

Chapitre III

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

PRÉSENTATION

La LFSS pour 2006 a fixé l'ONDAM à 140,7 Md€, soit une augmentation de 2,5 % par rapport à une base de référence de 137,2 Md€. Les comptes établis en mars 2007 montrent un dépassement important de 1,2 Md€, principalement imputable aux dépenses de soins de ville alors qu'il était estimé à seulement 700 M€ à l'automne 2006, au moment du cadrage de la LFSS pour 2007. L'exercice 2006 marque cependant une décélération significative des dépenses par rapport aux années précédentes.

Le présent chapitre analyse les modalités de construction de l'ONDAM, puis ses composantes les plus importantes (en masse financière) en l'occurrence celles relatives aux soins de ville et aux établissements de santé.

I - L'ONDAM : vue d'ensemble

Les dépenses d'assurance maladie sujettes à régulation sont retracées dans un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dont la valeur est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Pour 2006 l'ONDAM est fixé à 140,7 Md€

Conformément aux dispositions de la LOLFSS, ce montant global a été subdivisé en six sous-objectifs votés⁴⁵. Mais la mise en oeuvre de cette nouvelle nomenclature n'a pas conduit à supprimer toutes les anomalies affectant le périmètre de l'ONDAM et de ses composantes internes relevées par la Cour⁴⁶.

A – Une nomenclature en six sous-objectifs

1 – Six sous-objectifs

Pour l'année 2006, les six sous-objectifs suivants ont été définis :

- le sous-objectif concernant les soins de ville regroupe les dépenses d'honoraires des professionnels de santé libéraux ainsi que les

45. En application de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les LFSS doivent définir au moins cinq sous-objectifs et en donner le montant.

46. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2005 p. 12 et suivantes.

dépenses liées aux prestations en nature et en espèces découlant de leurs prescriptions ;

- les deuxième et troisième sous-objectifs relatifs aux établissements de santé intègrent respectivement les dépenses entrant dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) et les autres dépenses relatives aux établissements de santé⁴⁷ ;
- les quatrième et cinquième sous-objectifs retracent la contribution des régimes d'assurance maladie au financement des prestations de soins des établissements et services prenant en charge respectivement les personnes âgées et les personnes handicapées ;
- le sixième sous-objectif comporte des dépenses diverses telles que la dotation nationale en faveur des réseaux ou les soins relatifs aux Français résidant à l'étranger.

2 – Des anomalies persistantes dans le périmètre de l'ONDAM et de ses composantes

Dans le RALFSS de 2005, la Cour avait relevé des anomalies dans le périmètre de l'ONDAM qui affaiblissaient l'efficacité des actions de régulation.

Certaines de ces anomalies concernant les composantes internes de l'ONDAM n'ont pas été corrigées. Les prescriptions hospitalières en ville et les dépenses relatives aux honoraires des médecins spécialistes intervenant en clinique continuent à figurer dans le sous-objectif soins de ville pour des montants importants (en 2006 respectivement 6,9 Md€ et 2,5 Md€).

Le même constat vaut pour les dépenses des unités de soins de longue durée (USLD) des hôpitaux et les dépenses de prescriptions en ville générées par les établissements et services médico-sociaux qui devraient être rattachées respectivement aux sous-objectifs relatifs aux personnes âgées et aux soins de ville.

En revanche, ont bien été incluses dans l'ONDAM des dépenses qui en étaient auparavant indûment exclues telles que la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations des professionnels libéraux et des dépenses relatives à l'exonération du ticket modérateur des 31^{ème} et 32^{ème} maladies⁴⁸ ainsi que la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé

47. Le terme d'ONDAM hospitalier reste en usage et correspond à l'ensemble que constituent ces deux sous-objectifs.

48. Ce dispositif est exposé dans le RALFSS de 2005.

publics et privés (FMESPP). Ces divers mouvements sont retracés par l'annexe 7 du PLFSS.

B – La construction de l'ONDAM

Exposé très schématiquement, le processus de détermination de l'ONDAM a consisté, comme chaque année, pour chacune de ses composantes, à appliquer à une base (après prise en compte du ou des changements de périmètre de l'ONDAM) un taux d'évolution prévisionnel. Ce taux d'évolution synthétise les effets contraires de l'augmentation tendancielle des dépenses et des économies attendues.

1 – Les taux

Le taux de progression en valeur de l'ONDAM induit par le vote de la LFSS à l'automne 2005 est de 2,5 %. Le tableau ci-après rappelle les bases et taux retenus pour les différents sous-objectifs.

ONDAM : base, taux d'évolution et montants votés

En Md€

| Sous-objectifs | Base | Taux d'évolution | Montants votés |
|---|-------|------------------|----------------|
| Dépenses de soins de ville | 64,7 | + 0,9 % | 65,3 |
| Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité | 44,4 | + 3,3 % | 45,8 |
| Autres dépenses relatives aux établissements de santé | 17,2 | + 4,0% | 17,9 |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées | 3,9 | + 9,2 % | 4,3 |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées | 6,3 | + 5,0 % | 6,6 |
| Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge | 0,6 | + 8,6 % | 0,7 |
| ONDAM | 137,2 | + 2,5 % | 140,7 |

Source : Direction de la sécurité sociale, données retraitées

Le sous-objectif portant sur les soins de ville correspond à un taux d'évolution de +0,9 % nettement inférieur à ceux retenus pour les autres

postes de dépense. La détermination de ce sous-objectif s'appuie sur des prévisions concernant l'évolution des divers postes de dépenses dont l'une est pour le moins surprenante : il s'agit de l'hypothèse d'une forte diminution (-3,3 %) de l'ensemble des dépenses relatives aux produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux et produits d'origine humaine), alors que pour tous les autres postes de dépenses de ce sous objectif, les évolutions sont positives et varient entre +1,4 % et 4,9 %. Le sous-objectif concernant les soins de ville paraît donc avoir été fixé de manière irréaliste au regard des instruments permettant d'en assurer le respect.

2 – La base

Une difficulté permanente pour la détermination de l'ONDAM réside dans la fixation des bases auxquelles sont appliqués les taux d'évolution. Ces bases sont fixées en fonction des réalisations prévues pour l'année en cours⁴⁹, puisqu'elles ne peuvent pas être connues exactement au moment du vote de la LFSS. Les prévisions utilisées s'avèrent donc plus ou moins éloignées de la réalité constatée ensuite dans les comptes. La détermination des bases procède également du choix des pouvoirs publics de prendre en compte en tout ou partie le dépassement prévu de l'ONDAM de l'année qui se termine.

Ainsi, la base retenue pour 2006 a tenu compte d'une sous-réalisation sur les soins de ville estimée à 690 M€ et d'un dépassement de 625 M€ sur les établissements. En fait, la sous-réalisation pour les soins de ville n'a été que de 440 M€ et le dépassement effectif concernant les établissements a été de 765 M€

De ce fait et dans la mesure où a été fixé un montant en valeur absolue, le respect de l'ONDAM aurait requis des taux d'évolution inférieurs à ceux qui ont été prévus dans le vote de la LFSS comme le montre le tableau suivant :

49. La détermination de l'ONDAM de 2006 en septembre 2005 s'est donc appuyée sur les prévisions de réalisation de l'année 2005.

ONDAM – comparaison entre les taux d'évolution initiaux et les taux d'évolution compte tenu des réalisations effectives de 2005

| Sous-objectifs | Taux d'évolution initiaux | | Taux d'évolution compte tenu des réalisations effectives |
|---|---------------------------|-------|--|
| Dépenses de soins de ville | + 0,9 % | | + 0,5 % |
| Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité | +3,3 % | +3,5% | + 3,3 % |
| Autres dépenses relatives aux établissements de santé | +4,0% | | |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées | + 9,2 % | | + 9,2 % |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées | + 5,0 % | | + 5,0 % |
| Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge | + 8,6 % | | + 7,0 % |
| ONDAM | + 2,5 % | | +2,2 % |

Source : Direction de la sécurité sociale et Cour des comptes

Comme l'ont noté le comité d'alerte⁵⁰ ainsi que la commission des comptes de la sécurité sociale⁵¹, alors que le sous-objectif relatif aux soins de ville avait été calibré en fonction d'un taux d'évolution de 0,9 %, la progression compatible avec le respect du montant voté en LFSS n'était en définitive que de 0,5 %. Il en est allé de même pour les établissements de santé (3,3 % au lieu de 3,5%).

Il apparaît que le même phénomène s'est reproduit pour l'ONDAM de 2007.

C – La mise en œuvre

1 – Le maintien d'objectifs fixés par arrêtés

Bien que la LFSS détermine désormais la nomenclature en sous-objectifs, différentes dispositions législatives prévoyant la détermination d'objectifs par voie d'arrêté restent en vigueur. S'agissant des établissements de santé, doivent ainsi être définis, par arrêtés annuels, un objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO), un objectif

50. Avis du 31 mai 2006.

51. Rapport de juin 2006.

relatif aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), un objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) ainsi qu'un objectif quantifié national (OQN)⁵². En outre, un objectif commun est prévu pour la contribution des régimes d'assurance maladie au financement des prestations de soins des établissements et services prenant en charge des personnes âgées et des personnes handicapées⁵³.

Le code de la sécurité sociale⁵⁴ continue par ailleurs à faire mention d'un objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville qui, comme l'avait relevé la Cour dans le RALFSS de 2006, n'a pas connu d'application depuis 2002.

Enfin, complexité supplémentaire, un arrêté détermine le montant de la dotation nationale de développement des réseaux sans pour autant que soit prévu un objectif en la matière.

Distribution des objectifs entre les sous-objectifs

| Sous-objectifs définis par la LFSS de 2006 | Objectifs fixés par arrêté |
|---|----------------------------------|
| Dépenses de soins de ville | Pas d'objectif |
| Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité | Deux objectifs : ODMCO, MIGAC |
| Autres dépenses relatives aux établissements de santé | Deux objectifs : ODAM, OQN |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées | Un objectif commun |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées | |
| Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge | Pas d'objectif |

Source : Cour des comptes

Au total, sont constatés deux types d'incohérence qui concernent :

- tant la terminologie utilisée qui revient à inclure des objectifs dans des sous-objectifs ;
- que l'articulation de ces divers agrégats qui ne sont pas organisés logiquement, puisque les objectifs sont parfois inclus dans les sous-objectifs et parfois leur sont communs.

La Cour recommande en conséquence qu'il soit remédié à ces incohérences qui altèrent fortement la lisibilité de l'ONDAM, en procédant aux diverses modifications législatives nécessaires.

52. Articles L. 162-22, L. 162-22-9, L. 162-22-13 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale.

53. Article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles.

54. Articles L. 227-1 II et L. 162-8-1.

2 – Des opérations de transferts entre les composantes de l'ONDAM postérieures au vote de la LFSS

L'arrêté fixant l'objectif correspondant aux deux sous-objectifs médico-sociaux⁵⁵ a retenu un montant (11,0 Md€) différent de celui que donne la somme de ces deux sous-objectifs (10,9 Md€). Cette différence correspond en majeure partie à un transfert de fait de 100 M€ en provenance du sous-objectif concernant les autres dépenses des établissements de santé.

Ce transfert s'inscrit dans une série de modifications opérées par les services du ministère de la santé et des solidarités, postérieurement au vote de la LFSS. Ces opérations de transfert ont eu une incidence non négligeable sur le contenu des sous-objectifs concernant les établissements de santé (cf. partie C). Il conviendrait donc que cette pratique soit mieux encadrée à l'avenir.

55. Arrêté du 29 mai 2006 fixant pour l'année 2006 la contribution des régimes d'assurance maladie, l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnés à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3-4 du même code.

3 – Les réalisations de 2006

ONDAM 2006 – Réalisations

| Sous-objectifs | Réalisations en Md€ | Taux d'évolution constatés ⁵⁶ |
|---|------------------------|---|
| Dépenses de soins de ville | 66,6 | + 2,4 % |
| Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité | 63,6 | + 3,1 % |
| Autres dépenses relatives aux établissements de santé | | |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées | 4,4 | + 8,6 % |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées | 6,6 | + 4,5 % |
| Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge | 0,7 | + 14,4 % |
| ONDAM | 141,8 | + 3,1% |

Source : Direction de la sécurité sociale, données retraitées

Le montant des réalisations de 2006 est établi à partir des données comptables des branches maladie et AT-MP des différents régimes d'assurance maladie, retraitées de manière à identifier parmi les charges celles d'entre elles qui relèvent du périmètre de l'ONDAM⁵⁷.

Les dépenses d'assurance maladie relevant du périmètre de l'ONDAM pour l'ensemble des régimes se sont montées à 141,8 Md€ en 2006, contre 137,6 Md€ en 2005 à périmètre constant, correspondant à une augmentation de 3,1 %, contre près de 4 % en 2005. Cette évolution est à rapprocher du taux de croissance du PIB en valeur en 2006, estimé à 4,3 %. Ce taux d'évolution de l'ONDAM en 2006 est le plus bas qui ait été constaté depuis 1997.

Malgré cette décélération notable, l'ONDAM pour 2006 n'a pas été respecté, le dépassement ayant été de 1,2 Md€. Ce dépassement correspond à la différence entre le taux de progression de 2,2 % qui aurait été requis compte tenu des réalisations effectives de l'année 2005 et le taux de +3,1 % qui a été constaté pour 2006.

56. Les taux d'évolution sont ici rapportés aux réalisations de 2005 compte tenu des changements de périmètre.

57. Les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) produits en mars N+1, de même que les comptes en la forme, ne font pas spontanément ressortir les réalisations au titre de l'ONDAM.

Le dépassement de l'ONDAM trouve son origine dans les facteurs suivants :

- tout d'abord, la base prise en référence a été inférieure au montant effectif des dépenses de 2005 ;
- un certain nombre d'économies prévues au titre du plan médicament n'ont pas été réalisées en 2006 ; au total, alors que pour la LFSS de 2006, l'hypothèse d'une diminution de 3,3 % des dépenses de produits de santé avait été retenue, ces dépenses ont en définitive augmenté de 2,0 % ;
- une accélération des dépenses de soins de ville, qui n'avait pas été prévue, est intervenue au second semestre.

Dans ce contexte, l'essentiel du dépassement s'est concentré sur le sous-objectif des soins de ville.

4 – L'incidence sur la détermination de l'ONDAM de 2007

Les LFSS comportent des dispositions portant révision de l'ONDAM de l'année en cours.

Le terme de révision est cependant peu approprié ; cette opération ne constitue pas une adaptation de l'ONDAM de l'année en cours mais correspond en fait à une étape dans la détermination de la base prise en compte pour l'ONDAM de l'année suivante. C'est ainsi que la LFSS de 2007 a comporté une révision de l'ONDAM de 2006 à hauteur de 740 M€, ce montant correspondant au dépassement de l'ONDAM de 2006 qui était alors prévu. La différence entre ce dépassement prévisionnel et l'écart constaté en définitive trouve sa cause dans l'accélération des dépenses de soins de ville du second semestre.

Il apparaît ainsi que la détermination de l'ONDAM de 2007 n'a pas pris en compte l'intégralité du dépassement de 2006 et que sa base de calcul s'en est trouvée minorée d'autant. Cet état de fait a conduit, dès le départ, à en rendre la réalisation plus délicate.

De plus, sa construction s'est faite selon la même logique que celle de 2006 avec en particulier un sous objectif de dépenses de soins de ville très bas (+1,1%) et avec, à l'intérieur de ce sous objectif, une ligne dépenses de produits de santé à nouveau en baisse marquée (-2,5%).

II - Les dépenses de soins de ville en 2006

Après avoir rappelé la situation d'ensemble concernant les dépenses de soins de ville, cette partie revient sur les économies prévues et réalisées ainsi que sur les évolutions concernant les principaux postes.

A – Vue d'ensemble

Les dépenses réalisées au titre du sous-objectif des soins de ville ont été de 66,6 Md€ pour l'ensemble des régimes, soit une augmentation de 2,4 % (+2,7 % pour le régime général⁵⁸).

Si les réalisations globales de l'année traduisent une décélération des dépenses de soins de ville, les données infra annuelles sont plus contrastées car elles font ressortir un début d'accélération au second semestre. Y contribuent principalement les indemnités journalières ainsi que les dépenses d'honoraires, sous l'effet notamment de revalorisations tarifaires entrées en vigueur en août 2006.

B – Les économies prévues et réalisées

Le respect du sous-objectif consacré aux soins de ville était conditionné à la réalisation de mesures d'économies d'un montant de l'ordre de 3,2 Md€, exposées dans l'annexe 9 du PLFSS. Ces économies sont définies comme des moindres dépenses par rapport à une évolution tendancielle.

Les principales sources d'économie résidaient dans la mise en œuvre du plan médicament et dans l'atteinte d'objectifs convenus avec les professionnels de santé dans le cadre de la démarche de maîtrise médicalisée des dépenses⁵⁹.

Les économies prévues par le plan médicament étaient de 2,1 Md€ dont 989 M€ au titre de l'impact sur 2006 des mesures du plan

58. Selon les tableaux dits « lois de financements » produits par les services comptables de la CNAMTS.

59. D'autres économies étaient attendues de la lutte contre les fraudes (150 M€), de la mise en place d'une participation de 18 € sur les actes de plus de 91 € (40 M€) ainsi qu'en matière d'actes de biologie et de laboratoire (75 M€).

médicaments décidées en 2005⁶⁰ et 1,095 Md€ d'économies supplémentaires⁶¹. Or, selon la DSS, les réalisations en la matière portent sur un montant de 1,240 Md€, se décomposant de la manière suivante :

- - 610 M€ au titre des économies sur les génériques, la DSS incluant dans ce montant les économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée ;
- - 195 M€ au titre des baisses de prix ciblées ;
- - 345 M€ au titre des remboursements ;
- - 80 M€ au titre des dispositifs médicaux ;
- - 10 M€ au titre des grands conditionnements⁶².

Les économies attendues au titre de la maîtrise médicalisée s'élevaient à 890 M€, dont 750 M€ au titre de la maîtrise médicalisée hors transports (en particulier sur les ALD et les arrêts de travail), 90 M€ au titre de la maîtrise médicalisée relative aux transports et 50 M€ au titre des prescriptions hospitalières en ville. S'agissant des médecins, ces objectifs ont été formalisés dans l'avenant n° 12 à la convention les régissant.

Un bilan des économies en matière de maîtrise médicalisée a été établi par la DSS et porte sur une somme moindre : d'une part, les 50 M€ correspondant aux prescriptions hospitalières en ville n'y figurent pas, d'autre part, l'objectif d'économies sur les transports est ramené à un montant de 38 M€. En outre, comme indiqué plus haut, la DSS rattache l'ensemble des économies concernant les génériques au plan médicament.

60. Ces mesures se décomposent ainsi : 498 M€ au titre de la politique du générique, 165 M€ au titre des baisses de prix ciblées, 107 M€ au titre de l'adaptation des conditionnements, 85 M€ au titre des radiations d'autorisations de mise sur le marché, 75 M€ au titre des marges de distribution et 59 M€ au titre des tarifs des dispositifs médicaux.

61. Ce volet porte sur 650 M€ au titre de la politique du générique et sur 445 M€ au titre de remboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant.

62. La DSS fait également état d'économies sur les médicaments rétrocédés et sur ceux de la ligne en sus, mais dont le montant n'avait pas encore été estimé début juillet.

Maîtrise médicalisée – économies attendues et réalisées

En M€

| | Economies attendues (1) | Economies réalisées (2) | Différence (1-2) |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|
| Antibiotiques | 63 | 21 | 42 |
| Statines | 93 | 62 | 31 |
| Psychotropes | 13 | 9 | 4 |
| Inhibiteur de pompe à proton (IPP) | 28 | 28 | 0 |
| Arrêt de travail | 190 | 275 | -85 |
| Affections de longue durée | 292 | 66 | 226 |
| ACBUS ⁶³ | 49 | 0 | 49 |
| Transports | 38 | 0 | 38 |
| Total | 766 | 461 | 305 |

Source : DSS et Cour des comptes⁶⁴

Au total, malgré les résultats positifs concernant les arrêts de travail, les économies permises par la maîtrise médicalisée sont inférieures à ce qui avait été prévu. Les postes pour lesquels les défauts de réalisation sont les plus conséquents sont les ALD, les transports -pour lesquels aucune économie n'a pu être réalisée- et les antibiotiques.

A un niveau plus global, il est constaté que seules 60 % des économies prévues au titre du plan médicament d'une part, de la maîtrise médicalisée d'autre part, ont pu être réalisées. L'importance des écarts entre les prévisions et les réalisations devrait conduire à une étude plus poussée quant à la faisabilité des hypothèses dans ce domaine lors de la détermination de l'ONDAM initial.

63. Les ACBUS sont des accords de bon usage de soins.

64. Le montant des économies réalisées par le biais de la maîtrise médicalisée tel qu'évalué par la DSS est inférieur à celui estimé par la CNAMTS. Voir page 285 du présent rapport (bilan de la maîtrise médicalisée).

C – Les principaux postes de dépenses

Principaux postes de dépense – régime général

| | Montants en 2006 en Md€ | Evolution par rapport à 2005 |
|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Honoraires médicaux | 12,4 | + 2,6% |
| - dont généralistes | | + 2% |
| - dont spécialistes | | + 2,9% |
| Honoraires paramédicaux | 5,5 | + 7,1% |
| - dont infirmières | 2,9 | + 8,7% |
| Transports | 2,3 | + 8,8% |
| Indemnités journalières | 7,3 | - 0,8% |
| Médicaments | 17,5 | + 1,5% |
| Autres produits de santé | 3,1 | +7,3% |

Source : CNAMTS, tableau lois de financement (données retraitées)

Les dépenses d'honoraires médicaux ont été de 12,4 Md€ soit une augmentation de 2,6 % (+2,9% pour les spécialistes et +2% pour les généralistes). Les honoraires paramédicaux ont, quant à eux, été de 5,5 Md€ soit une augmentation de 7,1 %, l'augmentation la plus rapide se rapportant aux infirmiers (+8,7 %, soit un total de dépenses de 2,9 Md€). Par ailleurs, les dépenses d'honoraires concernant les transporteurs sanitaires se sont montées à 2,3 Md€ soit une augmentation de 8,8 %.

Selon les analyses des services statistiques de la CNAMTS, l'augmentation des dépenses d'honoraires médicaux est le fait, pour les médecins spécialistes, de la conjugaison d'un accroissement d'activité -principalement du fait des actes techniques et de revalorisations tarifaires- dans le contexte de la mise en place du parcours de soins et d'une nouvelle classification des actes médicaux⁶⁵.

Pour les médecins généralistes, l'effet des mesures tarifaires a été déterminant avec la mise en place du parcours de soins et la revalorisation du tarif de consultation à 21 € à compter du 1^{er} août 2006. Il est à noter que cette dernière mesure, découlant d'un avenant à la convention

65. Voir le chapitre VIII relatif aux médecins libéraux.

médicale approuvé en mars 2006⁶⁶, n'a pas été prise en compte au stade de la révision de l'ONDAM, lors du vote de la LFSS de 2007.

D'après la CNAMTS, la cause principale d'augmentation des dépenses concernant les infirmiers réside dans l'augmentation du nombre de ces professionnels de santé exerçant en secteur libéral, consécutivement à l'accroissement de la taille des promotions dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Elle est vraisemblablement également liée à la liberté d'installation des infirmières diplômées exerçant en libéral (IDEL), qui a été de nature à développer jusqu'en 2007 une offre de soins non régulée.

La progression des dépenses de transport est liée à la conjugaison d'un effet prix -à savoir des revalorisations tarifaires intervenues en août 2005, puis en août 2006, en application d'un avenant à la convention applicable aux transporteurs conclu en 2005- et d'un accroissement d'activité, lequel est d'autant plus notable qu'aucune des économies attendues sur ce poste au titre de la maîtrise médicalisée n'a été réalisée (cf. supra).

Les montants des indemnités journalières ont été de 7,3 Md€ en 2006, soit une diminution de 0,8 % par rapport à 2005. Les dépenses liées à ces prestations sont donc restées sur la tendance décroissante initiée en 2003, malgré un regain d'augmentation au cours du second semestre.

III - Les dépenses des établissements de santé en 2006

La LFSS 2006 a fixé l'ONDAM hospitalier⁶⁷ à 63,7 Md€: celui-ci se compose du sous-objectif des « dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » pour un montant voté de 45,8 Md€ et du sous-objectif des « autres dépenses relatives aux établissements de santé » pour un montant voté de 17,9 Md€

L'ONDAM hospitalier a été construit de manière à contenir à +3,5 % la progression des dépenses d'assurance maladie prises comme base de référence (61,6 Md€), soit +3,3 % pour le premier sous-objectif

66. Avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par un arrêté ministériel du 23 mars 2006.

67. Cet intitulé recouvre les dépenses d'assurance maladie en direction des établissements de santé, hôpitaux et cliniques, quel que soit leur mode de financement.

et +4,0 % pour le second. Les comptes établis en mars 2007 montrent un respect de l'objectif.

A – La définition de l'ONDAM hospitalier 2006

Malgré une refonte de la nomenclature de l'ONDAM hospitalier, liée à la fois à l'introduction de la tarification à l'activité en 2005 et au vote de sous-objectifs dans la LFSS, la construction pour 2006 a été rendue particulièrement difficile par le déroulement atypique de l'exercice de référence qu'était alors 2005. La crainte d'un dérapage des dépenses dû à la T2A ainsi que l'insuffisante fiabilité des prévisions de réalisations de cet exercice ont conduit les pouvoirs publics à une démarche itérative complexe.

1 – La nouvelle nomenclature

Les dépenses d'assurance maladie en direction des établissements de santé publics et privés⁶⁸ ont été réorganisées en profondeur :

- en 2005, quatre objectifs⁶⁹ ont été définis pour tenir compte de la généralisation de la tarification à l'activité (T2A) : à cette occasion, une partie des dépenses relatives aux cliniques qui figuraient en soins de ville (produits de la liste des produits et prestations remboursables - LPPR- et une partie des médicaments) a été reclassée dans l'ONDAM hospitalier ;
- en 2006, les aides en capital qui sont allouées aux établissements via le fonds de modernisation des établissements publics et privés (FMESPP) ont été intégrées dans l'ONDAM ;
- en 2006 toujours, les dépenses ont été agrégées dans deux sous-objectifs pour être votés par le Parlement, conformément à la loi organique du 2 août 2005.

68. La dénomination simplifiée de secteurs public et privé renvoie d'une part aux établissements publics et privés anciennement sous DG (article L. 162-22-6 a, b et c), d'autre part aux établissements privés anciennement sous OQN ou non conventionnés (article L. 162-22-6 d et e).

69. Le périmètre et les mécanismes de régulation de ces quatre objectifs sont définis dans les articles L. 162-22-9, L. 162-22-13, L. 174-1-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale (LFSS 2004) et leurs montants sont fixés par arrêté chaque année avant le 1^{er} mars.

Les composantes des deux sous-objectifs hospitaliers votés

| Sous-objectifs votés dans la LFSS | Objectifs définis dans le code de la sécurité sociale | Ecart entre les agrégats ⁷⁰ |
|---|---|--|
| Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité | ODMCO commun MIGAC commun | |
| Autres dépenses relatives aux établissements de santé | ODAM public OQN privé | Autres dépenses publiques Autres dépenses privées FMESPP |

Source : Cour des comptes

Ainsi, le second sous-objectif comprend, en plus des deux objectifs spécifiques à chaque secteur (ODAM et OQN), un ensemble de dépenses qui représentent 1,7 % de l'ONDAM hospitalier : il s'agit de deux lignes de dépenses publiques et privées hors objectifs, auxquelles s'ajoute la dotation du FMESPP.

Le maintien des dépenses hors objectifs pose en réalité deux types de problèmes : d'une part, elles échappent aux mécanismes de régulation décrits pour chaque objectif dans le code de la sécurité sociale ; d'autre part, n'étant pas isolées dans les comptes des caisses pour la partie afférente au secteur privé, elles font obstacle à une présentation des dépenses réalisées de l'ONDAM en adéquation avec la nomenclature décrite ci-dessus.

2 – Un contexte rendu difficile par l'introduction de la T2A

La construction de l'ONDAM repose sur la fixation de deux éléments essentiels : le taux de progression en valeur des dépenses d'assurance maladie, qui focalise généralement l'attention car il traduit les intentions politiques des pouvoirs publics, mais aussi la base de dépenses auxquelles ce taux s'applique⁷¹.

Pour 2006 la complexité inhérente à ces travaux de cadrage, reposant sur une démarche essentiellement prévisionnelle, a été nettement

70. Ces dépenses sont intégrées dans les sous-objectifs, mais ne sont pas dans les objectifs fixés par arrêté.

71. En effet, comme on l'a déjà vu, l'objectif de l'exercice N n'est construit ni à partir de l'objectif de n-1, le plus souvent dépassé, ni à partir des dépenses constatées en n-1 qui ne sont pas connues lors du cadrage du PLFSS réalisé en septembre.

aggravée par la généralisation de la T2A qui a perturbé l'exercice de référence qu'était alors 2005⁷².

En premier lieu, la T2A comporte intrinsèquement un risque inflationniste important car elle fait disparaître en partie⁷³ la régulation budgétaire qui s'appliquait antérieurement aux établissements sous dotation globale.

En second lieu, la mise en œuvre de l'ONDAM 2005 n'a pas tenu compte de cette perspective probable de forte croissance des volumes d'activité : une hypothèse irréaliste de +1 % en volume a été finalement retenue pour les prestations relevant du champ de la T2A afin de permettre des hausses tarifaires significatives, et ce, contrairement aux recommandations du conseil de l'hospitalisation qui préconisait une hypothèse de +2 % en volume⁷⁴. Aussi le dépassement de l'ONDAM 2005 a-t-il été prévu très tôt dans le processus de mise en œuvre.

Toutefois, les systèmes d'avances et d'acomptes temporaires mis en place lors du démarrage de la T2A n'ont pas permis de prendre la mesure exacte du dérapage redouté pour l'exercice 2005 : son montant total et sa ventilation entre postes de dépenses ont donné lieu à des estimations successives, comme le montre le tableau simplifié ci-dessous.

72. L'analyse qui suit s'appuie sur divers documents : les annexes au PLFSS, la note officielle de présentation de l'ONDAM 2006 réalisée par la DSS en charge de ces questions, les réponses faites à la Cour par la DSS et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

73. Sur le champ de la T2A (disciplines MCO), la part facturée s'élargit chaque année, conformément à la LFSS pour 2004 : elle est passée de 25 % en 2005 à 35 % en 2006 et à 50 % en 2007 pour atteindre 100 % en 2012. En ce qui concerne les dépenses de psychiatrie et de SSR, elles demeurent financées par dotations ainsi que celles des hôpitaux locaux. Il en est de même des dépenses des établissements de Saint Pierre et Miquelon, de Mayotte, de Fresnes, de l'institut national des invalides, des services de santé des armées.

74. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, p. 37.

Les estimations successives du dépassement 2005 et sa répartition entre les deux secteurs d'établissements

En M€

| | Juillet 2005 | Juin 2006 comptes | Juillet 2006 | Septembre 2006 | Mars 2007 comptes revus |
|------------------------------|--------------|-------------------|--------------|----------------|-------------------------|
| Dépassement total de l'ONDAM | 875 | 669 | 800 | 793 | 765 |
| Etablissements publics | 413 | 371 | 372 | 352 | 242 |
| Etablissements privés | 462 | 298 | 428 | 441 | 523 |

Source : Cour des comptes (d'après les comptes, les avis, recommandations ou propositions du conseil de l'hospitalisation, les notes techniques de la DHOS).

Comme on le voit, ce n'est qu'avec un décalage de plus d'un an que les données sont disponibles, faisant apparaître des écarts importants par rapports aux prévisions pourtant rectifiées.

3 – Une démarche itérative discutable : les bases

Pour 2006, deux cadrages successifs ont été réalisés : la détermination des bases ainsi que la fixation des taux et des montants d'objectifs ont été modifiés entre le vote de la LFSS et la parution des arrêtés d'objectifs du 1^{er} mars 2006. La DSS a considéré que cette modification des montants votés ne justifiait pas de loi rectificative, dans la mesure où le taux global de l'objectif hospitalier était conservé (+3,5 %). Il convient de rappeler cependant que le vote ne porte que sur des montants, les taux s'en déduisant.

Les modifications intervenues après le vote de la LFSS, résumées dans le tableau ci-dessous, ont concerné toutes les composantes des sous-objectifs votés. En plus des habituelles opérations de rebasage, de transfert et de fongibilité⁷⁵, une série de redéploiements a été réalisée entre postes supposés en dépassement ou en sous-consommation.

⁷⁵. Rebasage : prise en compte pour tout ou partie du dépassement de l'année précédente. Transferts : entre l'ONDAM et d'autres sources de financement. Fongibilité : transferts à somme nulle entre enveloppes de l'ONDAM pour prendre en compte les modifications de rattachement de certaines dépenses identifiées.

Bases, objectifs et taux de l'ONDAM hospitalier

En M€

| | Premier cadrage | | | Second cadrage après vote de la LFSS | | |
|--------------------------------|-----------------|----------|------|--------------------------------------|----------|------|
| | base | objectif | taux | base | objectif | taux |
| ONDAM hospitalier | 61 583 | 63 741 | 3,5% | 61 427 | 63 579 | 3,5% |
| 1 ^{er} sous-objectif | 44 364 | 45 841 | 3,3% | 44 351 | 45 780 | 3,2% |
| 2 ^{ème} sous-objectif | 17 219 | 17 900 | 4,0% | 17 077 | 17 799 | 4,2% |

Source : Cour des comptes.

La base fixée avant le vote de la LFSS à 61 583 M€ correspondait à l'objectif 2005 augmenté de 657 M€: 625 M€ de rebasage (pour un dépassement finalement constaté de 764 M€) et 32 M€ d'augmentation nette, due aux divers transferts⁷⁶.

Lors de la seconde phase, intervenue après le vote de la LFSS, la base définitive a été fixée à 61 427 M€, en diminution nette de 156 M€ par rapport à la base initiale.

A cette occasion, divers transferts ont été opérés entre les lignes de l'ONDAM hospitalier et le rebasage lui-même a fait l'objet d'une nouvelle ventilation entre la dotation MIGAC et l'ODMCO public qui s'est avérée inadéquate.

Cette démarche itérative, certes guidée par le souci d'adapter les composantes de l'ONDAM aux prévisions successives des réalisations 2005, apparaît peu pertinente, en raison de la qualité insuffisante des informations dont dispose le ministère pour procéder à des ajustements en temps réel.

4 – Les taux de progression de l'ONDAM hospitalier en valeur

Le seul élément demeuré stable au cours de ces diverses étapes de cadrage est le taux de progression appliqué aux deux bases successives vues ci-dessus : fixé à +3,5 %, il se répartit en +3,4 % pour les dépenses incluses dans les quatre objectifs et +8,3 % pour les dépenses hors objectifs (+34,0 % pour la dotation FMESPP et +0 % pour les dépenses résiduelles non régulées, publiques et privées).

⁷⁶. Deux mouvements significatifs et de sens inverse sont à signaler : le transfert de financement vers les régions des instituts de formation des soins infirmiers (IFSI) et l'inclusion dans l'ONDAM de la dotation FMESPP déjà signalée pour 244 M€. Au total, la base des établissements publics était en diminution nette de 235 M€ et celle du secteur privé en augmentation de 49 M€.

Ce taux de +3,5 % est supérieur au taux mentionné dans le plan de redressement de l'assurance maladie 2005-2007, comme le sont d'ailleurs les taux fixés pour les trois exercices concernés : ont été fixés des taux de +3,6 % en 2005 et de +3,5 % en 2006 et en 2007, alors que le plan prévoyait des taux de +3,5 % en 2005, +2,9 % en 2006 et +2,0 % en 2007⁷⁷.

Par ailleurs, les informations disponibles (notamment l'annexe 9 du PLFSS 2006) donnent une image incertaine de l'équilibre économique qui sous-tend ce taux de progression de 3,5 % et des efforts qu'il exige des assurés et des établissements.

a) Une inflexion surestimée

En effet, le taux de +3,5 % est présenté comme nécessitant une inflexion de 2,1 points par rapport à une progression estimée à +5,6 % en l'absence d'économies. Cette référence qui s'apparente à une croissance tendancielle est pourtant particulièrement atypique :

- d'une part, sur les deux autres exercices concernés par le plan de redressement, le référentiel de croissance sans économies est de +4,1 % en 2005 et +4,2 % en 2007 ;
- d'autre part, ce référentiel est nettement supérieur à la croissance de +4,4 % constatée pour 2005 (réalisations 2005/réalisations 2004 à champ constant).

Cette croissance tendancielle conduit à surestimer les économies nécessaires demandées aux assurés et aux établissements.

b) Des économies incertaines

Les économies⁷⁸ de 1 269 M€ qui correspondent à l'inflexion de 2,1 points sont à la fois hétérogènes et peu précises.

Une partie provient en effet de mesures réglementaires qui ne diminuent pas la capacité de financement des établissements, mais découlent pour 180 M€ d'un transfert de financement sur les assurés (dû à l'augmentation du forfait journalier de 1 € et à la franchise de 18 € sur les actes supérieurs à 91 €) et pour 179 M€ du report de certaines mesures de santé publique.

77. Rapporté à la base de départ qui est celle pour 2005 (58 822 M€), ce différentiel cumulé de croissance de 2,2 points représente un surplus de dépenses de 1 294 M€ sur les trois exercices, toutes choses égales par ailleurs : ce surplus théorique n'intègre pas en effet le rebasage de 625 M€ effectué suite au dépassement de 2005.

78. Enumérées dans l'annexe 9 du PLFSS.

L'autre partie des économies, soit 910 M€ au total, est en revanche plus incertaine : il s'agit des économies de gestion supposées être réalisées par les établissements, pour ne pas creuser le déficit de leurs comptes ni augmenter les recettes autres que celles provenant de l'assurance maladie. Un montant de 560 M€ correspond à la réduction de certaines charges de gestion énumérées⁷⁹, auquel s'ajoute une ligne de 350 M€ (plus du quart des économies totales) mentionnée comme « mesures diverses », sur laquelle l'administration n'a pas été en mesure de fournir d'explications à la Cour.

Les économies mises en œuvre par la DHOS ne sont pas en cohérence avec ce schéma général qui apparaît dès lors bien factice : ne sont pris en compte que 660 M€ (100 M€ résultant du transfert de financement sur les assurés via l'augmentation du forfait journalier et 560 M€ découlant des économies de gestion des établissements énumérées).

La circulaire budgétaire du 24 février 2006 délègue aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) le soin de définir avec les établissements publics les modalités permettant de générer les économies de gestion, mais pour un montant de 288 M€⁸⁰ seulement sur les 560 M€ visés. Chaque ARH s'est donc vu confier la responsabilité de « garantir » les économies sur la seule part d'activité financée par dotation (dotation annuelle complémentaire pour le MCO et dotation annuelle de financement pour les soins de suite et la psychiatrie) ; a contrario, le reste des économies attendues (105 M€ pour le secteur privé et 131 M€ pour la part facturée du secteur public) est laissé à l'appréciation des établissements. Dès lors, les ARH n'ont eu la faculté de moduler le taux d'effort par établissement que sur cette seule partie d'économies.

La distinction ainsi opérée entre les modes d'allocation des recettes provenant de l'assurance maladie (dotation ou remboursement de prestations facturées) semble très artificielle car les établissements doivent générer des gains de productivité pour une activité globale dont les moyens de production sont difficilement fractionnables.

79. Economies produites par une rationalisation des achats (450 M€) et par une meilleure gestion (110 M€ dont 10 M€ dus au renforcement de la chirurgie ambulatoire, 50 M€ à la réorganisation des services et 50 M€ au bon usage des soins).

80. Les 560 M€ d'économies sont répartis en 105 M€ sur le secteur privé, 131 M€ sur la partie facturée des établissements publics, 324 M€ sur la partie financée en dotation dont 288 M€ déléguée aux ARH et 36 M€ hors dotations régionales (APHP, Fresnes, ...).

5 – Les redéploiements entre les composantes de l'ONDAM hospitalier

Déclinés à partir du taux général de progression de 3,5 % (3,43 % pour les dépenses des quatre objectifs), les taux des divers sous-ensembles de l'ONDAM hospitalier ont été différenciés, et ce, de manière fluctuante : ceci résulte des redéploiements effectués entre les bases (cf. supra), mais aussi d'une affectation très modulée des mesures nouvelles.

Les fluctuations des objectifs et des taux

En M€

| | LFSS | | Ventilation correspondant au 2 ^{ème} cadrage | |
|----------------------|----------|-------|---|-------|
| | Montant | Taux | Montant | Taux |
| Sous-objectif | 45 841,1 | 3,3% | 45 779,8 | 3,2% |
| ODMCO | 40 353,6 | 2,2% | 40 161,3 | 2,0% |
| MIGAC | 5 487,6 | 12,3% | 5 618,6 | 12,6% |
| Sous-objectif | 17 900,1 | 4,0% | 17 800,5 | 4,2% |
| ODAM | 15 024,6 | 3,7% | 14 902,5 | 3,9% |
| OQN | 1 789,5 | 3,2% | 1 816,0 | 4,6% |

NB : Ne figurent dans la dernière colonne que les chiffres qui diffèrent de la colonne précédente.

Source : Cour des comptes (informations recueillies auprès de la DSS et de la DHOS)

Parmi les effets des multiples redéploiements réalisés, il convient de mettre en exergue deux mouvements significatifs :

- le renforcement dans le secteur public de la marge de manoeuvre placée sous la responsabilité des ARH qui disposent de 268 M€⁸¹ supplémentaires⁸² ;
- les transferts du secteur public vers le secteur privé : l'ODMCO public a été amputé de 191 M€ pour abonder de 23 M€ l'OQN et de 168 M€ l'ODMCO privé.

81. 98 M€ ont été prélevés de l'ODMCO public pour ce faire.

82. 174 M€ affectés à la partie « aide à la contractualisation » des MIGAC et 94 M€ de marge de manoeuvre dans l'ODAM qui, n'étant pas soumis à la T2A, ne comporte pas de MIGAC.

Ce transfert ultime de 168 M€ vers l'ODMCO privé a été opéré pour uniformiser la variation tarifaire annuelle appliquée in fine aux groupes homogènes de séjours (GHS) des deux secteurs, en l'occurrence une baisse de 1 %.

Cette harmonisation n'est cependant qu'apparente, puisqu'elle engendre en réalité une distorsion importante des taux de progression autorisés entre l'ODMCO public finalement fixé à +1,5 % et l'ODMCO privé porté à +4,0 %. Avant cette ultime opération de redéploiement, l'application des hypothèses de cadrage conduisait à augmenter les tarifs du secteur public de +0,8 % et à baisser ceux du privé de -3,5 %.

Incidence par secteur de l'évolution de l'ODMCO

En M€

| | LFSS | | Ventilation correspondant au 2 ^{ème} cadrage | | Ventilation finalement mise en oeuvre | |
|--------------------|----------|------|---|------|---------------------------------------|------|
| | Montant | Taux | Montant | Taux | Montant | Taux |
| ODMCO total | 40 353,6 | 2,2% | 40 161,3 | 2,0% | | |
| dont ODMCO public* | 31 677,0 | 1,9% | 31 618,4 | 2,0% | 31 450,8 | 1,5% |
| dont ODMCO privé* | 8 676,6 | 3,3% | 8 542,8 | 2,0% | 8 710,5 | 4,0% |

NB : Ne figurent dans la dernière colonne que les chiffres qui diffèrent de la colonne précédente.

Source : Cour des comptes (informations recueillies auprès de la DSS et de la DHOS)

La Cour constate qu'il existe une divergence entre la présentation faite par les pouvoirs publics de la LFSS pour 2006, supposée introduire une pause dans la démarche de convergence tarifaire entre les secteurs public et privé, et la réalité des transferts financiers opérés, similaires dans leur logique à ceux effectués en 2005.

A ces opérations réalisées à destination des cliniques privées s'ajoute un élément supplémentaire qu'il convient de rappeler : les honoraires des praticiens libéraux, afférents aux actes réalisés au cours d'hospitalisations, ne sont pas inclus dans les tarifs des établissements privés et figurent non dans les dépenses des deux objectifs ODMCO et OQN privés, mais en soins de ville. Or, d'après les informations du régime général, le remboursement de ces actes (le tiers des dépenses totales d'honoraires) a connu une croissance supérieure à 5 % en 2006. Les efforts de maîtrise ne s'imposent donc pas de manière identique aux deux secteurs d'établissements.

B – Les réalisations 2006

Malgré les insuffisances du cadre comptable et statistique qui nuisent au suivi des réalisations 2006 par sous-objectif voté et objectif arrêté, le constat est globalement satisfaisant : l'ONDAM hospitalier a été respecté. Ce résultat ne doit pas cependant masquer certains sujets d'inquiétude, en particulier la dérive des dépenses du secteur privé.

1 – Des informations comptables non adaptées à la nomenclature de l'ONDAM

Le plan comptable des caisses et la nomenclature des tableaux de centralisation des données comptables des caisses (TCDC) ne sont pas en adéquation avec celle de l'ONDAM décrites supra : les comptes ne permettent donc pas de retracer les dépenses des sous-objectifs votés, ni celles des objectifs arrêtés, mais autorisent seulement un classement des dépenses constatées par secteur d'établissements, avec une ventilation limitée aux dépenses du seul secteur public⁸³.

Les dépenses constatées en 2005 et 2006

En M€

| | 2005 Comptes de mars 2006 | 2005 Comptes révisés en mars 2007 | 2006 Comptes de mars 2007 |
|---|---------------------------------|---|---------------------------------|
| Etablissements publics | 51 262 | 51 103 | 52 268 |
| a- Etablissements publics (champ arrêtés) | 50 834 | 50 683 | 51 881 |
| dont | | | |
| ODMCO | 31 347 | 31 299 | 31 514 |
| MIGAC | 4 801 | 4 794 | 5 427 |
| ODAM | 14 711 | 14 625 | 14 940 |
| | - 25 | -25 | |
| b- autres frais d'établissements publics | 428 | 420 | 387 |
| Etablissements privés | 10 363 | 10 587 | 10 964 |
| FMESPP | | | 327 |
| Total établissements de santé | 61 625 | 61 990 | 63 560 |

Source : DSS

La raison de cette carence provient de ce que le plan de comptes détaillé des caisses n'isole pour l'instant qu'une seule des trois composantes de la rubrique « autres dépenses » des cliniques privées, à

83. Une modification de la nomenclature des comptes, intervenue en janvier 2007, devrait permettre une ventilation correcte des comptes 2007 qui seront arrêtés en mars 2008.

savoir les dépenses des « conventions internationales »⁸⁴ ; les deux autres composantes -dépenses des unités de soins de longue durée privées et dépenses des établissements étrangers conventionnés avec l'assurance maladie- ne sont appréhendées qu'à partir d'estimations réalisées sur la base des statistiques du régime général, elles-mêmes issues de la liquidation. Prévues pour un montant de 242 M€ dans l'ONDAM hospitalier de 2006, elles avoisineraient 165 M€ selon ces estimations. L'écart d'environ 80 M€ correspond en réalité à des dépenses qui devraient être rattachées aux dépenses des deux objectifs que sont l'ODMCO privé et l'OQN.

L'éclairage complémentaire apporté par les statistiques disponibles ne permet pas de corriger l'absence de suivi comptable des objectifs ODMCO et OQN, en raison du dysfonctionnement des deux systèmes d'information à vocation interrégimes prévus dans le code de la sécurité sociale⁸⁵.

Quant aux informations du seul régime général, issues de la liquidation, elles isolent les dépenses des objectifs et donnent des indications intéressantes, mais elles ne peuvent pas être extrapolées de manière fiable car leur part varie chaque année et s'avère très différente selon les disciplines observées : la part du régime général semble d'ailleurs croître régulièrement puisque le taux de progression de ses dépenses est toujours supérieur à celui des dépenses tous régimes.

2 – Un constat globalement satisfaisant qui doit être nuancé

a) Le respect de l'objectif

Comme on l'a vu précédemment, l'ONDAM hospitalier a été construit avec un taux de progression de +3,50 % appliqué à la base :

84. Il s'agit des soins délivrés aux étrangers non résidents en France, facturés par les établissements privés à l'assurance maladie française qui en est remboursée ultérieurement par les régimes étrangers.

85. Il s'agit d'une part de la base de données issue des caisses centralisatrices des paiements (CCDP), créée en 2000 pour remplacer le SNIR-EP, d'autre part du SNIIRAM, qui s'est substitué au SNIR-EP en 2005, mais ne recueille pas l'exhaustivité des dépenses tous régimes (une partie des dépenses du RSI manque notamment en 2006).

toutefois, par rapport aux dépenses constatées de 2005⁸⁶ et à champ constant, la progression autorisée n'a été en fait que de +3,17 %.

L'objectif a cependant été respecté : arrêtées à 63 560 M€ en mars 2007, les dépenses lui sont inférieures de 20 M€. Selon ces chiffres provisoires⁸⁷, la progression réelle des dépenses hospitalières en 2006 aurait donc été de +3,14 %.

Ce constat contraste favorablement avec celui de 2005, caractérisé par un très fort dépassement de l'objectif (arrêté à 669 M€ en mars 2006 et révisé à 765 M€ en mars 2007) ; il traduit une décélération de plus d'un point du rythme de croissance de 2005 (+4,4 %).

Ce résultat marque également un redressement inespéré de la situation décrite par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2006 qui prévoyait, pour 2006, un dépassement d'environ 300 M€, estimé à 125 M€ après prise en compte des mesures correctives annoncées par le ministre pour la fin de l'exercice : or, ces mesures n'ont été appliquées que très partiellement (45 M€ de baisse tarifaire temporaire dans les cliniques au lieu de 60 M€, gel de 115 M€ dans les établissements publics, finalement distribués en fin d'exercice dont une partie à titre non reconductible).

Le respect de l'équilibre ainsi atteint ne devrait pas se dégrader lors de la révision des réalisations 2006 qui aura lieu en 2008 : d'après les informations du régime général relatives aux liquidations du début de 2007, les provisions constituées pour établir les comptes 2006 semblent plutôt surestimées, contrairement à celles des deux exercices antérieurs.

b) Un sujet principal de préoccupation

Le constat de modération fondé sur la seule observation des réalisations globales de 2006 doit toutefois être modulé, car il recouvre deux situations différentes : les dépenses des établissements anciennement sous dotation globale sont inférieures de 187 M€ à l'objectif (52 268 M€ versés pour 52 456 M€ autorisés), alors que celles

86. Arrêtées à 61 595 M€ en mars 2006 et révisées à 61 690 M€ en mars 2007, elles correspondent à un montant de 61 623 M€ à périmètre 2006, ce qui permet une comparaison homogène. C'est ce que la DSS intitule « la base réactualisée ».

87. Les comptes des caisses comprennent des provisions calculées sur une base statistique, puisque la totalité des dépenses en droits constatés n'est pas connue à la clôture de l'exercice : si les comptes des caisses sont par construction définitifs, les comptes de l'ONDAM sont en revanche révisés l'année suivante pour corriger les erreurs de provisions. Ainsi, pour les établissements de santé, le sous-provisionnement a été de 275 M€ en 2004 et de 96 M€ en 2005.

des cliniques privées dépassent l'objectif de 168 M€ (10 964 M€ versés pour 10 796 M€ autorisés).

Compte tenu des difficultés manifestes engendrées par l'introduction de la T2A en 2005 (dépassement 2005, cadrage 2006 très incertain tant en ce qui concerne les bases que les taux de progression), il paraît sans doute plus pertinent de considérer les évolutions réelles des deux secteurs (réalisation /réalisation à périmètre constant) sur les exercices 2005 et 2006 cumulés :

- en ce qui concerne le secteur public, la progression a été de +4,1 % en 2005 et de +2,9 % en 2006, soit +3,5 % en moyenne annuelle ;
- en ce qui concerne le secteur privé, la progression a été de +6,8 % en 2005 et de +3,7 % en 2006, soit +5,2 % en moyenne annuelle. Cette très forte progression constatée depuis l'introduction de la T2A (+1 062 M€ de dépenses dont 690 M€ de dépassements par rapport aux objectifs) constitue une accélération par rapport aux tendances antérieures et traduit une durable absence de maîtrise de ce secteur : la Cour avait en effet constaté que les dépenses de ces établissements entre 2000 et 2004 avaient augmenté de 2 Md€ dont 1 Md€ de dépassements par rapport aux objectifs⁸⁸.

CONCLUSION

En 2006 comme pour les années précédentes à l'exception de 2005, l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre de la LFSS n'a pas été respecté. Avec un dépassement de 1,2 Md€, l'ONDAM a progressé de +3,1 %, soit un rythme supérieur au taux d'évolution voté (+2,5 %). Cette tendance constitue cependant une décélération par rapport aux évolutions constatées précédemment, même si le rythme d'évolution des dépenses de soins de ville et des cliniques privées continue d'inquiéter.

L'amélioration de la présentation de l'ONDAM et de l'articulation de ses sous-objectifs que la Cour appelle de ses vœux aurait pu permettre de renforcer l'efficacité des mesures de régulation.

88. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2005, pp. 49 et suivantes.

RECOMMANDATIONS

7. *Remédier aux incohérences qui affectent la lisibilité de l'ONDAM (terminologie, articulation entre sous-objectifs et objectifs).*

8. *Mieux expliciter dans les annexes du PLFSS les hypothèses qui fondent les prévisions de croissance de l'ONDAM et s'assurer de la faisabilité des économies prévues.*

9. *Mettre le plan de comptes des caisses et les retraitements des TCDC en adéquation avec la nomenclature détaillée de l'ONDAM, afin de mieux suivre l'évolution des dépenses des cliniques privées.*
