

Chapitre II

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

PRESENTATION

La LFSS pour 2008 a fixé l'ONDAM à 152 Md€, soit une augmentation de 2,8 % appliquée à une base de référence alors évaluée à 147,9 Md€.

Au vu des comptes arrêtés en mars 2009, apparaît un dépassement de cet objectif de près de 900 M€. Attribuable en grande partie aux dépenses de soins de ville, le dépassement est moins important que ceux de 2007 ou de 2006 mais demeure néanmoins significatif alors que l'objectif retenu se voulait plus réaliste que ceux des années précédentes. L'analyse d'ensemble, puis plus détaillée pour les principaux sous-objectifs, permet d'explicitier les causes de ce dépassement.

I - L'ONDAM : vue d'ensemble

Institué en 1997, l'ONDAM a pour objet de réguler les dépenses d'assurance maladie. Pour autant, cet agrégat comporte encore des dépenses non sujettes à cette régulation, pour un montant de l'ordre de 759 M€⁵⁹.

A – Le périmètre de l'ONDAM et de ses composantes

L'ONDAM se décompose en sous-objectifs dont la liste et le montant, conformément aux dispositions de la LOLFSS, sont également votés par le Parlement. La *nomenclature* de ces sous-objectifs est restée la même qu'en 2006 et 2007⁶⁰.

En 2008, le *périmètre* de l'ONDAM a été étendu pour couvrir des dépenses de formation professionnelle des professions médicales et paramédicales conventionnées, financées par l'assurance maladie dans le cadre du fonds d'actions conventionnelles (FAC) institué par la LFSS pour 2007. Les dépenses ainsi intégrées dans l'ONDAM s'élèvent à 123 M€

Par ailleurs, des *transferts entre sous-objectifs* ont été effectués pour des montants limités. Il s'agit surtout d'un transfert de 165 M€ des soins de ville vers le sous-objectif médico-social relatif aux personnes âgées, suite à l'intégration des dépenses relatives aux dispositifs

59. Ces dépenses se rapportent principalement à des hospitalisations effectuées en France par des patients relevant de régimes sociaux étrangers (cf. infra).

60. La définition précise de ces sous-objectifs est rappelée dans le RALFSS de 2008.

médicaux dans les tarifs des EHPAD, opération qui n'a été que peu explicitée. dans l'annexe 7 au PLFSS (qui présente les changements de périmètre au sein de l'ONDAM).

B – La construction de l'ONDAM

Comme chaque année, la détermination de l'ONDAM pour 2008 a consisté à appliquer à une base de référence un taux d'évolution prévisionnel. Ce taux d'évolution synthétise les effets de l'augmentation tendancielle des dépenses et des économies attendues.

1 – La base

Pour chaque sous-objectif, la base de référence est en principe fixée en fonction des réalisations prévues pour l'année en cours. Le fait de s'appuyer sur des prévisions expose nécessairement au risque d'une divergence entre la base prise en compte et le montant des réalisations, qui n'est connu que postérieurement à l'adoption de la LFSS.

C'est le cas de manière récurrente pour les soins de ville, pour lesquels l'objectif fixé depuis 2006 est calculé en fonction d'une base inférieure aux dépenses constatées. En 2008, le manque en base pour les soins de ville, a été de l'ordre de 300 M€, ce qui prédisposait à un dépassement de l'objectif fixé.

En sens inverse, l'ONDAM hospitalier a été calculé à partir d'une base de référence surévaluée du fait des provisions liées aux versements aux hôpitaux. La raison en a été l'incertitude quant au montant de dépenses à rattacher à l'année 2007 au titre de ces prestations⁶¹. La surévaluation de la base a porté sur un montant encore incertain, même à fin 2008, mais vraisemblablement de l'ordre de 200 M€. Cet état de fait ne pouvait que rendre plus aisé le respect de l'objectif.

La détermination de la base procède également du choix des pouvoirs publics de prendre en compte en tout ou partie le dépassement

61. Cette difficulté a été relevée par la Cour dans ses rapports publics de certification des comptes du régime général de 2007 et 2008 et dans le RALFSS de 2008.

prévu de l'ONDAM de l'année qui se termine. De fait, ces dernières années, la totalité du dépassement prévisionnel a été intégrée.

Ce progrès est notamment dû à l'intervention désormais prévue du comité d'alerte, qui chaque année, procède à une évaluation du dépassement prévisionnel. Ce montant est ensuite actualisé dans le rapport (de septembre) de la commission des comptes de la sécurité sociale.

2 – Les taux

Le taux de progression en valeur de l'ONDAM induit par le vote de la LFSS pour 2008 a été de 2,8 % par rapport à la base alors considérée. Le tableau ci-après rappelle les bases et taux retenus pour les différents sous-objectifs.

Le taux d'évolution correspondant à l'ONDAM voté a ainsi été supérieur à celui retenu en 2007 (+2,5 %), la différence étant la plus marquée pour les soins de ville (+1,9 % en 2008 contre +0,9 % en 2007). Il était également supérieur à l'inflation alors attendue⁶². Ce cadrage correspondait au souhait des pouvoirs publics de fixer un niveau d'objectif plus réaliste que les années précédentes.

ONDAM : base, taux d'évolution et montants votés

En Md€

	Base	Taux d'évolution	Montants votés
Dépenses de soins de ville	69,3	+ 1,9 %	70,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	47,4	+ 3,2 %	48,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	+ 2,9 %	18,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,0	+ 8,1 %	5,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0	+ 5,3 %	7,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,9	+ 2,0 %	0,9
ONDAM	147,9	+ 2,8 %	152,0

Source : Direction de la sécurité sociale

62. Le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2008 prévoyait une augmentation de 1,6 % de l'indice des prix à la consommation. Selon les données de l'INSEE, le taux constaté finalement a atteint 2,8%.

3 – Les économies prévisionnelles

Le respect de l'ONDAM était conditionné à la réalisation d'économies par rapport à l'évolution spontanée, pour un montant de l'ordre de 3,3 Md€ dont 2,9 Md€ au titre des soins de ville et 0,4 Md€ au titre des hôpitaux et cliniques.

Les économies attendues sur les soins de ville comprennent l'effet report de mesures antérieures, les résultats de la maîtrise médicalisée mise en œuvre par la CNAMTS, les franchises instituées par la LFSS pour 2008⁶³ ainsi qu'un ensemble d'autres mesures.

C – La mise en œuvre

1 – Les réalisations de 2008 : vue générale

Selon les données issues des comptes des régimes, les réalisations au titre de l'ONDAM ont été de 152,9 Md€, soit un dépassement de l'objectif de l'ordre de 0,9 Md€. Ce dépassement concerne les soins de ville (0,8 Md€), mais aussi les établissements de santé (0,1 Md€), malgré l'effet déjà signalé lié à une base surévaluée.

ONDAM 2008 – Réalisations

En Md€

Sous-objectifs	Réalisations	Taux d'évolution constatés ⁶⁴	Ecart par rapport à l'objectif
Dépenses de soins de ville	71,4	2,5 %	0,8
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	67,7	3,8 %	0,1
Autres dépenses relatives aux établissements de santé			
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,5	8,0 %	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4	5,3 %	0,0
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,9	3,4 %	0,0
ONDAM	152,9	3,4 %	0,9

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2009

63. Franchise de 50 centimes par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaire médical et de 2 € par acte de transport.

64. Les taux d'évolution sont ici rapportés aux réalisations de 2007.

Les dépenses ainsi constatées sont en augmentation de 3,4 % par rapport à 2007, soit une hausse supérieure de 0,5 point au PIB (+2,9 %).

**Taux d'évolution annuel constaté des dépenses du champ de l'ONDAM
et dépassement annuel de l'ONDAM**

En Md€ courants

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ⁶⁵
ONDAM voté	112,8	123,5	129,7	134,9	140,7	144,8	152,0
Evolution des dépenses constatées	+7,1 %	+6,4 %	+4,9 %	+4,0 %	+3,2 %	+4,0 %	+3,4 %
Dépassement annuel de l'ONDAM	3,9	0,6	0,5	0,2	1,4	2,8	0,9

Source : Direction de la sécurité sociale

D – Perspectives pour l'ONDAM de 2009

L'ONDAM pour 2009 a été fixé par la LFSS à 157,6 Md€ ce qui correspond à un taux d'évolution de +3,3 %, compte tenu d'économies à réaliser pour un montant de 2,3 Md€

Le cadrage ainsi retenu par la LFSS pour 2009 vise à reconduire l'évolution constatée en 2008. Le taux de croissance prévisionnel est ainsi supérieur à celui des années précédentes, le niveau d'économies attendues étant, quant à lui, moindre.

II - Les soins de ville

En dépit d'un contexte relativement plus favorable que les années précédentes⁶⁶, un dépassement du sous-objectif soins de ville est encore constaté en 2008. Ce dépassement trouve sa source, outre le manque de 300 M€ en base, dans le caractère partiel de la réalisation des économies attendues.

Selon les estimations du ministère de la santé, les économies liées aux franchises sont estimées à 890 M€ et correspondent donc bien aux objectifs initiaux.

65. Les données sur les dépenses constatées pour 2008 sont provisoires car s'appuyant sur les provisions et non sur les charges sur exercice antérieur, qui ne seront connues qu'avec les comptes de l'exercice 2009.

66. Sont notables en particulier la diminution des dépenses de médicaments remboursés en 2008, ainsi que le report des revalorisations tarifaires décidées pour les consultations médicales.

En revanche, le degré de réalisation des économies n'est que partiel sur d'autres postes, notamment sur la maîtrise médicalisée.

ONDAM 2008 – Economies réalisées sur les soins de ville

Mesures	Montants attendus	Réalisations 2008
Effet report des années précédentes	945	791
- dont mesures du plan d'alerte 2007	715	550
- dont déremboursements des médicaments à 15%	80	91
- dont politique du générique	150	150
Franchise médicale	850	890
- dont médicaments	628	
- dont actes paramédicaux	177	nd*
- dont transports sanitaires	45	
Maîtrise médicalisée	635	255
- dont produits de santé	390	174
- dont professionnels de santé et autres	105	22
- dont indemnités journalières	103	0
- dont transport	37	59
Autres mesures	490	199
- dont mesures structurelles	100	0
- dont baisse de prix génériques	90	55
Total	2920	2 135

Source : Direction de la sécurité sociale.* nd : non disponible à la date de l'enquête

Les estimations de la CNAMTS portent, quant à elles, sur des montants supérieurs s'agissant de la maîtrise médicalisée (483 M€), en particulier en ce qui concerne les produits de santé (328 M€).

III - L'ONDAM hospitalier

L'ONDAM hospitalier désigne l'ensemble que forment les deuxième et troisième sous-objectifs de l'ONDAM et retrace ainsi les dépenses d'assurance maladie correspondant aux versements aux hôpitaux⁶⁷ et aux cliniques privées.

L'ONDAM hospitalier pour 2008 découlant du vote de la LFSS était de 67,7 Md€ soit une augmentation de 3,1 % par rapport à une base de 65,6 Md€

67. Hôpitaux publics et établissements privés participant au service public hospitalier.

A – Les composantes de l'ONDAM hospitalier

L'ONDAM hospitalier est structuré en objectifs⁶⁸ qui, eux-mêmes, se déclinent en lignes correspondant aux différentes composantes du financement des établissements⁶⁹. Ce sont ces objectifs qui servent en pratique de cadre à la régulation des dépenses.

L'ONDAM hospitalier inclut également les financements alloués aux établissements de santé par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

B – La construction de l'ONDAM hospitalier

L'ONDAM hospitalier est déterminé par application d'un taux d'évolution à une base de référence. Il se distingue des soins de ville par l'existence de deux cadrages successifs.

1 – Deux cadrages successifs

L'ONDAM hospitalier soumis au vote du Parlement est déterminé, comme l'ensemble de l'ONDAM, lors de la préparation du PLFSS. Le montant ainsi voté en LFSS a été de 67,7 Md€

Mais le montant sur lequel porte concrètement l'encadrement des dépenses d'assurance maladie ainsi que la répartition des moyens entre les établissements est inférieur : 66,8 Md€, soit une différence de 868 M€. Cette différence, qui concerne également la base de référence, tient, d'une part, aux opérations dites de fongibilité pratiquées chaque année par l'administration (soit 109 M€)⁷⁰ et, d'autre part, à la présence au sein de l'ONDAM hospitalier de dépenses n'étant pas soumises à régulation (759 M€).

68. Il s'agit de l'ODMCO (objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique) et des MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation), communs aux hôpitaux et cliniques ainsi que de l'ODAM (objectif de dépenses d'assurance maladie), propre aux hôpitaux et de l'OQN (objectif quantifié national) afférent aux cliniques. Les dépenses d'honoraires des médecins des cliniques restent rattachées aux soins de ville.

69. Voir chapitre VII - La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours, p. 171.

70. L'objet de ces opérations est de tenir compte de la transformation de structures sanitaires en structures médico-sociales.

Les dépenses non régulées au sein de l'ONDAM hospitalier

L'ONDAM hospitalier comporte des dépenses non régulées, dont les montants ont été relativement constants ces dernières années.

ONDAM hospitalier – dépenses non régulées prévues

En Md€

	2005	2006	2007	2008
Hôpitaux	507	517	525	525
Cliniques	270	237	240	234
Total	777	754	765	759

Source : Direction de la sécurité sociale

Ces dépenses non régulées portent principalement sur la rémunération des hôpitaux et cliniques privées au titre des séjours effectués par les patients relevant de régimes de protection sociale étrangers, dans le cadre de conventions internationales passées entre la France et les états concernés (508 M€ constatés en 2008 pour le régime général).

Il est également d'usage d'y assimiler différentes catégories de prestations : remboursements a posteriori aux assurés sociaux de séjours hospitaliers pour lesquels aucune ouverture de droit à prise en charge n'est justifiée (106 M€), règlements à des cliniques situées à Monaco (57 M€), unités de soins de longue durée relevant de cliniques privées (8 M€). Est également concerné un reliquat de dépenses des cliniques privées posant des difficultés de rattachement comptable (49 M€).

Ces difficultés de rattachement portent sur des montants très limités (moins de 0,2 % de l'ONDAM hospitalier). Pourtant, en l'état actuel, elles suffisent à constituer un point d'achoppement faisant obstacle au constat du niveau de réalisation de l'OQN ou de la partie privée de l'ODMCO. Il en résulte que les données comptables retraçant les réalisations de l'ONDAM ne permettent pas de préciser le degré de réalisation des deuxième et troisième sous-objectifs de l'ONDAM.

C'est ainsi que le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale mentionne un chiffre global s'agissant des établissements de santé, à défaut de données sur les sous-objectifs.

La disproportion entre le caractère circonscrit des difficultés de rattachement et le caractère global des restitutions de l'ONDAM hospitalier apparaît d'autant plus frappante que ces restitutions sont traditionnellement présentées arrondies à la centaine de M€ près⁷¹.

Le maintien de ces dépenses non régulées au sein de l'ONDAM hospitalier apparaît peu justifié, à moins qu'elles ne soient soumises à

71. Au total, ces résultats ne peuvent qu'être approchés par des estimations fondées sur les données extracomptables (PMSI [programme de médicalisation des systèmes d'information] et SNIIRAM [système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie]).

régulation. En l'état, ce maintien paraît peu cohérent et affecte la lecture des réalisations de l'ONDAM (cf. infra).

2 – La base

Comme indiqué plus haut, la base prise en compte pour l'élaboration de l'ONDAM hospitalier s'est avérée surévaluée, pour un montant encore incertain, mais vraisemblablement de l'ordre de 200 M€ Ce phénomène a en fait concerné la partie publique de l'ODMCO.

3 – Le taux d'évolution

Le tableau ci-dessous détaille par catégories les dépenses régulées, en faisant apparaître les taux d'évolution correspondants.

ONDAM hospitalier 2008 – dépenses régulées

	<i>En M€</i>		
	Base de référence	Objectif arrêté	Taux d'évolution
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité :	47 310	48 835	3,2 %
- dont ODMCO	41 083	42 226	2,8 %
- dont MIGAC	6 227	6 609	6,1 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé :	17 070	17 681	3,6 %
- dont ODAM	15 153	15 679	3,5 %
- dont OQN	1 917	2 002	4,5 %
FMESPP	376	300	- 20 %
ONDAM hospitalier champ régulé	64 756	66 816	3,2 %

Source : Cour des comptes

Le taux d'évolution retenu prend en compte principalement les prévisions des dépenses des hôpitaux et cliniques privées et des économies prévisionnelles (404 M€).

Economies attendues - ONDAM hospitalier 2008

En M€

Objectifs	Montants attendus
ODMCO	292
- dont hôpitaux	166
- dont molécules onéreuses	109
- dont cliniques	17
MIGAC	36
ODAM	67
OQN	9
Total	404

Source : DSS et DHOS

Les économies ainsi retenues sur l'ODMCO consistent en une régulation sur le prix des médicaments onéreux financés en sus de la T2A (109 M€)⁷², le reste correspondant principalement à des économies de gestion attendues des établissements (dont 150 M€ au titre de la réorientation de l'activité de l'hospitalisation complète vers la chirurgie ambulatoire).

C – Les réalisations

1 – Les incertitudes affectant les réalisations

Dans la mesure où les réalisations de l'ONDAM sont appréhendées au moyen des comptes des régimes d'assurance maladie, elles comportent les provisions au titre des versements aux hôpitaux destinées à permettre le rattachement à l'année 2008 des sommes correspondant aux dernières semaines d'activité de l'année 2008 mais payées en 2009. Ces provisions sont calculées directement par les services du ministère de la santé.

La Cour, dans ses missions de certification des comptes du régime général, a cependant été conduite à émettre une réserve sur ces charges calculées (5,3 Md€ pour la branche maladie), en raison de la difficulté d'auditer le montant ainsi retenu⁷³.

En outre, comme on l'a vu déjà, la distinction des dépenses liées aux cliniques entre ce qui relève des objectifs régulés et le champ des dépenses non régulées s'avère à nouveau impossible en 2008, en dépit de

72. Il n'était en revanche pas prévu d'économie sur les dispositifs médicaux.

73. Cf. rapport public de certification des comptes du régime général de 2008.

l'actualisation du plan de comptes. Les montants en cause sont cependant limités.

Par ailleurs, le degré de réalisation des économies prévisionnelles (404 M€) n'est, pour l'essentiel, pas connu.

2 – Le dépassement de l'ONDAM hospitalier

Deux éléments devaient contribuer au respect de l'ONDAM hospitalier : la surévaluation de la base, mais également un gel pratiqué sur une partie des dépenses du FMESPP à hauteur de 100 M€

Pour autant, l'ONDAM hospitalier pour 2008 a fait l'objet d'un dépassement à hauteur de 130 M€ Mais il ressort des données du PMSI⁷⁴ que le dépassement, dans le champ régulé est en fait de l'ordre de 226 M€ dont 170 M€ s'agissant de l'ODMCO et 67 M€ sur l'OQN. L'ODAM et les MIGAC connaissent en revanche des sous-réalisations limitées (-6 M€ et -5 M€).

ONDAM hospitalier 2008 – Réalisations

En M€

	Montants des objectifs	Réalisations	Ecart par rapport à l'objectif
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité :	48 835	48 999	164
- dont ODMCO	42 226	42 396	170
- dont MIGAC	6 609	6 603	- 6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé :	17 681	17 743	62
- dont ODAM	15 678	15 673	- 5
- dont OQN	2 002	2 070	67
ONDAM hospitalier champ régulé	66 516	66 742	226

Source : Cour des comptes, d'après données ATIH

La part du dépassement attribuable aux cliniques (111 M€ pour un montant total de prestations de 11,5 Md€) est, elle, quasiment égale à celle des hôpitaux (122 M€, pour un montant total de prestations de 55,2 Md€).

74. Ces données, établies par l'ATIH ne couvrent ni les dépenses non régulées, ni les dépenses du FMESPP.

D – Des sources potentielles d'économies

Les séjours et les soins, avec ou sans hébergement, dispensés par les hôpitaux et cliniques sont pris en charge sur le fondement du tarif du groupe homogène de séjour (GHS) applicable. Il en va notamment ainsi des hospitalisations de très courte durée correspondant à une activité de chirurgie ambulatoire.

En revanche, toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville, soit dans le cadre des consultations ou actes externes ne peut donner lieu à facturation d'un GHS, mais est rémunérée en application de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Le niveau de prise en charge par l'assurance maladie étant plus élevé dans le premier cas que dans le second, des critères ont été définis par un arrêté du 5 mars 2006, dit « arrêté » pour permettre d'apprécier le bien fondé d'une facturation des prises en charge de moins d'une journée. L'identification d'abus éventuels des établissements au regard de ces critères constitue l'un des objets du contrôle externe de la T2A.

En outre, un supplément tarifaire a été institué en 2007⁷⁵ sous la forme d'un forfait « sécurité et environnement » (SE), applicable à une liste d'actes définie par voie réglementaire. Ce supplément tarifaire compense l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier, pour des soins non suivis d'une hospitalisation.

Les mêmes actes sont ainsi susceptibles de donner lieu à trois niveaux de prise en charge différents (honoraires simples, honoraires majorés du forfait SE, rémunération d'un séjour d'hospitalisation⁷⁶), exposant ainsi l'assurance maladie à des facturations excessives.

Afin de réduire le risque de facturation induite, il conviendrait de définir précisément, sur la base d'un consensus médical à rechercher par la Haute autorité de santé (HAS), les seuls cas dans lesquels la prise en

75. Arrêté du 27 février 2007.

76. A titre d'exemple, le tarif du GHS concernant les endoscopies digestives diagnostiques sans anesthésie est de 241 € dans le secteur public et de 226 € dans le secteur privé (honoraires inclus). Le niveau de supplément SE applicable à ce type d'acte en 2008 est de 75,38 €

charge de ces actes au titre d'un séjour ou de suppléments tarifaires est justifiée⁷⁷.

IV - La composante médico-sociale de l'ONDAM

Les deux sous-objectifs médico-sociaux (personnes âgées et handicapées) étant constitués des contributions des aux régimes d'assurance maladie aux dépenses encadrées par l'objectif global de dépenses (OGD⁷⁸), les réalisations en la matière sont nécessairement égales aux montants prévus⁷⁹.

C'est au regard de cet OGD que se manifestent des écarts par rapport aux montants programmés.

Objectif global de dépenses – prévisions et réalisations 2008

En Md€

	Personnes handicapées			Personnes âgées			Total		
	Prévu	Réalisé	Ecart	Prévu	Réalisé	Ecart	Prévu	Réalisé	Ecart
OGD	7,654	7,684	0,03	6,612	6,073	-0,539	14,266	13,757	-0,509
ONDAM médico-social	7,376	7,376		5,523	5,523	0	12,899	12,899	0
Apport financier CNSA	0,278	0,308	0,03	1,089	0,550	-0,539	1,367	0,858	-0,509

Source : CNSA

Il apparaît ainsi une sous-consommation globale de l'ordre de 509 M€, attribuable au secteur des personnes âgées, induisant un apport financier de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) moindre que prévu. Cette sous-consommation se concentre sur le secteur des personnes âgées (539 M€, soit plus de 8 % de l'objectif retenu).

Ce phénomène de sous-consommation n'est en soi pas nouveau et apparaît résulter de deux facteurs différents. Il s'agit, en premier lieu, du caractère tardif de l'utilisation des moyens prévus pour financer, notamment, les créations de places en établissement. De surcroît, en raison

77. Selon la DSS, des premiers travaux ont été engagés en ce sens.

78. L'OGD a pour objet d'encadrer les prestations d'assurance maladie versées aux établissements et services médico-sociaux au titre de la prise en charge des soins qui y sont délivrés. Le financement de ces dépenses se partage entre l'ONDAM médico-social et l'apport financier de la CNSA.

79. Voir RALFSS de 2008, pages 73 et suivantes.

de la déconnexion entre la base de référence⁸⁰ et les réalisations de l'exercice précédent, la sous-consommation affectant un exercice donné n'est pas prise en compte lors de la détermination de l'OGD pour l'année suivante.

De la sous-consommation de l'OGD, il découle la formation de réserves au sein de la CNSA, nées de la différence entre les produits qu'elle perçoit et le montant effectif d'apport financier lui incombant.

Il est à relever qu'en 2008, cette sous-consommation s'accroît, à nouveau, par rapport aux années précédentes : les sous-consommations constatées portaient sur 487,7 M€ en 2007, 289,7 M€ en 2006 et 142,7 M€ en 2005.

Cette situation contraste avec l'augmentation importante qu'a connue l'ONDAM médico-social ces dernières années : entre 2005 et 2008, alors que l'ONDAM voté dans son ensemble a augmenté de 12,7 %, cette augmentation a été de 17,4 % pour l'ONDAM médico-social.

Une réflexion sur ces sous-consommations et sur l'usage qui est fait des réserves de la CNSA est donc nécessaire.

Les ministères concernés ont demandé en ce sens un rapport conjoint à l'IGF et à l'IGAS. Il y aura lieu d'en tirer les conséquences sur le montant de l'ONDAM médico-social.

CONCLUSION

L'ONDAM pour 2008 a été fixé à un niveau qui se voulait plus réaliste que les années précédentes. Et, de fait, si cet objectif a été à nouveau dépassé, l'importance de ce dépassement a été moindre qu'en 2006 ou en 2007.

Le non respect de l'ONDAM demeure, pour l'essentiel, attribuable aux dépenses de soins de ville. S'il tient en partie à un effet de base, il s'explique encore par des économies attendues dont le chiffrage demeure trop volontariste.

L'ONDAM hospitalier a également été affecté par un léger dépassement, auquel le secteur des cliniques contribue, en valeur absolue, presque autant que celui des hôpitaux.

Une des singularités de l'ONDAM hospitalier tient au maintien en son sein de dépenses non régulées, ce qui apparaît contradictoire avec l'objet même de l'ONDAM.

80. Tout comme l'ONDAM, l'OGD est déterminé par application d'un taux d'évolution à une base de référence.

L'ONDAM médico-social consistant désormais en une contribution forfaitaire aux versements destinés aux établissements, les réalisations en la matière sont en soi peu significatives. Dans les faits, il reste un phénomène de sous-consommation qui va en s'accroissant s'agissant du secteur des personnes âgées, qui contraste avec l'augmentation des dépenses médico-sociales répondant à la montée de la dépendance. La persistance de ce phénomène devrait conduire à ajuster le montant de l'ONDAM médico-social aux besoins constatés.

RECOMMANDATIONS

6. Mieux expliciter, dans l'annexe sept au PLFSS, les opérations affectant le périmètre de l'ONDAM ou de ses composantes.

7. Extraire du champ de l'ONDAM les dépenses n'ayant pas vocation à être régulées.

8. Demander à la Haute autorité de santé (HAS) d'établir un référentiel définissant les cas dans lesquels la réalisation d'actes peu invasifs peut relever d'un séjour hospitalier ou justifier des suppléments tarifaires.

9. Procéder à une analyse approfondie des causes de la sous-consommation récurrente concernant le secteur des personnes âgées et ajuster en conséquence le montant de l'ONDAM médico-social.
