

**PLF 2019 - EXTRAIT DU BLEU BUDGÉTAIRE DE LA MISSION :
SANTÉ**

Version du 02/10/2018 à 09:02:14

PROGRAMME 183 :
PROTECTION MALADIE

MINISTRE CONCERNÉE :AGNÈS BUZYN, MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

TABLE DES MATIÈRES

Programme 183 : Protection maladie

Présentation stratégique du projet annuel de performances	3
Objectifs et indicateurs de performance	4
Présentation des crédits et des dépenses fiscales	7
Justification au premier euro	11

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE DU PROJET ANNUEL DE PERFORMANCES

Mathilde LIGNOT-LELOUP

Directrice de la sécurité sociale

Responsable du programme n° 183 : Protection maladie

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

L'aide médicale de l'État (AME) de droit commun contribue à l'accès aux soins des personnes résidant en France depuis plus de trois mois qui ne remplissent pas les conditions de séjour ni d'affiliation à la sécurité sociale. Le plafond de ressources pris en compte pour bénéficier de ce dispositif de prise en charge des dépenses de santé sans avance de frais est identique à celui de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

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

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

Pour mesurer les efforts accomplis, les objectifs et indicateurs de performance sont axés sur l'amélioration des délais d'instruction permettant d'accéder aux droits, ainsi que sur les efforts de contrôle menés par les organismes gestionnaires, notamment pour la vérification des conditions préalables. Ce choix s'explique par la volonté, d'une part, de garantir l'accès aux droits et aux soins dans les meilleurs délais et, d'autre part, de mettre en œuvre une gestion rigoureuse de ces dispositifs, grâce à une politique active de contrôle et de lutte contre la fraude.

RÉCAPITULATION DES OBJECTIFS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

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

OBJECTIFS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

OBJECTIF N° 1

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

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

INDICATEUR 1.1

Délai moyen d'instruction des demandes d'AME

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2016 Réalisation	2017 Réalisation	2018 Prévision PAP 2018	2018 Prévision actualisée	2019 Prévision	2020 Cible
Délai moyen d'instruction des dossiers	jours	25	25	25	25	25	20

Précisions méthodologiques

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

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

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

L'objectif de traitement des dossiers d'AME est maintenu à 25 jours sur 2019, année durant laquelle débutera la centralisation de l'instruction des demandes d'AME dans trois caisses d'assurance maladie : Paris, Bobigny et Marseille. Cette centralisation devrait ensuite permettre d'atteindre le délai cible de 20 jours en 2020.

INDICATEUR 1.2

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

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2016 Réalisation	2017 Réalisation	2018 Prévision PAP 2018	2018 Prévision actualisée	2019 Prévision	2020 Cible
Pourcentage des dossiers d'AME contrôlés	%	10	10	10	10	10	12

Précisions méthodologiques

Source des données : CNAM

Mode de calcul : L'indicateur mesure le pourcentage de dossiers de demande d'AME attribués et renouvelés ayant fait l'objet d'un contrôle aléatoire approfondi par l'agent comptable (justification de l'identité, des ressources déclarées, de la stabilité et de la régularité de la résidence), rapporté au nombre total de dossiers de demande d'AME attribués et renouvelés.

Les taux de contrôle par l'agent comptable indiqués par les CPAM et CGSS sont agrégés par la CNAM qui détermine le taux moyen national.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Cet indicateur mesure l'échantillon de dossiers d'AME contrôlés par les services de l'agent comptable de la CNAM, selon un plan de contrôle visant à vérifier tant la procédure d'instruction que le contenu du dossier (justification de

l'identité, de la résidence et des ressources). La prévision 2019 est fixée à 10 %, ce qui garantit le contrôle d'un échantillon significatif de demandes. La centralisation de l'instruction des demandes d'AME dans trois caisses d'assurance maladie à compter de 2019 favorisera un renforcement et une meilleure répartition des contrôles sur l'ensemble des dossiers. La cible 2020 est donc orientée à la hausse, à 12 %, pour être maintenue par la suite.

OBJECTIF N° 2

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

INDICATEUR 2.1

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

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2016 Réalisation	2017 Réalisation	2018 Prévision PAP 2018	2018 Prévision actualisée	2019 Prévision	2020 Cible
Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de 6 mois	%	80	79	80	80	90	90

Précisions méthodologiques

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

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

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

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Les mesures mises en place depuis 2012 (dématérialisation des documents et circuit allégé) ont permis au fonds de continuer à améliorer de façon significative ses délais de traitement avec un taux de respect du délai passé de 64 % en 2013 à 79 % en 2017.

Le délai légal continue d'être respecté en 2018 puisque le délai moyen de décision pour les pathologies graves est de 4 mois sur les quatre premiers mois de l'année.

La prévision de réalisation de cet indicateur est estimée à 80 % en 2018, stable par rapport à l'année précédente en raison de facteurs qui contribuent à en limiter l'amélioration et sur lesquels le FIVA n'a que peu de prise :

- ceux de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante qui intervient pour toutes les pathologies à la fois non reconnues comme maladie professionnelle et non visées par l'arrêté du 5 mai 2002, pour lesquelles le lien de causalité avec l'exposition à l'amiante ne peut donc être présumé ;
- ceux inhérents à la reconnaissance en maladie professionnelle (MP) des victimes par les organismes de sécurité sociale (OSS). En effet, lorsqu'une procédure de reconnaissance en maladie professionnelle est en cours ou lorsque la rente servie à ce titre n'a pas encore été notifiée par l'OSS, le FIVA réalise une offre partielle pour les préjudices extrapatrimoniaux autres que l'incapacité fonctionnelle qui sera indemnisée dans un second temps par une offre complémentaire après réception de la notification de rente de l'OSS.

Le principe de réparation intégrale qui a présidé à la création du FIVA (article 53 I de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000) exige un traitement personnalisé de chaque demande. De ce fait, la complexité médicale ou administrative de certaines demandes, en particulier celles concernant les pathologies graves, ne permet pas toujours un traitement dans le respect du délai légal de 6 mois, sauf à dégrader la qualité du service rendu aux victimes.

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

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2016 Réalisation	2017 Réalisation	2018 Prévision PAP 2018	2018 Prévision actualisée	2019 Prévision	2020 Cible
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies graves dans le délai réglementaire de deux mois	%	98	94	98	98	99	99
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies bénignes dans le délai réglementaire de deux mois	%	99	97	99	99	99	99

Précisions méthodologiquesSources des données : FIVA.Mode de calcul : suivi mensuel de l'évolution des délais de paiement en mois.

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

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Les mesures mises en place depuis 2012 (dématérialisation des documents et circuit allégé) ont permis au Fonds de continuer à améliorer de façon significative ses délais de traitement avec un taux de respect des délais passé de 81 % et 90 % en 2013 à 94 % et 97 % en 2017. Ces résultats, qui respectent globalement la cible, sont en léger retrait par rapport à 2016. Ceci s'explique par un renforcement des contrôles réalisés avant l'ordonnancement des mandats.

Le délai réglementaire continue d'être respecté en 2018 avec un délai moyen de paiement pour les victimes de 1 mois et 1 semaine sur les quatre premiers mois de l'année et une prévision de réalisation estimée à 95 %. Au-delà de ce pourcentage, il demeure un aléa correspondant aux cas où l'absence de pièces nécessaires au paiement par l'agence comptable requiert des relances pouvant entraîner le non-respect du délai réglementaire.

PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

2019 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS DEMANDÉS

2019 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FDC et ADP attendus
02 – Aide médicale de l'Etat	934 900 000	
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	
Total	942 900 000	

2019 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FDC et ADP attendus
02 – Aide médicale de l'Etat	934 900 000	
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	
Total	942 900 000	

Protection maladie

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

2018 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS VOTÉS (LOI DE FINANCES INITIALE)**2018 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT**

Numéro et intitulé de l'action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FDC et ADP prévus
02 – Aide médicale de l'Etat	881 719 241	
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	
Total	889 719 241	

2018 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FDC et ADP prévus
02 – Aide médicale de l'Etat	881 719 241	
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	
Total	889 719 241	

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertes en LFI pour 2018	Demandées pour 2019	Ouverts en LFI pour 2018	Demandés pour 2019
Titre 6 – Dépenses d'intervention	889 719 241	942 900 000	889 719 241	942 900 000
Transferts aux ménages	889 719 241	942 900 000	889 719 241	942 900 000
Total	889 719 241	942 900 000	889 719 241	942 900 000

Protection maladie

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

DÉPENSES FISCALES¹

Avertissement

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

Les chiffrages présentés pour 2019 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2019. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2019 est, pour sa part, présenté dans les tomes I et II de l'annexe « Évaluation des Voies et Moyens ».

DÉPENSES FISCALES PRINCIPALES SUR IMPÔTS D'ÉTAT (3)

(En millions d'euros)

Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale		Chiffrage pour 2017	Chiffrage pour 2018	Chiffrage pour 2019
120117	Exonération totale puis à hauteur de 50 % des indemnités et prestations servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles Impôt sur le revenu <i>Bénéficiaires 2017 : (nombre non déterminé) ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 1927 - Dernière modification : 2009 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : 81-8°</i>	382	382	382
120133	Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante Impôt sur le revenu <i>Bénéficiaires 2017 : 17 382 ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 2004 - Dernière modification : 2004 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : 81-33° bis</i>	8	8	8
520401	Déduction de l'actif successoral des rentes ou indemnités versées ou dues en réparation de dommages corporels liés à un accident ou une maladie Droits d'enregistrement et de timbre <i>Bénéficiaires 2017 : (nombre non déterminé) ménages - Création : 1992 - Dernière modification : 2006 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : 775 bis</i>	nc	nc	nc
Coût total des dépenses fiscales²		390	390	390

¹ Les dépenses fiscales ont été associées à ce programme conformément aux finalités poursuivies par ce dernier.

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

² Le « Coût total des dépenses fiscales » constitue une somme de dépenses fiscales dont les niveaux de fiabilité peuvent ne pas être identiques (cf. caractéristique « Fiabilité » indiquée pour chaque dépense fiscale). Il ne prend pas en compte les dispositifs inférieurs à 0,5 million d'euros (« ε »). Par ailleurs, afin d'assurer une comparabilité d'une année sur l'autre, lorsqu'une dépense fiscale est non chiffrable (« nc »), le montant pris en compte dans le total correspond au dernier chiffrage connu (montant 2018 ou 2017) ; si aucun montant n'est connu, la valeur nulle est retenue dans le total. La portée du total s'avère enfin limitée en raison des interactions éventuelles entre dépenses fiscales. Il n'est donc indiqué qu'à titre d'ordre de grandeur et ne saurait être considéré comme une véritable sommation des dépenses fiscales du programme.

JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

ÉLÉMENTS TRANSVERSAUX AU PROGRAMME

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total
02 – Aide médicale de l'Etat		934 900 000	934 900 000		934 900 000	934 900 000
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000	8 000 000		8 000 000	8 000 000
Total		942 900 000	942 900 000		942 900 000	942 900 000

Protection maladie

Programme n° 183 | JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

SUIVI DES CRÉDITS DE PAIEMENT ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION DES AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2018

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2017 (RAP 2017)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2017 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2017	AE LFI 2018 + reports 2017 vers 2018 + prévision de FDC et ADP	CP LFI 2018 + reports 2017 vers 2018 + prévision de FDC et ADP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2018
8 493		889 719 241	889 719 241	0

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2019	CP 2020	CP 2021	CP au-delà de 2021
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2018	CP demandés sur AE antérieures à 2019 CP PLF / CP FDC et ADP	Estimation des CP 2020 sur AE antérieures à 2019	Estimation des CP 2021 sur AE antérieures à 2019	Estimation des CP au-delà de 2021 sur AE antérieures à 2019
0	0 0	0	0	0
AE nouvelles pour 2019 AE PLF / AE FDC et ADP	CP demandés sur AE nouvelles en 2019 CP PLF / CP FDC et ADP	Estimation des CP 2020 sur AE nouvelles en 2019	Estimation des CP 2021 sur AE nouvelles en 2019	Estimation des CP au-delà de 2021 sur AE nouvelles en 2019
942 900 000	942 900 000 0	0	0	0
Totaux	942 900 000	0	0	0

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENTS SUR AE 2019

CP 2019 demandés sur AE nouvelles en 2019 / AE 2019	CP 2020 sur AE nouvelles en 2019 / AE 2019	CP 2021 sur AE nouvelles en 2019 / AE 2019	CP au-delà de 2021 sur AE nouvelles en 2019 / AE 2019
100 %	0 %	0 %	0 %

JUSTIFICATION PAR ACTION

ACTION N° 02

99,2 %

Aide médicale de l'État

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus
Autorisations d'engagement		934 900 000	934 900 000	
Crédits de paiement		934 900 000	934 900 000	

L'action recouvre plusieurs dispositifs :

- **l'aide médicale de l'État (AME) de droit commun**, prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). L'AME de droit commun est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000 pour assurer la protection de la santé des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois mais ne remplissant pas la condition de régularité du séjour exigée pour l'admission à la protection universelle maladie (PUMA), et dont les ressources sont inférieures au plafond de ressources de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Elle participe pleinement des politiques de santé avec un triple objectif : humanitaire, sanitaire et économique. Tout d'abord, elle protège les personnes concernées en leur permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs. Ensuite, elle joue un rôle important en matière de santé publique, en évitant que des affections contagieuses non soignées ne s'étendent dans la population. Enfin, elle permet de maîtriser les dépenses publiques en évitant les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. En 2019, ce dispositif représente 95 % de la dépense totale d'AME et est financièrement à la charge de l'État. Il est géré par l'assurance maladie ;
- la prise en charge des « **soins urgents** », dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé. Ils sont assurés par les hôpitaux pour les patients étrangers qui résident en France en situation irrégulière sans pouvoir bénéficier de l'AME, faute de remplir la condition de durée de séjour. 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 ;
- d'**autres dispositifs** d'ampleur beaucoup plus limitée :
 - i) l'AME dite « humanitaire » (4^{ème} alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) : sont également possibles, par décision individuelle prise par le ministre chargé de la santé, des prises en charge de soins hospitaliers ponctuels en France de personnes françaises ou étrangères qui ne résident pas en France. L'AME « humanitaire » n'a pas le caractère d'un droit pour lesdites personnes. Ce dispositif représente chaque année moins d'une centaine de prises en charge ;
 - ii) les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux de la Réunion et éventuellement vers la métropole ;
 - iii) l'aide médicale pour les personnes gardées à vue (5^{ème} alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) : l'aide ne finance que la prise en charge des médicaments (dans le cas où la personne gardée à vue n'a pas à sa disposition l'argent nécessaire à leur achat) et les actes infirmiers prescrits (décret n°2009-1026 du 25 août 2009 relatif à la prise en charge par l'AME des frais pharmaceutiques et de soins infirmiers nécessaires aux personnes placées en garde à vue). Les honoraires de médecins appelés dans le cadre des gardes à vue sont financés quant à eux par le budget du ministère de la justice au titre de la médecine légale, ainsi que l'aide médicale fournie aux personnes placées en rétention administrative, pour les soins prodigués à l'extérieur des lieux de rétention (les autres soins donnant lieu à des conventions entre les préfectures et les établissements de santé).

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

Acteurs du dispositif

Depuis le 1^{er} janvier 2018, la direction de la sécurité sociale (DSS) est le seul gestionnaire administratif des dispositifs de l'action « Aide médicale de l'État ». Elle en assure le pilotage stratégique, sa mise en œuvre législative et réglementaire ainsi que son suivi financier et budgétaire. Cette évolution permet d'optimiser le processus de circulation des informations en ce sens qu'elle met en relation directe la DSS avec les DDCS.

Les dispositifs de l'AME de droit commun et des soins urgents impliquent en outre :

- la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) : elle coordonne la mise en œuvre du dispositif pour le compte de l'État et établit les statistiques nationales ;
- les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) : elles sont chargées de l'admission des bénéficiaires et du service des prestations ;
- l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : elle est en charge de la valorisation des séjours et séances dispensés dans les établissements hospitaliers de médecine-chirurgie-obstétrique et établit les statistiques nationales afférentes ;
- les établissements et les professionnels de santé.

Concernant les autres dispositifs :

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

Bénéficiaires de l'AME de droit commun

Les bénéficiaires de l'AME de droit commun s'élèvent à 315 835 au 31 décembre 2017, dont 29 166 en outre-mer. La population des bénéficiaires de l'AME est plutôt jeune, 21 % sont des mineurs et 49 % ont entre 18 et 39 ans. Les hommes représentent 55 % de l'effectif total.

En 2017, les prestations hospitalières ont représenté 65 % des dépenses d'AME de droit commun. Parmi les prestations de ville (35 %), les honoraires des médecins généralistes et spécialistes représentent 36 % des dépenses et les dépenses de médicaments 45 %. Au 31 mars 2018, les prestations hospitalières représentent également 65 % des dépenses contre 35 % pour les prestations de ville.

Sur 106 CPAM ou CGSS, dix seulement concentrent 64 % de la dépense : ainsi, la CPAM de Paris finance 20 % de la dépense d'AME totale (France entière), les caisses d'Île-de-France représentent 49 % de la dépense totale et celle de Cayenne 5 %.

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

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

Prises en charge au titre des « soins urgents »

Il n'y a pas de bénéficiaires « soins urgents » identifiés. Les dépenses correspondent à la prise en charge de frais de séjour hospitaliers, qui ne sont pas rattachés à des individus puisque ceux-ci, par définition, ne sont pas affiliés à un dispositif de prise en charge des frais de santé. Toutefois, le passage à la tarification de droit commun en 2015 permet désormais de dénombrer les hospitalisations au titre des « soins urgents » sur le champ médecine-chirurgie-obstétrique : 8 172 séjours et 2 786 séances ont été pris en charge en 2017 dans 246 établissements publics de santé (hors Mayotte).

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

Suite aux propositions du rapport conjoint de 2007 de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des finances (IGF) sur l'AME, plusieurs mesures ont été mises en œuvre afin d'améliorer la gestion du dispositif. Au-delà du renforcement du suivi et de la gestion de cette prestation, il s'agit notamment du titre sécurisé : ce titre, en papier sécurisé et filigrané, fait figurer les données administratives concernant le bénéficiaire âgé de plus de 16 ans et une photographie scannée de ce dernier. Ce titre d'admission sécurisé est remis aux bénéficiaires en mains propres.

En complément de mesures de rationalisation adoptées par le législateur (délégation donnée aux CPAM pour ester en justice aux fins de récupération des indus, restriction du champ de prise en charge par l'AME des actes, produits et prestations, à ceux exclusivement destinés au traitement ou à la prévention d'une maladie), et conformément aux préconisations du rapport de la mission d'audit de l'AME, menée par les services de l'IGAS et de l'IGF en 2010, l'article 50 de la loi de finances rectificative pour 2011 a modifié le mode de tarification des séjours à l'hôpital public des bénéficiaires de l'AME afin de rapprocher la tarification des patients AME sur celle des assurés sociaux. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a étendu ce mode de tarification des établissements de santé à la prise en charge des soins urgents par l'assurance maladie. Ainsi, alors que ces séjours étaient facturés en fonction du prix de journée propre à chaque hôpital (tarif journalier de prestation dit TJP), qui sont dans la plupart des cas, comme l'a relevé le rapport IGAS-IGF, plus élevés que les tarifs issus de la tarification à l'activité, les séjours hospitaliers « AME » ou « soins urgents » font depuis l'objet d'une facturation calée sur le droit commun (80 % sur la base des

tarifs nationaux T2A et 20 % sur la base du TJP). Cette évolution de la tarification des soins hospitaliers est sans effet sur l'accès aux soins de la population concernée.

Afin de renforcer l'efficacité de la gestion de l'AME, les trois caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny et Marseille assureront à compter de 2019 l'instruction de l'ensemble des demandes d'AME en métropole. Cette mutualisation permettra, outre des économies de gestion, d'améliorer l'accès au dispositif par la réduction des délais d'instruction et l'harmonisation des procédures. Elle permettra également de renforcer le pilotage et le contrôle des dossiers.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	934 900 000	934 900 000
Transferts aux ménages	934 900 000	934 900 000
Total	934 900 000	934 900 000

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

Pour 2019, les crédits prévus au titre de l'action AME s'élèvent à 934,9 M€, montant en progression de 5 % par rapport à la dotation initiale votée en LFI 2018, afin de couvrir l'évolution tendancielle de la dépense. Ce montant se justifie comme suit :

1. Aide médicale de l'État de droit commun : 893,4 M€

Le principal poste de dépenses de l'action est l'AME dite « de droit commun ». Les crédits État permettent le remboursement des dépenses avancées par la CNAM pour les soins des bénéficiaires de cette prestation.

Pour 2019, la prévision de dépenses d'AME de droit commun s'élève à 893,4 M€. Elle correspond à l'évolution tendancielle de la dépense. Cette estimation retient les hypothèses suivantes :

- une évolution des effectifs moyens annuels des bénéficiaires de l'AME, soit +4,7 % par an, conformément à la dynamique observée sur les derniers exercices ; cette hypothèse se fonde sur le constat d'une tendance d'évolution de long terme à la hausse, gommant d'éventuelles fluctuations sur les exercices, comme notamment en 2017 qui présentait une hausse sur l'année malgré des fluctuations sur les 6 derniers trimestres ;
- une stabilisation du coût moyen des dépenses de santé prises en charge hors inflation.

2. Soins urgents : 40,0 M€

Le montant de la dotation dédiée aux soins urgents, stable depuis 2008, est maintenu à 40,0 M€. Cette dotation représente le deuxième poste de dépenses de l'action. Cette participation forfaitaire de l'État couvrait 61 % de la dépense de soins à la charge de la CNAM en 2017 (65,1 M€), contre 52 % en 2016 (76,9 M€). En effet la réforme de la tarification des séjours soins urgents a conduit à diminuer le montant relatif pris en charge par l'assurance maladie en 2016. Ces effets liés à la réforme n'ont pour autant pas d'impact sur le tendanciel de croissance de la dépense qui poursuit une dynamique à la hausse en 2018.

3. Autres dispositifs AME : 1,5 M€

Ce poste de dépenses de l'action AME regroupe :

- les délégations de crédits aux services déconcentrés pour le remboursement direct et ponctuel de prises en charge exceptionnelles, sur décision de la ministre en charge de la santé, de personnes françaises ou étrangères présentes sur le territoire national mais ne résidant pas en France (AME dite « humanitaire ») ;

- l'aide médicale pour les personnes gardées à vue ;
- le paiement des hospitalisations de patients évacués par l'hôpital de Mayotte vers des établissements de santé de la Réunion et de métropole.

Le montant des crédits prévus pour 2019 au titre de ce dernier poste de dépenses d'AME est de 1,5 M€, montant légèrement inférieur au niveau d'exécution constaté en 2017 pour tenir compte de la baisse tendancielle relevée ces dernières années.

ACTION N° 03

0,8 %

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus
Autorisations d'engagement		8 000 000	8 000 000	
Crédits de paiement		8 000 000	8 000 000	

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

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

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

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

Acteurs du dispositif

Les indemnisations sont versées par le FIVA. Le dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante mis en place par le FIVA a adressé, depuis sa création, 201 167 offres d'indemnisation. Les dépenses d'indemnisation cumulées depuis 2002 atteignent un total de 5,6 Md€ (chiffres arrêtés au 31 décembre 2017).

Ressources du FIVA

Les ressources du FIVA sont constituées pour l'essentiel d'une dotation de la branche AT-MP, et subsidiairement d'une dotation de l'État, qui correspond à l'exercice d'une solidarité nationale à l'égard des victimes non-professionnelles (environnementales, familiales...). Par ailleurs, l'État, en tant qu'employeur, contribue au-delà de cette dotation en remboursant au FIVA les sommes engagées par celui-ci, notamment le ministère de la défense. En 2017, la dotation de la branche AT-MP s'est établie à 250 M€, avec un montant de charges de 399,5 M€, conduisant à un résultat annuel de -52,5 M€ et à un fonds de roulement de 94,5 M€. La dotation de l'État est stable entre 2018 et 2019 (8 M€).

Gouvernance et pilotage stratégique

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

Le fonds est administré par un conseil d'administration composé de vingt-deux membres, outre le président – magistrat – siègent 5 représentants de l'État, huit représentants des organisations patronales (trois membres) et syndicales (cinq membres), quatre membres des organisations nationales d'aide aux victimes de l'amiante, quatre personnalités qualifiées dans les domaines de compétence du fonds.

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

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

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

Tableau des charges et des produits du FIVA de 2016 à 2019 :

<i>En millions d'euros</i>	2016	2017	2018 (p)	2019 (p)
Charges	466,9	399,5	375,8	364,9
Dépenses d'indemnisations	395,7	340,0	315,0	305,0
Provisions	55,2	51,5	50,9	51,0
Charges exceptionnelles	7,3	0,0	0,0	0,0
Autres charges	8,7	8,1	8,9	8,9
Produits	549,4	347,0	361,1	368,0
Dotation branche AT/MP	430,0	250,0	270,0	280,0
Dotation État (après mise en réserve)	12,3	7,4	7,8	7,8
Reprises sur provisions	69,9	56,2	53,2	50,0
Autres	37,2	33,4	30,1	30,2
Résultat	82,5	-52,5	-14,7	3,1
Investissement	0,5	0,25	0,4	0,6

Variation de Fonds de roulement	67,2	-57,5	-17,4	3,5
Fonds de roulement	152	94,5	77,2	80,7

Pour l'année 2018, le montant total des dépenses est estimé à 375,8 M€. Les produits du FIVA augmenteraient de 4 % et s'établiraient à 361,1 M€, dont 270 M€ provenant de la contribution AT-MP et 8 M€ de l'État. Le résultat de l'exercice 2018 serait ainsi déficitaire (-14,7 M€)

Pour 2019, les dépenses du FIVA devraient s'élever à 364,9 M€ tandis que ses produits, notamment constitués d'une dotation de la branche AT-MP de 280 M€, et d'une dotation de l'État de 8 M€, atteindraient 368 M€.

Pour mémoire, depuis 2010, dans un souci de bonne gestion de la trésorerie de la sécurité sociale, le FIVA n'appelle auprès de la CNAM et de l'ACOSS que la trésorerie nécessaire à la couverture de ses besoins réels. Le FIVA ne place donc plus ses disponibilités sur des périodes longues comme antérieurement.

Evolution des dépenses

L'évolution des dépenses est étroitement corrélée au nombre d'offres et à la mise en œuvre du barème voté par le conseil, selon le principe de la réparation intégrale pour les victimes et pour leurs ayants droits (dont la notion retenue par le conseil est large).

Les contentieux sont aussi des éléments non maîtrisables d'évolution des dépenses. Les contestations des offres du FIVA aboutissent dans certaines juridictions à une majoration des offres présentées. Des cours ont leur propre barème et une nomenclature des préjudices différente de celle du FIVA.

Les prévisions de dépenses du FIVA pour 2019 s'élèvent à 364,9 M€ et reposent sur les tendances suivantes :

- la demande globale nettement orientée à la baisse depuis la mi-2016 poursuivrait sa décrue : le nombre de nouvelles demandes de victimes directes se situerait aux alentours de 5 634 en 2018 et 2019 et le nombre de nouvelles demandes d'ayants droit s'élèverait à 11 516 en 2018 et 2019 ;
- le coût moyen des dossiers de nouvelles victimes diminuerait en 2018 et 2019 (environ 42 400 €, soit une baisse de 1,4 %) ;
- le coût moyen des dossiers des ayants droit serait également en diminution sur ces deux années (environ 8 900 €, soit une baisse de 3,3 %) ;
- le taux de rejet poursuivrait sa hausse et atteindrait 16 % sur ces deux années.

Evolution des recettes

Compte tenu des prévisions actualisées de dépenses, la dotation de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » évoluerait de 250 M€ en 2017 à 270 M€ en 2018, puis à 280 M€ en 2019, tandis que la dotation de l'État serait maintenue à 8 M€.

Les autres recettes sont constituées des dommages-intérêts versés dans le cadre des actions engagées par le FIVA au titre de la faute inexcusable de l'employeur, de reprises sur provisions ainsi que de produits financiers.

Fonds de roulement

Le niveau du fonds de roulement s'est établi, en 2017, à 94,5 M€ et pourrait atteindre en 2018 un niveau de 77,2 M€. Il s'élèverait à 80,7 M€ en 2019.