 295 471 562
LFR	-65 169 445	-59 118 533	156 000 000	155 100 000	90 830 555	95 981 467
Total mouvements	2 431 332	1 260 704			2 431 332	1 260 704
Crédits disponibles (a)	637 496 317	632 713 733	744 000 000	760 000 000	1 381 496 317	1 392 713 733
Crédits consommés	635 004 396	629 973 340	743 980 404	759 902 939	1 378 984 801	1 389 876 279

Source : Cour d'après données du ministère

¹⁷ Il faut noter que le programme 183 a aussi été concerné, à hauteur de 100 000 €.

¹⁸ Ce tableau n'intègre pas les incidences financières des retraits d'AE sur exercices antérieurs dans la consommation des AE, ainsi artificiellement minorée de 815 056 € (consommation réelle 2014 = 631 584 303 €).

Il est frappant de constater la similitude entre les deux derniers exercices : la programmation et la gestion 2014 ne font que reprendre, en accentuant quelque peu les montants et l'ampleur des mouvements, la programmation et la gestion 2013.

Si l'on ajoute que l'exercice se conclut par une augmentation de la dette cumulée au titre de l'AME de droit commun vis-à-vis de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) (elle avait augmenté de 13 M€ en 2013, elle augmente encore de 5,6 M€ en 2014 pour atteindre 57,3 M€ fin 2014), il apparaît clairement qu'aucune conséquence n'a été tirée des exercices précédents.

B - Des hypothèses de budgétisation dont la sincérité diffère sensiblement entre les programmes

La construction du budget 2014 de la mission Santé a été réalisée dans le cadre de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017, et des lettres de cadrage pour le budget triennal 2013-2015.

1 - Un changement de périmètre minime sans impact budgétaire

Il n'y a pas eu de modification de l'architecture du **programme 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins** entre 2013 et 2014. En revanche, l'action 01 "accès à la protection complémentaire" du **programme 183 Protection maladie** a été supprimée en 2014, conséquence de la suppression du principe d'équilibre par l'Etat du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU-C) en LFI 2013. L'impact sur le PLF 2014 est nul en termes financiers, puisque la dotation de l'Etat au fonds CMU-C était nulle depuis la LFI 2009.

2 - Une programmation initiale des crédits très optimiste

a) Les hypothèses structurantes

Pour le **programme 204**, la programmation initiale 2014 tenait « compte de l'exécution 2013¹⁹ ainsi que des axes prioritaires de la politique de santé publique affichés dans le PAP 2014 » :

- Piloter le réseau des agences sanitaires, encadrer et animer celui des agences régionales de santé ;

¹⁹ Qui n'était pourtant pas connue au moment de la budgétisation.

- Déployer des stratégies et des politiques de santé publique fondées sur les connaissances scientifiques disponibles ;
- Réduire au minimum la vulnérabilité de la population face à des événements sanitaires graves menaçant la collectivité ;
- Assurer un bon niveau de formation des professionnels de santé afin de garantir la qualité de l'offre de soins.

Cette programmation initiale a été établie dans le respect de la loi de programmation des finances publiques (LPFP) 2012-2017 et de la lettre plafond 2013-2015 :

- Débasage des crédits de prévention de 15% par rapport à la LFI 2012, consécutivement à une prise en charge par la Sécurité sociale (par le biais d'une taxe affectée) ;
- Stabilité des dotations aux associations (15 M€) ;
- Stabilité de la dotation des frais de justice au niveau de la LFI 2012 ;
- Pour les opérateurs, prise en compte des économies transversales sur les dépenses de fonctionnement et de personnel; et sécurisation du fonds de roulement de l'EPRUS²⁰.

Ainsi sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », le montant en PLF s'élevait à 693 371 236€ en AE/CP.

S'agissant du **programme 183**, les crédits demandés en PLF s'élevaient à 605 M€, « montant en progression de +2,9 % par rapport à la dotation initiale votée en LFI 2013 », se justifiant ainsi :

- Pour l'AME de droit commun (estimée à 560 M€), impacts conjugués de l'évolution tendancielle de la dépense estimée à + 2,5 % en 2013²¹ et 2014 et de la diminution de moitié au 1er janvier 2014 de la majoration des tarifs des prestations hospitalières en court séjour instaurée en 2012 pour les bénéficiaire de l'AME ;
- Pour les soins urgents, dotation forfaitaire de 40 M€ ;
- Pour les autres dispositifs (5 M€), montant identique à celui de 2013.

Il n'était tenu aucun compte de la dette vis-à-vis de la CNAMTS qui, en cumulé, s'élevait pourtant déjà à 38,7 M€ en 2012, et dont la dérive des dépenses 2013, déjà constatée au moment de la programmation 2014, laissait pourtant penser qu'elle allait encore augmenter²²

²⁰ Par une subvention de 19,4 M€.

²¹ Le « dérapage » constaté en 2013 pouvait pourtant déjà être anticipé au moment de la budgétisation 2014 (voir le PLFR 2013).

²² Elle s'est finalement élevée à 51,7 M€ au 31/12/2013.

En 2014 comme en 2013, l'Etat ne verse plus de dotation au FIVA, alors même que le « résultat cumulé prévisionnel positif » qui avait justifié son annulation en 2013 a disparu depuis²³.

b) La qualité et la sincérité de la programmation

Dans son avis du 14 février 2014 relatif au **programme 183**, le CBCM note que « l'exécution 2013 [...] est très nettement supérieure à la programmation initialement indiquée » et invite la DSS à classer les dépenses d'AME, pour tenir compte de leur caractère fortement contraint²⁴, en dépenses inéluctables définies, aux termes de l'article 95 du décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012, comme « *les restes à payer à échoir au cours de l'exercice, les dépenses afférentes au personnel en fonction, les dépenses liées à la mise en œuvre des lois, règlements et accords internationaux, ainsi que les dépenses strictement nécessaires à la continuité de l'activité des services* », plutôt qu'en « autres dépenses ».

Il relève aussi de forts risques d'insoutenabilité budgétaire de la programmation proposée, au regard des « prévisions d'exécution de l'AME de droit commun présentées lors de la réunion technique du 10 février 2014 à la direction du budget (722.900.000€ en AE-CP) » et du fait que « ces prévisions ne prennent pas en compte la dette de l'Etat envers l'assurance maladie, constituée depuis l'exercice 2011, qui devrait s'élever à 51.700.000 € au 31/12/2013 », ajoutant que « le besoin de financement supplémentaire pour 2014 [...] ne pourrait être couvert que partiellement par une éventuelle levée de la réserve de précaution (42 343.000 €) ».

Dans son avis du 4 mars 2014 relatif au **programme 204**, le CBCM conteste le classement de l'ensemble des dépenses du programme - hors charges à payer²⁵ - dans la catégorie des dépenses inéluctables étant donné que, « composées, pour une partie substantielle, de subventions versées à des associations par le biais de conventions pluriannuelles non fermes ou de dépenses consécutives à la conclusion de marchés à contractualiser, ces dépenses s'apparentent pour une majeure partie d'entre elles à des dépenses discrétionnaires dont la remise en cause ne nuirait pas nécessairement à la continuité de l'activité des services ».

²³ « Compte tenu de l'actualisation des dépenses au 31 décembre 2013, du niveau du résultat cumulé fin 2013 qui en découle (égal à zéro), la dotation de la branche AT-MP devrait être portée à 435 M€. » (PAP 2014)

²⁴ Ces dépenses, qui consistent en remboursements de factures, résultent de l'application de dispositions législatives regroupées dans le Code de l'action sociale et des familles.

²⁵ Classées en dépenses obligatoires.

Il identifie également trois risques d'insoutenabilité budgétaire tenant d'abord à la sous-programmation des frais de justice de la DGS et de la DGOS, ensuite au besoin de financements supplémentaires de l'agence de Wallis-et- Futuna²⁶, enfin au risque d'insuffisance des crédits relatifs à la formation médicale initiale.

On remarquera qu'en gestion, les dépenses liées au contentieux ont été maintenues, la formation médicale et l'agence de Wallis et Futuna ont été financées par redéploiements internes au programme 204.

Au final, les avis du CBCM confirment, compte tenu de l'ensemble des informations disponibles au moment de son élaboration, le caractère peu sincère de la budgétisation de la mission, en particulier celle du programme 183 qui ne tient encore une fois aucun compte ni de la dérive probable des dépenses AME ni de la dette déjà enregistrée à ce titre vis-à-vis de la CNAMTS.

La DSS souligne à ce propos « la difficulté du calibrage des prévisions d'effectifs avec les effets sur la dynamique budgétaire qui peuvent en résulter ».

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

Comme en 2013 et 2011 mais à la différence de 2012, les deux programmes de la mission ont connu une évolution différenciée mais dépendante, puisque l'ouverture de crédits supplémentaires sur le programme 183 a été en partie gagée par l'annulation de crédits du programme 204.

1 - Une mise en réserve partiellement vidée de contenu

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

²⁶ L'avis au programme estime insuffisants les crédits ouverts (25 M€) pour cette agence et chiffre le besoin de financement complémentaire 2014 à 4 M€, hors dette. En exécution 2014, un abondement de crédits de 3 M€ a été alloué sur le programme 204 pour le financement des évacuations sanitaires et les crédits destinés à l'agence se sont finalement élevés à près de 29 M€ (10 M€ en février et juillet, 5 M€ fin octobre et 4 M€ en décembre). La dette de 23 M€ contractée envers le centre hospitalier de Nouméa au titre des exercices antérieurs n'a fait l'objet d'aucune ouverture de crédits supplémentaires.

des annulations opérées par les lois de finances rectificatives (59,1 M€) a en effet dépassé le montant de la réserve initiale (38,9 M€), sans néanmoins atteindre le niveau des crédits complémentaires votés pour le programme 183 (155,1 M€).

a) Programme 204

Le PLF 2014 fixe le taux de mise en réserve à 0,5% des crédits ouverts sur le titre 2 et à 7% des crédits ouverts sur les autres titres.

Dans le cas du **programme 204**, le taux de 7% a été appliqué à l'ensemble des crédits, à l'exception de la partie des subventions pour charges de service public versée aux opérateurs pour couvrir des dépenses de personnel, pour laquelle il a été convenu d'appliquer le taux de 0,5 %, comme l'indique le tableau qui suit :

Tableau n° 3 : Réserve de précaution initiale du programme 204

	AE	CP
Mise en réserve théorique calculée à partir de l'assiette	48 227 987 €	48 227 987 €
Réduction au titre des dépenses de personnel des opérateurs	9 374 551 €	9 374 551 €
Mise en réserve 2014 initiale	38 853 436 €	38 853 436 €

Source : Document de répartition initiale des crédits et des emplois

S'agissant de la ventilation de cette réserve, elle a été répartie sur l'ensemble des dispositifs, à l'exception de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) : le montant de la mise en réserve appliqué à cette agence a en effet été diminué de 350 000 €, diminution compensée par une augmentation équivalente de la réserve de précaution appliquée à l'Agence de biomédecine (ABM)²⁷. L'opération n'a eu aucune incidence sur le montant total de la réserve de précaution. On peut noter que le taux de réserve appliqué aux crédits destinés aux ARS est de 7% dans la mesure où le programme 204 ne gère pas leurs crédits de personnel.

L'évolution de la réserve initiale en cours de gestion est résumée dans le tableau suivant :

²⁷ Etablissement dont l'équilibre financier a été jugé plus solide.

Tableau n° 4 : Gestion de la réserve du programme 204

Réserve programme 204	Mouvement	Solde
Précaution initiale	38 853 436	38 853 436
Annulation d'une partie de la réserve par LFR 08/08	-22 071 679	16 781 757
Surgel 1 de mai 2014	25 400 000	42 181 757
Dégel du surgel 1	-25 400 000	16 781 757
Surgel 2 de juillet 2014	534 056	17 315 813
Dégel du surgel 2	-534 056	16 781 757
Annulation d'une partie de la réserve par LFR 29/12	-11 262 798	5 518 959
Dégel réserve résiduelle	-5 518 959	0

Source : Cour, d'après données du ministère

b) 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 2014, soit 7 % pour les dépenses d'intervention ; ainsi 42,3 M€ ont-ils été mis en réserve sur la dotation initiale de 604,9M€.

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.

L'évolution de la réserve initiale en cours de gestion est résumée dans le tableau suivant :

Tableau n° 5 : Gestion de la réserve du programme 183

Réserve programme 183	Mouvement	Solde
Précaution initiale	42 343 000	42 343 000
Dégel fin d'exercice par LFR 29/12	-42 343 000	0

Source : Cour, d'après données du ministère

2 - Des mouvements effectués principalement par voie législative

Le **programme 204** a bénéficié d'un report, essentiellement en AE, par arrêté du 27 mars 2014 ; les autres mouvements de crédits sont intervenus par voie législative : LFR du 8 août (annulation de crédits sur le programme 204) et LFR du 29 décembre (annulation de crédits sur le programme 204 et abondement de crédits sur le programme 183).

Tableau n° 6 : Mouvements de crédits du programme 204²⁸

En euros	AE	CP
PLF	693 371 236	693 371 236
LFI	690 571 562	690 571 562
Arrêté de report du 27 mars	30 000	1 260 704
LFR du 8 août	- 47 855 735	- 47 855 735
LFR du 29 décembre	- 11 279 917	- 11 262 798
Total des crédits disponibles	631 465 910	632 713 733
Crédits consommés	630 769 247	629 973 340
Taux d'exécution	99,89 %	99,57 %

Source : Cour, d'après données du ministère

Pour le programme 183, les projections actualisées ont conduit à solliciter une ouverture de crédits en LFR à hauteur de 155,1 M€ afin de financer la dépense prévisionnelle de l'AME de droit commun alors estimée à 717 M€.

Les crédits disponibles au titre de l'AME de droit commun, d'un montant de 562,1 M€, se décomposaient en effet comme suit : i) la dotation initiale de 518,0 M€²⁹, ii) le dégel de la réserve de précaution de 42,3 M€ sur les dispositifs "AME de droit commun" et "autres AME", iii) le redéploiement des crédits "autres AME" à hauteur de 1,8 M€.

Tableau n° 7 : Mouvements de crédits du programme 183

CP (en €)	2014	2013
PLF	605 000 000	588 000 000,00
LFI	604 900 000	588 000 000,00
LFR de décembre	155 100 000	156 000 000,00
Total des crédits disponibles	760 000 000	744 000 000,00
Crédits consommés	759 902 939	743 980 404,21
Taux d'exécution	99,99 %	99,99 %

Source Cour, d'après données du ministère

3 - Une « fongibilité » spécifique

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

²⁸ Même remarque que pour le tableau n° 1 à propos de la consommation réelle des AE, minorée de 815 056 €.

²⁹ 560 M€ moins la réserve de 42,3 M€.

Néanmoins des mouvements de gestion internes et des redéploiements ont pu être opérés entre unités de budgétisation du **programme 204**, par exemple pour faire face à des dépenses supplémentaires telles que :

- des frais de justice et contentieux à hauteur de 1.153 000 € ;
- des besoins de l'agence Wallis et Futuna à hauteur de 3 M€ ;
- une impasse sur les formations médicales de 6 700 000 €.

Ces réaffectations budgétaires ayant eu lieu en juillet 2014, il a été possible d'établir un nouveau schéma de programmation pour que les directions concernées couvrent les dépenses à venir.

S'agissant du **programme 183**, aucune fongibilité entre titres ou entre actions n'a été réalisée. Etant donné que le programme ne comprend plus qu'une seule action dont les dépenses sont uniquement des dépenses d'intervention, seul un redéploiement interne à l'action AME a pu être réalisé en fin de gestion, de la dotation "autres AME" vers le financement de l'AME de droit commun.

4 - Une fin de gestion mal anticipée

Les taux d'exécution attestent du calibrage apparemment pertinent du collectif budgétaire.

En réalité, ce constat ne vaut que pour le **programme 204**, qui a utilisé le dégel de la réserve pour couvrir ses dépenses supplémentaires. Le programme a « consommé l'ensemble de sa dotation en AE [mais il reste] 2 740 393 € de CP répartis en appels à projets dont les paiements n'ont pu être faits en raison du calendrier de fin de gestion, de factures reçues tardivement mais également des échéanciers de CP issus de conventions pluriannuelles³⁰ ».

Pour le programme 183, le montant des crédits non consommés s'élève à 97 061 € (AE = CP), soit 0,01 % du montant des crédits ouverts sur le programme ou 3,5 % du montant des crédits délégués aux services déconcentrés au titre des « autres AME ». Il « concerne 20 départements mais la Seine Saint Denis est responsable à elle-seule de 92 % des crédits non consommés ; les causes de cette non-consommation sont en cours d'expertise ».

Mais le taux de consommation de l'AME de droit commun est dépourvu de signification, puisque la dette vis-à-vis de la CNAMTS sert de variable d'ajustement.

³⁰ Réponse du ministère au questionnaire de la Cour. Les AE sont engagés en totalité mais les CP sont répartis sur plusieurs années.

Après dégel de la réserve de précaution, notifié le 25 novembre, un versement de 44,1 M€ a été réalisé au titre de l'AME de droit commun, correspondant au total de la réserve (42,3 M€) et des crédits non délégués de la dotation « autres AME » (1,8 M€).

Après publication de la LFR, un versement complémentaire de 155,1 M€ a été effectué, également au titre de l'AME de droit commun. La DSS pensait alors avoir versé plus que les dépenses AME de droit commun de la CNAMTS en 2014, et annonçait que « cette ouverture a servi à couvrir les besoins de l'AME mais aussi à résorber une partie de la dette vis-à-vis de la sécurité sociale³¹ ».

Toutefois, la CNAMTS lui a fait connaître début mars 2015 que le montant des dépenses s'élève en définitive à 722 854 111,22 €. Ce montant étant supérieur de 6 M€ aux projections réalisées en fin d'exercice (717 M€), le montant de la dette cumulée de l'Etat est porté à 57 339 235,63€ à fin 2014. »

Il faut néanmoins noter la meilleure qualité du calibrage de la LFR - et la réduction de l'insuffisance annuelle de financement qui en a résulté - depuis 2011 (33 M€ en 2012, 13 M€ en 2013 et 6 M€ en 2014²).

D - Une exécution 2014 qui dérive de la trajectoire prévue dans la programmation pluriannuelle

La loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 fixe les plafonds de crédits alloués à la mission Santé en 2013, 2014 et 2015 aux montants suivants, exprimés en milliards d'euros :

Tableau n° 8 : Exécution comparée aux plafonds fixés par la LPFP

Mission Santé (CP en M€)	2012	2013	2014
Plafond pluriannuel	1,41	1,29	1,3
LFI	1 376	1 288	1 295
CP consommés	1 317	1 379	1 390
Insuffisance annuelle « AME de droit commun » vis-à-vis de la CNAMTS	32,5	12,9	5,7
Total (ex post) des besoin de l'année	1 350	1 392	1 396

Source : Cour d'après loi de programmation des finances publiques

³¹ Partie qu'elle chiffrait à 13,3 M€.

³² En 2013, cette insuffisance était de 13 M€.

La loi de finances initiale pour 2014 fixait le montant des CP à 1 295 471 562 €, un montant parfaitement compatible avec la trajectoire définie par la LPPF.

Mais les crédits ouverts en LFR ont permis, en 2014 une consommation de CP à hauteur de 1,39 Md€ qui s'écartere une nouvelle fois du triennal 2013-2015. L'écart est encore plus significatif si on y ajoute l'augmentation régulière de la dette « AME de droit commun » vis-à-vis de la CNAMTS.

La loi n° 2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 a maintenu le plafond 2014 à 1,30 Md€, soit 1,17 Md€ au format 2015, mais a ensuite fixé les plafonds pour 2015, 2016 et 2017 à, respectivement : 1,20 Md€, 1,22 Md€ et 1,23 Md€.

II - GRANDES COMPOSANTES DE LA DEPENSE

Les dépenses de personnel de la mission étant supportées par le programme 124³³, les moyens au service de la politique de santé relèvent presque 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), les dépenses de fonctionnement (catégorie 31) ne représentant qu'un peu plus de 1 % des dépenses de la mission.

Depuis 2012, la structure de ces dépenses a été modifiée : les crédits alloués aux ARS sur l'action 18 « projets régionaux de santé » du programme 204, transitent désormais par le FIR et n'apparaissent plus comme une subvention pour charges de service public, mais comme une dépense d'intervention.

³³ Selon les schémas de déversement analytique du PAP 2014, le programme 124 contribue à hauteur de 48,544 M€ au programme 204 et 1,353 M€ au programme 183, donc à hauteur de 69,893 M€ à la mission *Santé*.

Tableau n° 9 : Dépenses 2014 par titre et catégorie (en CP)

CP en €	Catégorie	Programme 204	Programme 183	Mission	%
Titre 3	31 fonctionnement	17 005 129	299 851	17 304 980	1,25%
	32 SCSP opérateurs	272 324 992	0	272 324 992	19,59%
	Total titre 3	289 330 121	299 851	289 629 972	20,84%
Titre 6	61 transferts aux familles	0	759 489 307	759 489 307	54,64%
	62 transferts aux entreprises	242 000	2 373	244 373	0,02%
	63 transferts aux collectivités territoriales	0	79 134	79 134	0,01%
	64 transferts aux autres collectivités	340 401 219	32 274	340 433 493	24,49%
	Total titre 6	340 643 219	759 603 088	1 100 246 307	79,16%
TOTAL MISSION	629 973 340	759 902 939	1 389 876 279	100,00%	

Source : Cour, d'après données du ministère

En 2014, le titre 6 représente ainsi 79 % des dépenses de l'exercice. Si l'on y ajoute les subventions pour charges de service public versées aux opérateurs (20 %), on constate que les « transferts » représentent la quasi-totalité (98,75 %) de la mission *Santé*.

A - Des opérateurs nombreux au titre du programme 204

1 - Périmètre des opérateurs

Les ARS sont bien des opérateurs de l'Etat mais pas des opérateurs de la mission santé puisque leurs subventions pour charges de service public (SCSP) sont imputées sur la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*.

L'action « accès à la protection complémentaire » du programme 183 ayant été supprimée en 2014, le Fonds CMU-C³⁴ n'est plus un

³⁴ Pourtant classé parmi les « vingt plus gros opérateurs de l'Etat ».

opérateur de la mission et les seuls opérateurs *Santé* sont donc ceux du programme 204, communément³⁵ appelés *agences sanitaires*.

Tableau n° 10 : Onze opérateurs³⁶

Sigle	Nom	Statut	Imputation SCSP	Observations
ABM	Agence de biomédecine	EPA	17-02	251
ADALIS	Addictions drogues alcool info servicee	GIP	NC	Subventionné par l'INPES
ANSèS	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail	EPA	15-03	Programme chef de file : 206
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	EPA	17-01	
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	EPA	19-06	Transfert vers l'assurance maladie en 2015
CNG	Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la FPH	EPA	19-05	Transfert vers l'assurance maladie en 2015
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique	EPSCP	11-05	
EPRUS	Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires	EPA	16-02	Fusion prévue avec l'INPES et l'InVS
INCa	Institut national du cancer	GIP	14-02	
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	EPA	12-01	Fusion prévue avec l'EPRUS et l'InVS
InVS	Institut de veille sanitaire	EPA	11-02	Fusion prévue avec l'EPRUS et l'INPES

Source : Cour, d'après « Jaune opérateurs »

Dix 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*.

La question se pose de faire également de l'agence de santé de Wallis et Futuna (voir infra sa part dans les dépenses d'intervention du programme 204) un opérateur du programme 204.

2 - Emplois et plafonds d'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.

Les PAP et RAP de la mission font état de dix opérateurs pour lesquels le programme 204 est chef de file, auxquels s'ajoute l'ANSèS,

³⁵ Et improprement puisqu'ils incluent l'ATIH, le CNG, l'EHESP, l'INCa, l'INPES et ADALIS qui ne peuvent être considérées comme des agences (de sécurité) sanitaire au même titre que l'ABM, l'ANSèS (dont le programme chef de file n'est d'ailleurs pas le 204), l'ANSM, l'EPRUS ou l'InVS.'

³⁶ Dont l'un (ADALIS) est subventionné par l'INPES et l'autre (ANSèS) a pour chef de file le programme 206 *Sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation*.

opérateur multi-imputé. Mais les tableaux renseignés par le ministère n'incluent pas le GIP Addictions drogues alcool info service (ADALIS³⁷), subventionné par l'INPES.

Tableau n° 11 : Evolution des emplois sous plafond des opérateurs

Opérateurs de la mission	LFI 2013	Exécution 2013	LFI 2014	Exécution 2014
ABM	262	254	256	255
ANS&S	1262	1 261	1 255	1 255
ANSM	1003	1 008	1 003	1 003
ATIH	114	113	112	110
CNG	122	117	119	116
EHESP	355	338	337	337
EPRUS	34	33	30	30
INCa	157	157	154	153
INPES	138	135	129	128
InVS	408	403	402	402
Total emplois sous plafond (ETP)	3855	3 819	3 797	3 789

Source : Ministère, PAP et RPA 2013, PAP 2014

Selon le responsable de programme, « les arbitrages finaux [de la programmation 2014], tout en respectant les contraintes budgétaires, ont tenu compte des projections et des prévisions que chaque opérateur a présentées à la DGS lors d'échanges bilatéraux. L'analyse des données de progression et d'évolution par opérateur a permis de définir une répartition du plafond d'emplois à la baisse pour 9 opérateurs sur 10³⁸, d'où une baisse globale du nombre d'emplois sous plafond qui, en LFI 2014, a diminué de 58 ETP et, en exécution 2014, de huit ETP supplémentaires³⁹. Mais, l'exécution 2013 ayant été encore plus contrainte (36 ETP), la diminution constatée entre le réalisé 2013 et le réalisé 2014 est de 30 ETP.

Trois agences ont bénéficié, par ailleurs, d'une augmentation de leurs effectifs hors plafond :

³⁷ 38 ETP en LFI 2013, 37 ETP en réalisé 2013 et LFI 2014.

³⁸ Seule l'ANSM a maintenu ses effectifs, une exception qui résulte des arbitrages rendus à l'occasion de la création de la nouvelle agence et des objectifs complémentaires qui lui ont été fixés en matière de pharmacovigilance et de lutte contre la contrefaçon des médicaments.

³⁹ Ont contribué l'ABM (-1), l'ATIH (-2), le CNG (-3), l'INCa (-1) et l'INPES (-1).

- l'ABM (1) pour répondre aux projets de recherche, au fonctionnement des registres et aux actions de coopérations internationales ;
- l'ATIH (2) dans le cadre de l'élargissement de son périmètre d'intervention (notamment études de coûts sur les activités médico-sociales) ;
- l'EHESP (36) pour répondre aux orientations du COP 2014-2018 qui renforcent ses activités de recherche et d'offre de formations professionnelles.

3 - Subventions pour charges de service public

La loi de finances pour 2014 a diminué les subventions pour charges de service public de 8,36 M€ par rapport à la LFI 2013.

Le calcul de la réserve de précaution applique la répartition définie par la LFI, pour 2014, soit 0,5% sur les frais de personnels et 7% sur les frais de fonctionnement. L'assiette de référence est le budget prévisionnel approuvé pour 2014.

Outre la réserve de précaution, certains opérateurs – en fonction de leurs priorités stratégique et du niveau de leurs fonds de roulement - ont vu le montant de leur subvention pour charges de service public nette diminuée d'un surgel.

Tableau n° 12 : Subventions pour charges de service public versées aux opérateurs en 2013 et 2014

Opérateurs de la mission	LFI 2013	Exécution 2013	LFI 2014	Exécution 2014
ABM	15 200 000	13 589 183	15 100 000	12 829 539
ANS&S	13 700 000	15 271 807	13 700 000	12 309 912
ANSM	128 500 000	116 359 208	123 311 424	102 423 341
ATIH	3 400 000	2 777 401	3 167 284	2 947 284
CNG	3 800 000	3 188 524	3 561 412	3 461 412
EHESP	10 600 000	11 057 533	10 400 000	9 426 182
EPRUS	19 400 000	15 192 554	17 300 000	16 166 497
INCa	55 700 000	52 332 628	55 600 000	42 096 274
INPES	24 200 000	12 892 582	24 100 000	21 195 101
InVS	55 600 000	54 660 642	55 500 000	49 469 450
Total	330 100 000	297 322 062	321 740 120	272 324 992

Source : Ministère, CBCM, PAP et extractions Chorus

Compte tenu de la réserve de précaution, des annulations complémentaires appliquées, d'un amendement parlementaire, les subventions pour charges de service public nettes versées en 2014 aux opérateurs atteignent 272,32 M€ contre un montant en LFI de 321,74 M€, soit une diminution de 49,42 M€ par rapport à la LH 2014 et de 25 M€ par rapport à l'exécution 2013.

Il faut néanmoins noter que certains opérateurs ont par ailleurs bénéficié de subventions du titre 6 : 1 625 000 € pour l'ANSÈS, 800 000 € pour l'EHESP, 940 000 € pour l'InVS⁴⁰, soit un total de 3 365 400 € en AE et 2 467 000 € en CP.

B - En dehors des subventions pour charges de service public, des dépenses de fonctionnement minimales

Le titre 3 est dominé par la catégorie 32, qui regroupe les subventions pour charges de service public versées aux dix opérateurs du programme 204. La catégorie 31, celle des dépenses de fonctionnement, est très réduite, en particulier parce que le programme support 124 dépend d'une autre mission.

Tableau n° 13 : Evolution des dépenses de fonctionnement

Dépenses de fonctionnement	Exec. 2012	Exec. 2013	PLF 2014	Exec. 2014
	18 332 558 €	11 569 181 €	23 207 114 €	17 304 980 €

Source : Cour, d'après données du ministère

Le montant du budget de fonctionnement n'apparaît pas dans le PLF ; mais il se calcule en déduisant du titre 3 (345 237 114 €) le cumul des subventions pour charges de service public des opérateurs (322 030 000 €). S'agissant de l'exécution 2014, il faut joindre au montant des dépenses de fonctionnement du programme 204 (17 005 129 €) les 299 851 € qui ont été imputés sur le programme 183.

Les actions juridiques et contentieuses de la DGS (10 521 625 €) et de la DGOS (2 629 431 €) représentent, avec 13 151 055 €, plus des trois quarts du total des dépenses de fonctionnement.

⁴⁰ En AE. En CP seuls 42 000 € ont été versés sur 2014.

C - Des dépenses d'intervention de nature très différente entre les deux programmes

Les bénéficiaires des dépenses d'intervention sont très différents d'un programme à l'autre : le programme 183 ne comprend quasiment que des transferts en faveur des familles, alors que ceux du programme 204 sont principalement destinés aux « autres collectivités » que sont les partenaires du programme (ARS, agences sanitaires, grandes associations, etc.).

1 - Les dépenses du programme 183 sont quasi-exclusivement des dépenses « de guichet »

L'Etat ne versant plus sa dotation au FIVA, les seules dépenses du programme 183 sont liées à l'aide médicale d'Etat.

Même si l'action correspondante (02) n'est pas divisée en sous-actions, elle correspond néanmoins à trois mécanismes très différents.

a) **L'aide médicale de l'État de droit commun**, qui constitue le cœur du dispositif AME, est accordée pour une durée d'un an renouvelable. Depuis 2004, son accès est conditionné à une résidence en France ininterrompue de plus de trois mois. Ce dispositif représente, en 2014, 93 % de la dotation de l'action. Il est financièrement à la charge de l'État mais géré par l'assurance-maladie : la dette de l'État vis-à-vis de l'assurance maladie fluctue ainsi au fil des évolutions législatives et budgétaires.

b) **Les « soins urgents »**, dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé, sont assurés par les hôpitaux pour les patients étrangers qui résident en France en situation irrégulière sans pouvoir bénéficier de l'AME. Ces soins sont réglés aux établissements de santé par l'assurance maladie et font l'objet d'une prise en charge forfaitaire par l'État (20 M€ jusqu'en 2007, 40 M€ depuis, pour une dépense qui en 2015 a atteint 105,18 M€).

c) **D'autres dispositifs**, au champ plus limité, ont un caractère plus discrétionnaire :

- l'AME dite « humanitaire » : sont également possibles, par décision individuelle prise par le ministre compétent, des admissions pour soins hospitaliers ponctuels en France de personnes françaises ou étrangères qui ne résident pas en France. Cette AME, dite « humanitaire », n'a pas le caractère d'un droit pour lesdites personnes. Ce dispositif de

prise en charge représente chaque année moins d'une centaine d'admissions.

- les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux de la Réunion et éventuellement vers la métropole.

- l'aide médicale pour les personnes gardées à vue (3ème alinéa de l'article L.251-1 du CASF) : l'aide ne finance que la prise en charge des médicaments (dans le cas où la personne gardée à vue n'a pas à sa disposition l'argent nécessaire à leur achat) et les actes infirmiers prescrits (décret n°2009-1026). Les honoraires de médecins appelés dans le cadre des gardes à vue sont financés quant à eux par le budget du ministère de la justice.

Ces trois derniers dispositifs donnent lieu à des délégations de crédits aux services déconcentrés concernés (directions chargées de la cohésion sociale) pour paiement des dépenses de soins directement aux professionnels de santé et établissements de santé. Le faible montant de dépenses de fonctionnement (299 851 €) leur est imputable.

Depuis le rapport de l'IGAS de 2010, des mesures ont été prises pour contenir le dynamisme de l'AME de droit commun. La DSS estime que, conséquence de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des séjours hospitaliers, « le différentiel avec la tarification antérieure [s'élève] à plus de 120 M€ en 2014 ».

Compte tenu de cette réforme, les dépenses du programme 183 ont évolué de la façon suivante :

Tableau n° 14 : Evolution des dépenses du programme 183

CP en €	2012	2013	2014
Crédits votés	638 003 000	588 000 000	604 900 000
Accès à la complémentaire santé	0	0	0
AME	588 000 000	588 000 000	604 900 000
FIVA	50 003 000	0	0
Consommation	634 490 507	743 980 405	759 902 939
Accès à la complémentaire santé	191	0	Hors Budget
AME	587 487 698	743 980 405	759 902 939
<i>AME de droit commun</i>	<i>546 215 171</i>	<i>702 233 780</i>	<i>717 195 329</i>
<i>AME soins urgents</i>	<i>40 000 000</i>	<i>40 000 000</i>	<i>40 000 000</i>
<i>AME humanitaire</i>	<i>1 272 527</i>	<i>1 746 625</i>	<i>2 707 610</i>
FIVA	47 002 618	0	0

Source : Cour, d'après données du ministère

Mais ces chiffres ne correspondent pas à la réalité de la dépense AME, contrainte chaque année par le plafond des crédits disponibles ;

ainsi la dette vis-à-vis de la CNAMTS n'a-t-elle cessé d'augmenter depuis 2011⁴¹, comme le reflète le tableau suivant :

Tableau n° 15 : Evolution de la dette de l'Etat vis-à-vis de la CNAMTS

Sommes dues par l'Etat à la CNAMTS au titre de l'AME de droit commun (en M€)	2011	2012	2013	2014
Insuffisance annuelle	21,2	32,5	12,9	5,7
Dette cumulée au 31/12	6,2	38,7	51,7	57,3

Source : Cour, d'après données du ministère

Seule l'AME de droit commun donne lieu à la comptabilisation d'une dette ; l'AME soins urgents, pour lesquels l'Etat s'acquitte d'un forfait de 40 M€ quel que soit le niveau des dépenses engagées par la CNAMTS⁴², n'a pas de système équivalent. En 2014, les dépenses de la CNAMTS à ce titre se sont élevées à 105 188 612,37 € ; leur montant était de 129 M€ en 2013.

2 - La plus grande partie des dépenses d'intervention du programme 204 est « déconcentrée »

a) Subventions aux ARS via le FIR

Les 26 ARS ne sont pas des opérateurs de la mission Santé⁴³.

Mais elles bénéficient 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).

Alors que le montant prévu en PLF était de 130 871 236 €, l'arrêté du 31 mars 2014 a fixé le total versé au FIR sur le programme 204 à **121 208 144 €**. Les deux premiers versements à l'ACOSS, effectués les 14 mars et 15 mai, se sont élevés à 48,5 M€ chacun; le solde de la participation 2014 de l'Etat, soit 24 208 144 €, a été versé le 17 octobre.

⁴¹ Fin 2010, l'Etat disposait au contraire d'un crédit de 15 M€ sur la CNAMTS.

⁴² En 2014, les dépenses de la CNAMTS à ce titre se sont élevées à 105 188 612,37 € ; leur montant était de 129 M€ en 2013.

⁴³ Elles ne sont pas opérateurs du programme 204 mais du programme 124 qui leur verse leurs subventions pour charges de services publics.

Le Fonds d'intervention régional (FIR)

Le fonds d'intervention régional a été créé le 1^{er} mars 2012 en application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012. Les textes relatifs au fonctionnement du FIR sont codifiés aux articles L.1435-8 à L.1435-11 et R.1435-16 à R.1435-36 du code de la santé publique. Le fonds n'a pas la personnalité morale, mais dispose d'une comptabilité propre consolidée par la CNAMTS qui en assure la gestion comptable et financière.

Les ressources du FIR sont constituées par une dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, une dotation de l'Etat, une dotation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). A compter de 2014, le FIR fait l'objet d'un sous-objectif de l'objectif national de dépense de l'assurance maladie (ONDAM) voté dans le cadre de la LFSS. Des arrêtés ministériels fixent chaque année, la dotation des régimes d'assurance maladie au fonds⁴⁴ ainsi que le montant des crédits alloués à chaque agence régionale de santé⁴⁵.

Le FIR regroupe donc au sein d'une seule enveloppe financière globale et fongible des crédits auparavant cloisonnés mais destinés à financer des politiques proches ou complémentaires dans les domaines suivants : permanence des soins (1), amélioration de la qualité et de la coordination des soins (2), amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé (3), amélioration de la performance hospitalière (4) et des conditions de travail des personnels en établissements de santé (5), prévention des maladies, promotion de la santé, veille et sécurité sanitaires (6), mutualisation des moyens, notamment informatiques, des structures sanitaires (7), prévention des handicaps et de la perte d'autonomie (8).

Les missions 7 et 8 bénéficient d'un principe de fongibilité asymétrique qui autorise les ARS à redéployer librement les crédits au sein des différentes missions financées par le FIR sous deux conditions :

- les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnement médico-sociaux ;
- les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

⁴⁴ Un arrêté du 31 mars 2014 a fixé « pour l'année 2014 le montant des dotations des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé » (3,2 Md€).

⁴⁵ Un autre arrêté du 31 mars 2014 a fixé « pour l'année 2014 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régionale et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ».

En 2013, le périmètre et les actions financées par le FIR ont connu un élargissement important, par rapport aux enveloppes qui constituaient le fonds en 2012. L'enveloppe financière du FIR a été notamment complétée par :

- des aides à la contractualisation (AC) destinées à favoriser, en régions, la performance et les restructurations hospitalières ;
- certaines missions d'intérêt général (MIG) dont l'objectif est de favoriser une approche transversale des prises en charge ;
- des crédits de financement d'actions d'accompagnement des personnes âgées ou handicapées, notamment les expérimentations sur le dispositif personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), les groupes mutuels d'entraide (GEM) et les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ;
- une enveloppe spécifique destinée à promouvoir la démocratie sanitaire en application de l'article 28 de la LFSS 2013.

Pour 2014, la circulaire n° SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2014 précise: « afin de donner toute la visibilité nécessaire au pilotage du FIR, un 7^{ème} sous-objectif ONDAM relatif aux dépenses d'assurance maladie allouées au fonds a pour la première fois été identifié dans le cadre de la LFSS 2014. Le Parlement avait voté ce nouveau sous-objectif en augmentation de 2,4% par rapport à 2013.

Par ailleurs, le périmètre du FIR est inchangé en 2014 en vue d'en stabiliser le fonctionnement et de pleinement contribuer à la mise en œuvre des orientations nationales.

Pour la répartition entre ARS des crédits de l'action 18, l'objectif récurrent de la DGS est la réduction progressive des inégalités de financement entre les régions ; celles-ci sont appréciées au travers de deux indices complémentaires : l'indice relatif de l'allocation de ressources au regard de la population pondérée de la région et l'indice de marge de manœuvre de l'ARS. La combinaison des classements des régions métropolitaines obtenus pour chacun des deux indices permet de répartir les régions métropolitaines en quatre groupes homogènes⁴⁶ auxquels sont ensuite appliqués des taux différenciés d'évolution des crédits.

Pour compenser la baisse des crédits en provenance du programme 204, les ressources du FIR ont été complétées à partir de 2013 par l'affectation à la CNAMTS, au bénéfice du FIR (pour des actions de prévention soutenues par les ARS), d'une partie des nouvelles recettes fiscales à vocation « comportementale ».

⁴⁶ Un cinquième groupe est constitué des ARS ultramarines.

Les dotations versées au FIR sur le programme 204 ont évolué de la façon suivante :

Tableau n° 16 : Evolution des dotations FIR

Dotation au FIR (en €)	Exec. 2012	Exec. 2013	PLF 2014	Exec. 2014
	173 392 354 €	137 383 401 €	130 871 236 €	121 208 144 €

Source : Cour, d'après données du ministère

b) Autres subventions versées aux ARS

En dehors des versements au FIR, le programme 204 a subventionné directement certaines actions des ARS :

Tableau n° 17 : Subventions directes aux ARS (ou équivalent)

Sous-action	Objet	Subvention	Agences bénéficiaires	
			Nombre	ARS
13-02	Lutte anti-vectorielle	7 810 €	11	Aquitaine, Corse, Guadeloupe, Guyane, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi-Pyrénées, Océan indien, Poitou-Charentes, PACA, Rhône-Alpes
18 hors FIR	Lutte contre le chikungunya	1 078 614 €	3	Guyane, Guadeloupe, Ile-de-France
19-01	Formations médicales initiales	145 637 780 €	25	Toutes sauf Corse
19-08	Agence de Wallis et Futuna	28 970 000 €		Cas particulier
TOTAL		175 694 204 €		

Source : Cour, d'après données du ministère

On relèvera l'imputation à l'action 18, en principe consacrée au FIR, de subventions versées à l'ARS Guyane (670 000 €) et à l'ARS Guadeloupe (358 614 €) pour la lutte contre le chikungunya⁴⁷, ainsi qu'à l'ARS Ile-de-France (50 000 €) « dans le cadre du développement de l'outil AGHGOS pour financer un module sur l'éducation thérapeutique⁴⁸.

S'agissant des formations médicales initiales, le PLF 2014 prévoyait des crédits à hauteur de 139 M€ pour financer la rémunération des stagiaires, l'indemnisation des maîtres de stage et l'année de recherche, une enveloppe qui a été largement dépassée.

La subvention versée à l'agence de santé de Wallis et Futuna, budgétée à hauteur de 25,97 M€, a donné lieu à quatre versements (février, juillet, octobre et décembre), dont le dernier a dû être majoré de 3 M€, ce qui porte le total à 28,97 M€.

⁴⁷ Arrêtés du 5 août 2014.

⁴⁸ Arrêté du 22 août 2014.

c) Autres subventions

Comme indiqué supra, trois opérateurs de la mission (ANSèS, InVS et EHESP) ont bénéficié de subventions du titre 6 en plus de leur subvention pour charges de service public, pour un total de 3 365 400 € en AE et 2 467 000 € en CP.

Les crédits du programme 204 sont aussi utilisés pour des subventions à d'autres organismes publics tels que l'agence de santé du territoire de Wallis et Futuna⁴⁹ (28,97 M€), l'ONIAM (1,50 M€), la Haute Autorité de santé (11,01 M€) et l'ASIP (2,22 M€).

L'exemple de la Haute Autorité de santé (HAS)

Créée par la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004, la Haute Autorité de santé est une « autorité publique indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale [qui] dispose de l'autonomie financière ». Elle a repris les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), celles de la Commission de la Transparence, celles de la Commission d'évaluation des produits et prestations de santé (CEPP) et du Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (Fopim) et s'en est vu adjoindre de nouvelles. Elle est chargée d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie, de mettre en œuvre la certification des établissements de santé, d'évaluer les pratiques des professionnels de santé et de promouvoir le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public. La HAS ne bénéficie d'aucun financement en provenance du programme 124. Au titre de l'action 19 du programme 204, des subventions lui ont été versées, pour un montant de 7,52 M€ en 2012 et 4,77 M€ en 2013. En 2014, la subvention inscrite au PLF était de 14,8 M€, montant qui « tenait compte d'une mesure de périmètre à hauteur de 10 M€ correspondant à la budgétisation de taxes s'apparentant à des subventions pour charges de service public et jusqu'à présent affectées à la HAS. La dotation de l'assurance maladie à la HAS sera également abondée de 20 M€ en PLFSS 2014 au titre de cette opération de rebudgétisation. Cette opération permettra de mettre fin à tout lien financier direct entre la HAS et les industriels, renforçant ainsi son indépendance ».

Un tel mode de financement pour une autorité indépendante constitue une originalité : ses homologues de la mission *Economie* par exemple, bénéficient de crédits accordés à la fois sur le titre 2 et sur le titre 3, mais pas sur le titre 6.

⁴⁹ En 2013, la subvention s'était élevée à 25,97 M€ ; jusqu'en 2012, le financement de cette agence du programme 123 *Conditions de vie Outre-mer*.

Même si on peut s'étonner de prime abord que les financements accordés à des organismes publics pour couvrir leurs frais de personnel ou de fonctionnement soient imputés sur le titre 6, la direction du budget renvoie à « la circulaire relative au cadre budgétaire et comptable des organismes publics et des opérateurs de l'Etat pour 2015 [qui] précise que le financement des organismes non opérateurs qui mettent en œuvre une politique publique de la compétence directe de l'Etat correspond à une dépense d'intervention ».

Les autres subventions sont principalement destinées à un réseau associatif particulièrement développé⁵⁰, sur lequel s'appuie la DGS pour la réalisation des priorités de la loi de santé ou les plans de santé publique.

Si les subventions directement allouées par la DGS aux associations ne représentent en 2014 qu'à peine 3 % du programme 204, leur attribution constitue néanmoins un élément structurant pour le programme, compte tenu de leur « effet-levier »⁵¹.

Pour rendre le partenariat plus structuré et plus cohérent, pour améliorer l'efficacité des ressources qui y sont consacrées, vient d'être créé au sein de la DGS un « comité du partenariat associatif », qui a notamment pour missions d'évaluer régulièrement les actions réalisées dans le cadre du partenariat associatif développé par chaque entité métier, à l'aide d'indicateurs d'efficacité, et de déterminer des critères de subventionnement pour permettre de disposer d'une aide décisionnelle dans le cadre du partenariat financier (critères liés à la pertinence au regard de la politique de santé, critères d'ordre financier, juridique ...).

Globalement, les subventions versées sur le programme 204 (hors PRS) ont évolué de la façon suivante :

Tableau n° 18 : Evolution des interventions du programme 204

Interventions 204 hors PRS (en €)	Exec. 2012	Exec. 2013	PLF 2014	Exec. 2014
	166 722 847 €	192 380 417 €	217 262 886 €	219 435 07€

Source : Cour, à partir du RAP 2013 et du FIR

⁵⁰ Environ 150 associations qui possèdent une expertise parfois rare et qui sont capables d'atteindre certains publics particuliers.

⁵¹ Réponse DGS au questionnaire.

D - Des dépenses fiscales qui restent non évaluées, malgré un montant supérieur au double des dépenses sur crédits budgétaires

Les onze dépenses fiscales de la mission *Santé*⁵² (sept sur le programme 204, quatre sur le programme 183) sont estimées à 3,3 Md€. On constate une réévaluation à la hausse particulièrement importante de la dépense n°730303 relative au taux réduit de 2,10 % applicable aux médicaments remboursables ou soumis à autorisation temporaire d'utilisation et aux produits sanguins (2 465 M€ pour 2014 en PLF 2015 contre 1 540 M€ pour 2013 en PLF 2015, soit une progression de +60% entre 2013 et 2014). Cette augmentation est la conséquence directe de la modification du calcul de cette dépense fiscale à la suite de la hausse du taux réduit de TVA sur les médicaments de 7 % à 10 % au 1^{er} janvier 2014.

La DGS regrette que les responsables de programmes ne soient pas représentés au comité d'évaluation de la dépense fiscale ; elle note aussi qu'intégrer le taux de TVA réduit sur les médicaments dans le périmètre des dépenses fiscales est « antinomique et purement artificiel au regard des critères définis par le Conseil des impôts ».

Par ailleurs, malgré l'obligation posée par l'article 18 de la loi de programmation des finances publiques pour 2012-2017, l'évaluation annuelle⁵³ de leur efficacité et de leur efficacité n'a pas progressé en 2014. A compter de 2015 ces évaluations sont remplacées par les revues de dépenses dont la loi de programmation des finances publiques pour 2014-2019 a imposé que la liste annuelle soit annexée au projet de loi de finances de l'année⁵⁴.

⁵² Voir tableau ci-après.

⁵³ Ces évaluations devaient être « réalisées chaque année par cinquième. ».

⁵⁴ « Cette annexe précise les objectifs d'économies attendues sur chacune d'entre elles, ainsi qu'un bilan des précédentes revues de dépenses, précisant le montant des économies réalisées au regard des objectifs initiaux. [Elle] comporte également la liste des revues de dépenses menées au cours des douze mois précédant le dépôt du projet de loi de finances de l'année. Elle retrace les principaux constats et les propositions résultant de ces revues et précise, le cas échéant, les mesures envisagées pour la mise en œuvre de ces propositions, ainsi que les objectifs d'économies attendues pour chacune d'elles ».

Tableau n° 19 : Evolution de l'estimation des dépenses fiscales de la mission Santé

Programme	N° DF	Mesure	Impôt concerné	Bénéficiaires	2013	2013	2013	2014	2014	2015
					(estim PAP 2013)	(estim PAP 2014)	(estim PAP 2015)	(estim PAP 2014)	(estim PAP 2015)	(estim PAP 2015)
204	730303	Taux de 2,10% applicable aux médicaments remboursables	TVA	Entreprises	1920	1495	1540	2430	2465	2455
	120204	Exonération des indemnités journalières servies au titre des ALD	IR	Ménages	320	350	350	365	365	380
	730208	Taux de 5,5% (7% au 01/01/2012) applicables aux prestations de soins des établissements thermaux	TVA	Entreprises	50	35	32	28	26	26
	160301	Déduction forfaitaire des recettes déclarées par les médecins conventionnés	IR	Entreprises	10	9	9	9	9	9
	160204	Exonération, 60 jours par an, de la rémunération PDS des médecins de certaines zones	IR	Entreprises	7	11	16	11	16	16
	230506	Exonération des plus values réalisés lors de la reconversion des débits de boisson	IR et IS	Entreprises	2	2	2	2	2	2
	920101	Exonération de taxe sur la publicité TV lors des grandes campagnes nationales	Divers	Entreprises	nc	nc	nc	nc	nc	nc
183	120117	Exonération des indemnités et prestations services aux victimes AT/MP	IR	Ménages	350	350	370	355	370	370
	120133	Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante	IR	Ménages	8	8	8	7	10	9
	320132	Réserve spéciale de solvabilité constituée par les mutuelles à hauteur d'une fraction dégressive de leurs résultats imposables	IS	Entreprises	225	180	180	120	130	0
	520401	Déduction de l'actif successoral des indemnités versées en réparation des dommages corporels liés à un accident ou à une maladie	Droits timbre	Ménages	nc	nc	nc	nc	nc	nc
Total en M€					2 892	2 440	2 507	3 327	3 393	3 267

Source : Cour, à partir des PAP 2014 et 2015 + Tomes 2 des VM 2014 et 2015

III - REGULARITE, DEMARCHE DE PERFORMANCE ET SOUTENABILITE BUDGETAIRE

A - La régularité toute formelle de l'exécution budgétaire

La mission Santé ne comportant pas de titre 2, les crédits sont totalement fongibles au sein de chaque programme.

Pour 2014, quand on examine la légalité des opérations ayant conduit des crédits ouverts en loi de finances aux crédits disponibles, quand on compare ensuite, programme par programme, les dépenses réalisées aux crédits disponibles, l'exécution apparaît parfaitement régulière, mais suscite pour autant diverses observations.

1 - Au regard du principe d'annualité

Les sommes dues à la CNAMTS au titre de l'AME 2014 et qui n'ont pu être réglées en 2014 faute de crédits suffisants (5,7 M€) sont à l'origine d'une infraction au principe d'annualité.

2 - Au regard du principe de spécialité

Le respect de ce principe n'appelle pas d'observation.

3 - Au regard du principe d'universalité

Le respect des règles, de non compensation des dépenses et des recettes d'une part, de non affectation d'une recette à une dépense d'autre part, n'appelle pas d'observation.

Mais la suppression de l'action 01 du programme 183, liée à la débudgétisation du Fonds CMU-C, atteste – malgré le fait que la dotation de l'Etat était nulle depuis 2009 - de la réduction progressive du périmètre de la mission, réduction confirmée et encore accentuée par la LFI 2015.

4 - Au regard du principe d'unité

La réduction régulière du périmètre de la mission constitue une entorse à la règle de l'unité qui exige que le budget de l'Etat soit retracé

dans un document unique, et à la règle de l'exhaustivité selon laquelle la loi de finances doit prévoir et autoriser l'ensemble des recettes et des dépenses de l'Etat.

Cela traduit une débudgétisation par transfert de financement de différentes activités et organismes sur la sécurité sociale ou par recours à des taxes affectées.

5 - Au regard du principe de sincérité

Ce principe, qui implique l'exhaustivité, la cohérence et l'exactitude des informations fournies, doit être concilié avec le caractère prévisionnel de toute loi de finances. La sincérité doit donc s'apprécier « compte tenu des informations disponibles et des prévisions qui peuvent raisonnablement en découler ».

Au moment de la programmation 2014, la dette envers l'assurance maladie au titre de l'AME de droit commun, cumulée à fin 2012 (38,7 M€), était connue, de même que la tendance inflationniste du nombre de bénéficiaires en 2013, non compensée par la réduction du montant moyen de la dépense hospitalière.

Par la suite, les informations disponibles au moment de la préparation de la LFR 2014 (sur le niveau de la dette cumulée à fin 2013) auraient dû conduire à majorer de 50 M€ au moins les crédits supplémentaires demandés pour le programme 183.

Dans le compte rendu de gestion au 30 août 2014, le CBCM note d'ailleurs que « la levée totale de la réserve de précaution (42,3 M€) ne permettra pas de financer le besoin supplémentaire, évalué à 155,143 M€, [qui] atteint même 206,843 M€ si l'on intègre la dette de l'Etat, qui était estimée à 51,7 M€ au 31/12/2013 ».

S'agissant de l'exercice budgétaire 2014, le principe de sincérité a donc été enfreint à deux reprises ; une première fois au moment de la budgétisation initiale (non prise en compte de la dette constatée à fin 2012, ni de la dérive des dépenses déjà flagrante mi-2013)), une seconde fois au moment de la préparation du collectif budgétaire (non prise en compte de la dette constatée à fin 2013).

B - Une performance intégralement transférée aux opérateurs

1 - Des indicateurs peu pertinents au regard des objectifs et moyens de la mission

Les *objectifs* fixés au programme 204, à la différence de ceux du programme 183, sont des objectifs ambitieux et de très long terme.

Ils sont déclinés en *indicateurs* pour certains desquels les responsables de programmes ont les moyens d'agir et d'obtenir des améliorations à moyen terme⁵⁵ - comme c'est déjà le cas pour les objectifs du programme 183 – mais dont le lien avec les actions du responsable de programme lui-même est, sauf exception, ténu.

Il s'agit souvent d'indicateurs qui, concernant directement un opérateur, lui seront répercutés par l'intermédiaire d'un COP, par exemple « taux de reconnaissance des campagnes de l'INPES portant sur la nutrition », « qualité de la projection annuelle réalisée chaque mois par l'ATIH » ou « pourcentage des offres présentées aux victimes de pathologies graves (liées à l'amiante) dans le délai légal de six mois ». Mais le fait que l'Etat ne finance que très partiellement l'INPES, que dès 2015 il ne finance plus l'ATIH et qu'il ait cessé de doter le FIVA depuis 2013, risque peut-être de gêner l'exercice de sa tutelle.

Quant aux trois indicateurs retenus comme « les plus représentatifs »⁵⁶, ils correspondent à une part minime des crédits et dépenses de la mission. Même en comptant très largement, les dépenses associées aux sous-actions 13-01 (VIH/IST/hépatites), 14-02 (cancer) et 14-03 (addictions) ne totalisent en 2014 que 52,3 M€⁵⁷, soit moins de 4 % des dépenses de la mission.

⁵⁵ Par exemple, afin d'améliorer le système de défense sanitaire en vue de faire face aux menaces, « pourcentage cumulé des plans nationaux et des procédures ayant fait l'objet d'une révision ou d'un retour d'expérience sur une période de trois ans ». Mais que penser de la « consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de 15 ans » ou du « pourcentage des étudiants en médecine s'orientant vers la médecine générale de premier recours » ?

⁵⁶ Proportion de découvertes de séropositivité diagnostiquées à un stade SIDA, taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans, consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de 15 ans.

⁵⁷ 6,1 M€ + 42,2 M€ (en comptant la totalité de la subvention pour charges de service public versée à l'INCa) + 4 M€. Ces chiffres ne tiennent compte ni des sommes consacrées à l'alcool par ADALIS ni des autres dépenses engagées par l'INPES ou les ARS sur ces sujets..

La DGS précise avoir, dans le PAP 2015, engagé un effort de réduction (9 indicateurs au lieu de 15) et restauré l'indicateur de prévalence du tabagisme quotidien des jeunes. Elle ajoute que, dans l'attente du vote de la loi santé, un travail est en cours pour définir des objectifs et indicateurs d'état de santé pertinents et performants qui pourraient être consolidés dans le projet annuel de performance et dans le programme qualité et efficacité 2016. Enfin, elle annonce qu'une réflexion sera engagée dans le cadre de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) 2015-2017 des ARS et du renouvellement des contrats d'objectifs et de performance (COP) de certains opérateurs. Elle souligne toutefois les « limites de l'exercice, dans la mesure où les objectifs arrêtés au sein de chacun de ces documents ne portent ni sur le même périmètre d'action publique, ni sur les mêmes budgets, tandis qu'il incombe au responsable de programme / directeur d'établissement de s'engager sur des objectifs et indicateurs mesurant des résultats imputables à ses choix de gestion ».

Il importe donc, parallèlement à la redéfinition nationale de la politique de santé publique, de répartir clairement les compétences et de fixer aux responsables de programmes des objectifs cohérents avec les moyens que leur allouent les lois de finances.

2 - Des résultats peu convaincants

Les tableaux qui suivent présentent pour 2014 des résultats qui, à ce stade, sont encore prévisionnels.

a) Programme 204

Les indicateurs 1.1 (taux de participation des associations aux instances de santé publique), 2.1 (proportion de découvertes de séropositivité diagnostiquées à un stade SIDA), 2.2 (taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans) et 7.1 (délai de traitement des autorisations de mise sur le marché) associent chacun un indicateur et un sous-indicateur ; la DGS a choisi de retenir soit l'indicateur (2.2), soit les deux (2.1), soit *mix* des deux (1.1 et 7.1).

Tableau n° 20 : Programme 204 - Objectifs, indicateurs, cibles et résultats

Objectif	Indicateur		Cibles			Résultats		
	N°	Intitulé	2012	2013	2014	2012	2013	2014 (prév.)
Developper la participation des usagers	1.1	Taux de participation des associations aux instances SP	80	75	75	71,6	75	75
Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé	2.1	% découvertes de séropositivité diagnostiquées stade SIDA	14	13	12	13	12,5	12
	2.1	% découvertes de séropositivité diagnostiquées stade SIDA dans les DOM	17	15	15	16	16	12
	2.2	Taux de participation femmes 50 -74 ans dépistage cancer du sein	52,5	53,5	53,5	52,7	51,7	53,5
	2.3	Conso annuelle alcool /habitant 15 ans et +	11,9	11,7	11,3	11,8	11,5	11,2
Développer les bonnes pratiques alimentaires et la pratique d'une activité physique	3.1	Reconnaissance campagnes INPES nutrition (taux)	67	60	53	29	53	53
Réduire les risques liés à des facteurs environnementaux	4.1	% unités alimentant en eau potable 5000 hab. et + dépassant de manière récurrente les limites qualité.	2	2	1,25	1,85	1,5	1,25
	4.2	Nombre de logements dont évaluation sanitaire a conduit à procédure insalubrité	7300	5500	5500	3372	5500	5500
Améliorer le système de défense sanitaire en vue de faire face aux menaces	5.1	% cumulé plans nationaux ayant fait l'objet d'un retour d'expérience sur 3 ans.	33	80	100	60	80	100
Améliorer l'accès à la greffe	6.1	Nbre donneurs décédés prélevés/nbre donneurs décédés à l'hôpital recensés	49,6	49,8	49	48,1	48,7	49
Améliorer les fonctions de contrôle et de police sanitaire	7.1	Délai de traitement des autorisations de mise sur le marché (AMM)	120	130	140	166	150	140
Optimiser le pilotage de l'offre de soins	8.1	Qualité de la projection annuelle réalisée chaque mois par l'ATIH (écart)	[-0,2;0,6]	[-0,2;0,6]	[-0,2;0,6]	[-0,14;0,3]	[-0,2;0,6]	[-0,2;0,6]
Adapter la formation des étudiants en fonctions des besoins de santé	9.1	% étudiants en médecine s'orientant vers MG de premier recours.	50	50	50	46,8	50	50

Source : Ministère

b) Programme 183

Tableau n° 21 : Programme 183 - Objectifs, indicateurs, cibles et résultats

Objectif	Indicateur		Cibles			Résultats		
			Cible 2013	Cible 2015				
	N°	Intitulé	2012	2013	2014	2012	2013	2014 (P)
Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'Etat dans des conditions appropriées de délais et de contrôles	1.1	Délai moyen d'instruction des dossiers	20	baisse	baisse	31	40	baisse
	1.2	% dossiers contrôlés ayant conduit à refus du droit à l'AME		so	so		3,5	
Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA	2.1	% offres présentées aux victimes de pathologies graves ds délai légal de 6 mois	100	100	100	43	64	100
	2.2	% offres payées aux victimes de path. graves ds délai régl. de 2 mois	100	100	100	70	81	100

Source : Ministère

Les indicateurs 1.1 (délai moyen d'attribution de l'AME), 1.2 (contrôle des ressources déclarées des bénéficiaires de l'AME) et 2.2 (pourcentage des offres payée dans le délai réglementaire de deux mois) associent chacun un indicateur et un sous-indicateur ; la DSS a choisi de retenir soit l'indicateur (1.1 et 2.2), soit le sous-indicateur (1.2).

Par rapport à 2013, les résultats attachés à l'objectif « Garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources » ne sont – conséquence de la disparition de l'action 01 - plus suivis.

3 - Une utilisation très limitée pour le pilotage de la dépense

Les résultats des indicateurs ne sont pas utilisés pour améliorer l'allocation des ressources et ne le sont que peu pour améliorer la gestion des dispositifs :

L'utilisation des indicateurs pour la démarche globale de maîtrise des dépenses nécessite qu'ils soient repris dans les conventions d'objectifs et de gestion, contrats d'objectifs et de performance⁵⁸ ou contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui lient l'Etat et ses opérateurs au sens large, CNAMTS comprise.

⁵⁸ Plus de la moitié des COP signés avec les dix opérateurs de la mission recensés plus haut, sont des COP de deuxième génération.

C - Une soutenabilité budgétaire assurée par des reports de charges croissants sur l'assurance maladie

Des débudgétisations, qui restreignent de plus en plus le périmètre de la mission, permettent de pallier le risque que court sa soutenabilité.

1 - Programme 183

Pour faire face à l'insuffisance récurrente des crédits AME, toutes les autres lignes budgétaires du programme sont progressivement réduites, voire annulées : ainsi de la disparition du Fonds CMU-C⁵⁹ du périmètre de la loi de finances 2014, qui ne constitue pas seulement une infraction au principe d'unité ; ainsi du FIVA, pour lequel l'annulation de la dotation de l'Etat en LFI 2014, pour la deuxième année consécutive, et la sous-budgétisation manifeste en LFI 2015⁶⁰, traduisent le désengagement progressif de l'Etat. Au sein même de l'action 02, le plafonnement de l'AME soins urgents correspond à un déport de charges sur l'assurance maladie, à hauteur de 65 M€ en 2014¹

Mais ces évolutions de périmètre ne suffisent pas à résoudre les difficultés provoquées par la croissance des dépenses d'AME, auxquelles la croissance de la dette vis-à-vis de la CNAMTS devient la réponse récurrente, comme il a été vu supra pour 2014. Cette dette n'a pas non plus été budgétée en loi de finances 2015. Parallèlement d'ailleurs, la budgétisation des crédits nécessaires pour couvrir les dépenses de l'exercice a été de nouveau très optimiste puisque, partant bien d'une dépense tendancielle de l'AME de droit commun de 717 M€, elle a – sans préciser les « économies attendues au titre de la fin de la prise en charge des médicaments dont le service médical rendu est faible et de la réduction des effectifs résultant de la mise en œuvre de la réforme du droit d'asile » - prévu à ce titre des crédits de 632,6 M€.

2 - Programme 204

La tendance est la même pour le programme 204, comme en témoigne le transfert massif sur l'assurance maladie qu'institue la LFI 2015 : outre les dépenses liées à la formation médicale initiale⁶², l'ATIH,

⁵⁹ Qui fait suite à plusieurs années où la dotation de l'Etat avait été nulle.

⁶⁰ Les ressources prévues pour 2015 sont : une dotation de l'Etat (10 M€), une dotation de la branche AT-MP (380 M€), d'autres produits (80 M€).

⁶¹ Il était de 89 M€ en 2013.

⁶² Transfert en contrepartie d'une compensation au niveau de la loi de finances pour 2014.

le CNG et la HAS sont dorénavant financés par l'assurance maladie. La loi de finances pour 2015 modifie donc substantiellement le périmètre de la mission *Santé*.

IV - RECOMMANDATIONS DE LA COUR

A - Un suivi très limité des recommandations formulées par la Cour au titre de la gestion 2013

1 - Visant à l'amélioration de la régularité

Recommandation 1 : Budgéter la dette de l'Etat vis-à-vis de la CNAMTS au titre de l'AME.

Selon le ministère, « le montant de la dette à la CNAMTS au titre de l'AME n'était pas connu lors de la budgétisation initiale pour 2014 et n'a donc pas pu être pris en compte. Le niveau élevé de l'abondement voté en LFR afin de couvrir les dépenses de l'année 2014 a permis de résorber une partie de la dette ». Mais, comme déjà indiqué, il n'a été donné aucune suite à la recommandation de la Cour, ni pour le PLFR 2014 ni pour le PLF 2015.

S'agissant de la gestion 2014, le montant de l'abondement voté en LFR 2014 a été calculé sur la base de la prévision des dépenses AME de droit commun 2014 (717 M€), sans prévoir de remboursement, total ou partiel, de la dette vis-à-vis de la CNAMTS. Il est néanmoins vrai que la conférence de fin de gestion du 1er octobre laissait entrevoir, avec un abondement de 155,1 M€ en LFR, la possibilité d'un remboursement partiel de 10 M€. Mais le montant définitif des dépenses (722,9 M€) supérieur de 6 M€ aux projections réalisées en fin d'exercice (717 M€), n'a pas permis de remboursement et a au contraire alourdi encore la dette de l'Etat.

S'agissant de la budgétisation 2015, le montant de la dette fin 2013 (51,6 M€) était parfaitement connu mais le PLF 2015 n'en a pourtant tenu aucun compte : « la prévision de dépense de l'AME de droit commun s'élève à 632,6 M€⁶³, montant qui résulte des impacts conjugués de l'évolution tendancielle de la dépense⁶⁴, des économies attendues au titre

⁶³ Dépenses 2013 = 702,2 M€ (auxquels s'ajoutent les 13 M€ dont s'est accrue en 2013 la dette vis-à-vis de la CNAMTS), dépenses 2014 = 703,8 M€.

⁶⁴ Evolution tendancielle des effectifs de + 3,9 %, stabilité des coûts moyens des dépenses de santé prises en charge, annulation à compter du 1^{er} janvier 2015 du coefficient de majoration des tarifs hospitaliers MCO.

de la fin de la prise en charge des médicaments dont le service médical rendu est faible, et de la réduction des effectifs résultant de la mise en œuvre de la réforme du droit d'asile »⁶⁵.

De son côté, le ministère des finances et des comptes publics objecte que « les dettes et créances de l'Etat entre l'Etat et la sécurité sociale font l'objet d'un suivi global, [...] la direction du budget demeure particulièrement vigilante sur le suivi de cette dette [...] et certains dispositifs autres que l'AME ont vu leur dette apurée en fin de gestion 2014 afin de ne pas accroître l'endettement de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale ».

La sincérité de la budgétisation du programme 183 et, plus généralement, de la mission *Santé*, justifie néanmoins que la Cour réitère sa recommandation à l'identique.

2 - Visant à l'amélioration de la performance

a) Objectifs et indicateurs

Recommandation 2 : Refondre la maquette de performance de la mission santé afin de décliner, en cohérence avec les objectifs qui seront fixés dans la loi de santé publique, des indicateurs représentatifs, lisibles et partagés entre les opérateurs de santé, les programmes de qualité et d'efficience de la loi de financement de la sécurité sociale et les plans de santé publique, avec l'objectif d'une articulation claire et transparente des financements par crédits budgétaires et par l'assurance maladie.

Selon le ministère, la maquette du programme 204 « constitue une étape de transition dans l'attente du vote de la loi de santé, qui sera soumise au Parlement au cours de l'année 2015. Il est prévu que soit conduit, lors du projet de loi de finances pour 2016, un travail de mise en cohérence des objectifs assignés aux acteurs chargés de la mise en œuvre de la loi de santé et des indicateurs, notamment par le biais du projet annuel de performances, du programme qualité-efficience de la sécurité sociale et des contrats d'objectifs et de performance des opérateurs. Toutefois, le retard pris dans l'examen de ce projet de loi au Parlement fait peser une incertitude quant à son effectivité pour le PLF 2016 ».

Il n'y a eu en 2014⁶⁶ ni refonte de la maquette, ni même travaux préparatoires à cette refonte ; le décalage du projet de loi de santé aurait

⁶⁵ PAP 2015 pp. 110-111.

⁶⁶ Voir supra (III-B) les travaux que conduit la DGS et l'étape intermédiaire que représente le PAP 2015.

pourtant permis d'engager utilement des réflexions sur le sujet, dont il ne faut d'ailleurs pas exclure le programme *Protection maladie*.

b) Dépenses fiscales

Recommandation 3 : Examiner, en application de l'article 18 de la LPFP de 2012, avec la direction du budget, la direction de la législation fiscale et la direction générale des finances publiques en priorité les dépenses fiscales qui ont été considérées comme fiscalement inefficaces ou qui n'ont pas encore été évaluées afin de pouvoir proposer leur suppression, leur diminution ou leur meilleur ciblage.

Selon le ministère, « la conférence fiscale tenue en 2014 avec la direction du budget, la direction de la législation fiscale et la direction générale des finances publiques a conduit à un maintien de ces dépenses pour 2015. Toutefois la direction générale de la santé et la direction de la sécurité sociale poursuivent leurs travaux communs pour proposer une évolution de ces dépenses fiscales à court et moyen terme, notamment dans le cadre d'une réflexion plus large sur la répartition des dépenses entre l'Etat et l'assurance maladie. Des modifications des dépenses fiscales et des modalités de financement pourraient donc être envisagées dans les années à venir. »

Bien que le montant total des dépenses fiscales de la mission ait été multiplié par deux, la conférence fiscale de 2014 n'a engagé aucun processus d'évaluation.

La direction du budget précise que « la loi de programmation des finances publiques 2014-2019 a mis en place des revues de dépenses qui doivent préciser quelles sont les économies attendues sur les dispositifs examinés [mais que] les dépenses fiscales de la mission Santé [...] n'ont pas fait l'objet d'un examen prioritaire ».

3 - Visant à l'amélioration de la soutenabilité

Recommandation 4 : Accentuer l'effort de maîtrise des dépenses de fonctionnement courant et de personnel des opérateurs.

Selon le responsable du programme 204, il a été « appliqué aux opérateurs [...] les recommandations d'effort de maîtrise des dépenses de personnel et de fonctionnement exigés de la part de l'Etat, à raison d'une réduction des effectifs en ETPT (de 2% par an), de la masse salariale et des dépenses de fonctionnement ».

S'agissant des agences sanitaires, seules concernées par cette recommandation, les chiffres attestent que le total des plafonds d'emplois comme celui des subventions pour charges de service public ont

sensiblement baissé. On constate néanmoins que les emplois hors plafond n'ont pas nécessairement obéi à la même règle, et que des subventions du titre 6 sont ponctuellement venues pallier la baisse des subventions pour charges de service public.

Il faut également noter que le projet de loi santé prévoit une « fusion » de l'InVS avec l'EPRUS et l'INPES, dont la traduction budgétaire devrait être une baisse du nombre d'emplois et de la subvention pour charges de service public du nouvel établissement par rapport au total attribué aux trois établissements actuels.

B - Des recommandations réitérées au titre de la gestion 2014

Au terme de son analyse de la programmation et de la gestion 2014, la Cour ne peut qu'insister sur les trois recommandations qu'elle avait déjà formulées à propos de la programmation et de la gestion 2013, en amendant légèrement la dernière pour tenir compte de la loi de programmation des finances publiques pour 2014-2019.

Recommandation 1 : Budgéter la dette de l'Etat vis-à-vis de la CNAMTS au titre de l'AME.

Depuis début mars 2015, la DSS sait que cette dette cumulée atteint 57,3 M€. Il est essentiel de tenir compte de ce montant, ainsi que des insuffisances de financement qui découlent de la LFI 2015, dès la préparation de la LFR 2015.

Recommandation 2 : Refondre la maquette de performance de la mission santé afin de décliner, en cohérence avec les objectifs qui seront fixés dans la loi de santé publique, des indicateurs représentatifs, lisibles et partagés entre les opérateurs de santé, les programmes de qualité et d'efficience de la loi de financement de la sécurité sociale et les plans de santé publique, avec l'objectif d'une articulation plus claire et transparente des financements par crédits budgétaires et par l'assurance maladie.

A ce titre, il conviendrait également de s'interroger sur le sens d'un programme (183) qui se limite en pratique à une seule action.

Recommandation 3 : 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.

ANNEXE 1 - SIGLES ET ACRONYMES

ABM	Agence de biomédecine
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ADALIS	Addictions drogues alcool info-services
AE / CP	Autorisations d'engagement / Crédits de paiement
AME	Aide médicale de l'Etat
ANSèsS	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
ASIP-Santé	Agence des systèmes d'informations partagées de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail – Maladies professionnelles
BOP	Budget opérationnel de programme
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CBCM	Contrôleur budgétaire et comptable ministériel
CMU –C	Couverture maladie universelle – complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNG	Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DAJ	Direction des affaires juridiques
DFAS	Direction des affaires financières, des achats et des services
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGS	Direction générale de la santé
DRICE	Document de répartition initiale des crédits et des emplois
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHESP	Ecole des hautes études de santé publique
EPRUS	Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

ETP	Equivalent temps plein
ETPT	Equivalent temps plein travaillé
FIR	Fonds d'intervention régional
FIVA	Fonds d'indemnisation pour les victimes de l'amiante
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GIP	Groupement d'intérêt public
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut conseil de santé publique
INCa	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et de promotion de la santé
InVS	Institut de veille sanitaire
LFI	Loi de finances initiale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LPFP	Loi de programmation des finances publiques
LFR	Loi de finances rectificative
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MIG	Mission d'intérêt général
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PAP	Programme annuel de performance
PLF	Projet de loi de finances
PLFR	Projet de loi de finances rectificative
RAP	Rapport annuel de performance
ROP	Relevé d'observations provisoires
SCSP	Subvention pour charges de service public
UB	Unité de budgétisation
UO	Unité opérationnelle

ANNEXE 2 – PRINCIPALES DEPENSES D'INTERVENTION 2014

Action du prog.	Détail	Montant 2014 (CP en €)
Programme 183		
183-02	AME de droit commun	717 195 329
183-02	AME soins urgents	40 000 000
183-02	AME Autres dispositifs	2 407 759
<i>Total</i>		<i>759 603 088</i>
Programme 204		
204-19-01	Formations médicales initiales	145 637 780
204-18	FIR	121 208 144
204-19-08	Wallis et Futuna	28 970 000
204-19-04	HAS	11 011 200
204-13-01	VIH/SIDA/IST/Hépatites	6 103 013
204-15-02	Environnement et santé	3 350 700
204-14-03	Pratiques addictives et à risque	2 649 100
204-15-01	Nutrition et santé	1 814 600
204-17-03	Pratiques et produits de santé	3 638 423
204-15-02	ANSèS (en sus de la SCSP*)	1 625 000
204-11-01	ASIP (en sus de 204-19-07)	1 598 314
204-11-05	ONIAM	1 500 000
204-14-05	Autres maladies chroniques	1 251 200
204-18	Autres subv. ARS action 18	1 078 614
204-14-04	Santé mentale	1 057 968
204-11-05	EHESP (en sus de la SCSP*)	800 000
204-19-07	ASIP	621 000
204-15-02	InVS (en sus de la SCSP*)	42 000
204	Autres interventions 204	6 686 163
<i>Total</i>		<i>340 643 219</i>
TOTAL TITRE 6 MISSION		1 100 246 307