

Chapitre II

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

PRESENTATION

Les dépenses d'assurance maladie sujettes à régulation sont retracées dans un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dont la valeur est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Pour 2007 l'ONDAM était fixé à 144,8 Md€, soit une augmentation de 2,6 % par rapport à une base de référence de 141,1 Md€. Cet objectif a été fortement dépassé en 2007, de plus de 3 Md€. Un tel écart, sensible en cours d'année, a d'ailleurs justifié la mise en œuvre, pour la première fois, de la procédure d'alerte prévue par la loi du 13 août 2004. Cet écart, par son ampleur, a conduit la Cour à en rechercher et en analyser les causes.

Au-delà de la description des faits ayant marqué la mise en œuvre de l'ONDAM 2007, le présent chapitre analyse tout d'abord les modalités de construction de l'ONDAM, puis les réalisations de ses principales composantes (en masse financière) relatives aux soins de ville, aux établissements de santé et au secteur médico-social. Deux éclairages thématiques portant sur les dépenses de soins infirmiers libéraux d'une part, sur l'articulation entre l'ONDAM soins de ville et les négociations conventionnelles d'autre part, complètent cette présentation.

I - Les réalisations de l'ONDAM 2007

A – L'ONDAM de 2007 : vue d'ensemble

1 – La construction de l'ONDAM

L'ONDAM de 2007 a le même périmètre que celui de 2006, à une modification mineure près⁷⁵, les observations formulées par la Cour sur ce point en 2007 n'ayant pas été suivies d'effet⁷⁶. Le montant de chacun de ses sous-objectifs a été fixé en appliquant à la base retenue (les dépenses concernées de 2006 telles qu'elles étaient estimées en septembre 2006 au moment de l'élaboration de la LFSS pour 2007) un taux d'évolution prévisionnel, tenant compte à la fois de l'évolution tendancielle des dépenses et des économies escomptées. Mais ces bases et ces taux ont été déterminés pour 2007 de façon particulièrement irréaliste.

75. Les dépenses des instituts de formation en soins infirmiers ayant été transférées aux collectivités locales, 74 M€ de crédits ont été retirés de la base de l'ONDAM de 2007.

76. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, pp. 64-65.

ONDAM 2007 : bases, taux d'évolution et montants votés*En Md€*

Sous-objectifs	Base	Taux d'évolution	Montants votés
Dépenses de soins de ville	65,9	+ 1,1 %	66,7
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,7	+ 3,7 %	47,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,7	+ 3,0%	18,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,3	+ 8,3 %	4,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6	+ 5,6 %	7,0
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,6	+ 7,6 %	0,7
TOTAL ONDAM	141,1	+ 2,6 %	144,8

*Source : Direction de la sécurité sociale**a) Les bases*

Pour chaque sous-objectif, la base de référence est fixée en fonction des réalisations prévues pour l'année en cours, puisqu'elles ne peuvent pas être encore connues exactement au moment du vote de la LFSS. La détermination de la base 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.

La base retenue pour les soins de ville (65,9 Md€) avait sous-estimé de 0,8 Md€ environ les dépenses réelles correspondantes de 2006 (66,7 Md€, selon le constat finalement effectué par la CCSS en septembre 2007) : ces dépenses réelles de 2006 étaient donc d'emblée égales au sous-objectif fixé pour les soins de ville en 2007 (66,7 Md€). Ce dernier paraissait dès lors impossible à respecter du moins à législation constante.

Au contraire, les bases des sous-objectifs relatifs aux établissements de santé (63,5 Md€) étaient supérieures de 120 M€ aux dépenses réelles de ces établissements (63,4 Md€) ; mais ces prévisions prudentes étaient loin de compenser l'insuffisance de la base des soins de ville.

b) Le taux

Bien que le Parlement ait porté de 2,5 à 2,6 % le taux de progression prévu pour l'ONDAM, ce dernier était largement inférieur à l'évolution tendancielle des dépenses estimée à l'automne 2006 (+4,5 %), car la LFSS tablait sur la réalisation de 3 Md€ d'économies, dont 2,8 Md€ dans le secteur des soins de ville, incluant plus de 2,0 Md€ d'économies sur les médicaments et 460 M€ dans le secteur des établissements de santé.

Le taux d'évolution prévu pour les soins de ville (de 1,1 %)⁷⁷ était en particulier nettement inférieur à ceux des autres sous-objectifs, en raison notamment d'une diminution de 2,5 % attendue des dépenses de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux et produits d'origine humaine).

2 – La mise en œuvre

Les transferts opérés entre sous-objectifs de l'ONDAM après le vote de la LFSS ont représenté des montants limités en 2007⁷⁸. En revanche, les réalisations se sont écartées rapidement des prévisions initiales.

a) La procédure d'alerte et ses résultats

L'année 2007 a vu la première mise en œuvre de la procédure d'alerte instaurée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Dans ce cadre, il revient au comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, lorsqu'il constate un risque de dépassement d'une ampleur supérieure à un seuil réglementaire⁷⁹, de déclencher une procédure conduisant à des propositions de mesures de redressement.

Cette procédure a été déclenchée en mai 2007 à la suite d'une prévision de dépassement de l'ONDAM de l'ordre de 2 Md€, supérieure de 900 M€ au seuil d'alerte. Les propositions d'économies émanant de la CNAMTS, du RSI ainsi que de la CCMSA ont porté sur un montant

77. Le PLFSS proposait pour ce sous-objectif un taux encore plus irréaliste de 0,8 %, que le Parlement a porté à 1,1 %.

78. Ils ont réduit de 3 M€ le sous-objectif des soins de ville et de 79 M€ ceux des établissements de santé au profit des secteurs des établissements médico-sociaux (+81 M€) et des autres modes de prise en charge (+1 M€).

79. Le seuil en vigueur est de 0,75 % de l'ONDAM, soit 1,1 Md€ en 2007.

s'échelonnant, selon les évaluations du comité d'alerte, entre 430 M€ et 800 M€ (pour l'année 2007).

Le montant annoncé des mesures de redressement retenues sur cette base par le Gouvernement en juillet 2007 était de 417 M€ pour 2007. Ces économies consistaient principalement en une plus grande responsabilisation des assurés (modification du plafond de la participation forfaitaire de 1 €, pénalisation des consultations réalisées hors du parcours de soins) et des baisses de tarifs de certains actes ou dispositifs médicaux et de prix pour certains médicaments.

Compte tenu de la date de mise en œuvre des mesures, leur incidence ne pouvait être que très limitée pour l'année 2007 (250 M€), comme l'a par la suite souligné le comité d'alerte le 30 mai 2008⁸⁰.

b) Les modifications introduites fin 2007 par la LFSS pour 2008

La LFSS comporte chaque année des dispositions portant révision de l'ONDAM de l'année en cours.

Préparée à l'automne 2007, la LFSS pour 2008 a ainsi rectifié à la hausse trois sous-objectifs de l'ONDAM de 2007, concernant respectivement les soins de ville (augmentés de 2,8 Md€), les établissements pour personnes âgées et les dépenses relatives aux autres modes de prise en charge. Le total de l'ONDAM a été porté de 144,8 Md€ à 147,7 Md€ (+2,9 Md€).

Cette révision prenait en compte les estimations de la CCSS de septembre 2007 qui prévoyait à l'époque une augmentation des soins de ville en 2007 de 4,1 %.

c) Les réalisations de 2007 constatées en 2008

Le tableau qui suit indique les données les plus récentes –qui ne devraient plus être modifiées qu'à la marge– quant aux réalisations pour 2007.

80. L'effet report de ces mesures d'économies pour 2008 a été estimé, en revanche, à 700 M€.

ONDAM 2007 – Réalisations*En Md€*

Sous-objectifs	Réalisations	Écart par rapport à l'objectif	Taux d'évolution constatés
Dépenses de soins de ville	69,8	3,1	+4,6 %
ONDAM hospitalier ⁸¹	65,5	-0,2	+3,3 %
ONDAM médico-social ⁸² , dont :	11,8		+6,7 %
sous-objectif personnes âgées	4,8	0,0	+9,3 %
sous-objectif personnes handicapées	7,0		+5,0 %
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,8	0,1	+3,6 %
TOTAL ONDAM	147,8	3,0	+4,2 %

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2008

Les dépenses d'assurance maladie relevant du périmètre de l'ONDAM se sont élevées à 147,8 Md€ en 2007, contre 141,8 Md€ en 2006, ce qui correspond à une augmentation de 4,2 % en valeur, contre 3,1 % en 2006. La progression des dépenses du champ de l'ONDAM, qui s'était ralentie chaque année de 2002 à 2006, est donc repartie à la hausse en 2007 et l'objectif fixé pour 2007 a été dépassé de 3 Md€, dérapage beaucoup plus important que ceux constatés depuis 2003.

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

En Md€ courants

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Évolution des dépenses constatées	+7,1 %	+6,4 %	+4,9 %	+4,0 %	+3,1 %	+4,2 %
Dépassement annuel de l'ONDAM	3,9	0,6	0,5	0,2	1,2	3

Source : Direction de la sécurité sociale et INSEE. Le dépassement de l'ONDAM de 2007 est provisoire

3 – L'incidence sur la détermination de l'ONDAM de 2008

Les derniers résultats disponibles permettent également de constater à nouveau que la révision de l'ONDAM de 2007 décidée fin 2007 par la LFSS pour 2008 était insuffisante, particulièrement en ce qui

81. L'ONDAM hospitalier regroupe les sous-objectifs des « dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » et des « autres dépenses relatives aux établissements de santé » ; il recouvre toutes les dépenses de l'assurance maladie au profit des établissements, que ces derniers soient publics ou privés.

82. L'ONDAM médico-social regroupe les sous-objectifs relatifs aux contributions de l'assurance maladie concernant respectivement les personnes âgées et handicapées.

concerne les soins de ville : alors que le dépassement sur le sous-objectif soins de ville était évalué en septembre 2007 à 2,8 Md€, son montant révisé en juin 2008 a été, comme vu plus haut, de l'ordre de 3 Md€. Il s'ensuit un manque en base de 330 M€ qui rendra d'autant plus difficile le respect du sous-objectif des soins de ville fixé pour 2008. Dans son avis du 30 mai 2008, le comité d'alerte a ainsi estimé que ce sous-objectif pourrait être dépassé de 700 M€ à 900 M€ en 2008, conséquence de l'insuffisance de la base et de la non réalisation d'une partie des économies prévues.

B – Les dépenses de soins de ville

Le dépassement de l'ONDAM est dû presque exclusivement à la progression de 4,6 % des dépenses de soins de ville, qui ont atteint 69,8 Md€ pour l'ensemble des régimes, dépassant ainsi de 3,1 Md€ le sous-objectif concerné. Ce dérapage a trois causes :

- la sous-estimation déjà évoquée de la base de référence retenue pour les soins de ville (770 M€) ;
- la non réalisation des économies prévues sur les médicaments, les dépenses de produits de santé ayant augmenté de 5,0 % au lieu de diminuer de 2,5 % (environ 1 250 M€) ;
- au-delà des seuls médicaments, l'accélération de l'ensemble des dépenses de soins de ville (4,6 % contre 2,6 % en 2006 et 1,1 % de taux de progression retenu par la LFSS pour 2007 pour ce sous-objectif).

Évolution prévisionnelle des dépenses de soins de ville du régime général en 2007 (métropole)

En Md€

	Montants en 2007	Évolution par rapport aux dépenses constatées en 2006
Honoraires médicaux	15,1	+ 3,9 %
- dont généralistes	4,9	+ 5,2 %
- dont spécialistes	7,6	+ 3,4%
Honoraires paramédicaux	5,5	+ 8,3%
- dont infirmières	2,8	+ 9,5 %
Indemnités journalières	7,4	+ 3,6%
Transports des malades	2,3	+ 5,2 %
Laboratoires	2,6	+ 1,4 %
Médicaments	17,7	+ 4,6 %
- dont remboursés à 100 %	10,5	+ 6,2 %
Dispositifs médicaux	3,2	+ 11,3 %
Total soins de ville	55,1	+4,9 %

Source : Rapport de la CCSS de juin 2008

1 – Les économies non réalisées sur les médicaments

Le respect du sous-objectif des soins de ville passait par la réalisation de 2 803 M€ d'économies, dont 2 072 M€ sur les produits de santé⁸³ grâce à :

- l'effet report de mesures prises en 2006 (évalué à 575 M€, dont 220 M€ au titre du développement des génériques) ;
- la poursuite du plan médicaments de 2005 pour 1 096 M€ (dont 300 M€ de nouvelles initiatives concernant les génériques, 107 M€ de développement des grands conditionnements, 209 M€ de baisses de prix ciblées de médicaments et dispositifs médicaux) et 420 M€ d'actions de maîtrise médicalisée des dépenses portant notamment sur la réduction de la consommation des statines, antibiotiques, anxiolytiques et hypnotiques ;
- 300 M€ de mesures nouvelles, dont 100 M€ de réduction des prescriptions hospitalières en ville, 50 M€ de prélèvement sur les grossistes et 150 M€ d'économies diverses (notamment par l'établissement d'une liste de médicaments non liés aux affections de longue durée -ALD- et ne devant donc pas bénéficier de la prise en charge à 100 % réservée à ces derniers).

Le total des mesures précitées ne représente que 1 971 M€, 101 M€ d'économies sur les médicaments n'étaient donc pas explicités⁸⁴.

Les résultats de ces dispositifs ont été très inférieurs aux ambitions affichées, les dépenses de médicaments proprement dits ayant augmenté pour le régime général de 4,6 % (et de 6,2 % pour ceux destinés aux ALD, remboursés à 100 %) et celles des dispositifs médicaux de 11,3 %, d'après la CCSS de juin 2008. Seules les dépenses de laboratoires ont été stabilisées (+1,4 %).

Les économies réalisées sur les soins de ville grâce aux mesures initiales n'ont en effet représenté que 752 M€, grâce aux génériques (280 M€), à la maîtrise médicalisée (259 M€), aux baisses de prix ciblées (170 M€), à l'adaptation des conditionnements (23 M€) et à la réduction

83. Ce montant cumule deux postes souvent distingués par la DSS, l'un relatif aux économies attendues du plan médicament, qui relève de l'Etat et consiste essentiellement en des baisses des prix et l'autre portant sur la maîtrise médicalisée, négocié par les partenaires conventionnels et visant à une réduction des volumes de prescription, notamment de produits de santé.

84. La DSS, consciente de cette lacune, la sous-estime néanmoins, tout en précisant qu'une « économie supplémentaire non fléchée à ce stade de 78 M€ est nécessaire au respect de l'objectif ».

de la prise en charge des médicaments non liés à des ALD (20 M€). Au total, l'écart entre les économies attendues et réalisées s'élève pour les seuls produits de santé à 1 250 M€⁸⁵ ; il est significatif du caractère irréaliste des économies annoncées lors de l'adoption de la LFSS pour 2007, qui représentaient plus de 10 % de l'ensemble des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux du régime général.

2 – Le dérapage des autres dépenses

Tous les autres postes de dépenses de soins de ville ont augmenté beaucoup plus que le taux de 1,1 % assigné par la loi à ce sous-objectif, selon les estimations de la CCSS de juin 2008. Les honoraires médicaux ont progressé de 3,9 % contre 2,9 % en 2006 (+3,4 % pour les spécialistes et +5,2 % pour les généralistes), en raison de l'épidémie de grippe du début de l'année, de l'effet report de la revalorisation de consultation accordée le 1^{er} août 2006 et de la nouvelle augmentation décidée le 1^{er} juillet 2007 (portant la consultation à 22 €).

Les honoraires paramédicaux ont, quant à eux, progressé de 8,3 % contre 6,8 % en 2006, dont 9,5 % pour les infirmières (cf. infra). Le transport des malades a augmenté de 5,2 %, rythme inférieur à celui de 2006 (9 %).

Les indemnités journalières sont également reparties à la hausse (+3,6 %), alors que leur progression avait été enrayée depuis 2003. L'augmentation particulièrement forte des indemnités liées aux accidents du travail (+5,8 %) est un effet constaté de l'amélioration de l'emploi.

C – L'ONDAM hospitalier

La LFSS pour 2007 avait fixé l'ONDAM hospitalier à 65,7 Md€, contre 63,7 Md€ en 2006, soit 47,4 Md€ pour le sous-objectif des dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité et 18,2 Md€ pour le sous-objectif des « autres dépenses » de ces établissements. L'ONDAM hospitalier avait été ainsi construit de manière à contenir à +3,5 % la progression des dépenses, soit +3,7 % pour le premier sous-objectif et +3,0 % pour le second.

85. A ces mesures d'économie se sont ajoutées celles du plan mis en œuvre dans le cadre de la procédure d'alerte (cf. supra) dont l'impact en 2007 avait été estimé à 217 M€ en matière de médicaments (nouvelles baisses de tarifs ciblées pour 47 M€, mesures de lutte contre la fraude pour 100 M€ et développement du tiers payant pour les génériques pour 15 M€). Là encore, on constate un écart semblable entre économies prévues et réalisées, le plan d'alerte n'ayant engendré selon la DSS que 77 M€ d'économies sur les produits de santé sur les 217 M€ escomptés.

La CCSS de juin 2008 a estimé que les dépenses de l'assurance maladie au profit des établissements s'établiraient à 65,5 Md€, soit une progression de 3,3 %. L'ONDAM hospitalier resterait ainsi inférieur de 170 M€ à l'objectif assigné pour 2007. Le taux de progression de ces dépenses est toutefois supérieur à celui constaté en 2006 (+2,9 %). Ce résultat provisoire doit être toutefois apprécié avec précaution en raison de la réforme du mode de calcul des versements de l'assurance maladie aux hôpitaux au titre de la T2A d'une part, de la dégradation des comptes des établissements de santé d'autre part.

En effet, l'année 2007 a été marquée par des retards de transmission de données d'activité de la part des hôpitaux⁸⁶.

Dans ce contexte, la détermination du montant de charges à rattacher à l'année 2007 -qui prend la forme de provisions calculées par le ministère de la santé- a été rendue très délicate. En définitive, ces provisions ont été calculées par référence aux montants prévus dans l'ONDAM hospitalier. Ce choix du ministère de la santé revenait à afficher nécessairement un respect de l'ONDAM hospitalier pour sa partie relative au secteur public⁸⁷.

Par ailleurs, comme la Cour l'a déjà relevé, l'accroissement du besoin de financement des hôpitaux traduit de fortes tensions financières dans certains établissements⁸⁸ soulignées par la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

86. Ces retards sont consécutifs à une modification, intervenue en 2007, du mode de calcul des sommes dues par l'assurance maladie : alors qu'initialement, un coefficient forfaitaire était appliqué aux tarifs, les ARH doivent dorénavant, séjour par séjour, neutraliser le reste à charge en prenant en compte de nouvelles données de la part des hôpitaux, en sus des données PMSI. C'est l'association de ces deux catégories de données qui s'est avérée problématique pour les établissements.

87. Ces provisions passées en 2007 ont fait l'objet d'une réserve de la part de la Cour dans le cadre de ses missions de certification des comptes du régime général.

88. Le déficit 2007 est estimé par la DGFIP à 663 M€ pour les comptes de résultats principaux. Il est sensiblement accru par rapport à l'exercice précédent.

1 – La construction de l'ONDAM hospitalier de 2007

Répartition de l'ONDAM hospitalier de 2007

En M€

	Dépenses 2006 retenues en base 2007	Taux d'évolution prévus pour 2007	Objectifs 2007
Sous-objectif des établissements de santé tarifés à l'activité	45 781	3,7 %	47 452
dont ODMCO ⁸⁹	40 179	2,8 %	41 317
dont MIGAC	5 602	9,5 %	6 134
Sous-objectif des autres dépenses des établissements	17 725	3 %	18 251
faisant l'objet d'un arrêté (ODAM + OQN)	16 642	2,8 %	17 109
dont ODAM	14 826	2,5 %	15 199
dont OQN	1 816	5,2 %	1 910
dont autres publics	517	1,5 %	525
dont autres privés	237	1,5 %	241
dont FMESPP	327	15,0 %	376
Total ONDAM hospitalier	63 506	3,5 %	65 703

Source : Direction de la sécurité sociale

La LFSS pour 2007 a fixé le taux de progression de l'ONDAM hospitalier à 3,5 %, comme en 2006, compte tenu d'une évolution tendancielle des dépenses hospitalières estimée à +4,2 % et d'un montant de 460 M€ d'économies à réaliser par les établissements de santé.

Ces deux taux sont supérieurs à celui de la progression réelle des dépenses hospitalières en 2006 (+2,9 %) : cette surestimation de la tendance a facilité le respect de l'objectif, les dépenses du champ de l'ONDAM hospitalier n'ayant augmenté que de 3,3 % en 2007.

Toutefois, les taux de progression prévus pour trois postes de dépense sont supérieurs au taux global. Cet écart illustre également les particularités observées dans la construction de l'ONDAM hospitalier :

- l'ODMCO devrait progresser de 2,8 %, contre 2,5 % pour l'ODAM car une augmentation de 12 % des dépenses de médicaments

89. Objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO), mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM), objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (OQN), fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

remboursés en sus des prestations MCO était prévue, pour le remboursement intégral de certains médicaments dans le cadre du plan cancer, par exemple ;

- l'OQN devait augmenter de 5,2 % à cause des capacités nouvelles créées en matière de soins de suite et de réadaptation ;
- le taux de progression de 9,5 % des MIGAC était justifié par 561,1 M€ de mesures nouvelles incluant 176,3 M€ au titre des plans de santé publique, 114,7 M€ de charges de personnel nouvelles, 99 M€ de charges d'investissement et 159,3 M€ « d'autres mesures », qui semblent constituer un volant de sécurité permettant d'aider les établissements publics de santé en situation de déficit et notamment les CHU. Plus du tiers (33,9 %) des crédits des MIGAC sont d'ailleurs consacrés aux aides à la contractualisation qui permettent aux ARH d'accorder des dotations spécifiques à certains établissements.

2 – La progression des dépenses d'assurance maladie au profit des établissements

a) Les économies réalisées

Le montant de l'ONDAM hospitalier avait été fixé en prévoyant 460 M€ d'économies pour l'assurance maladie dans les établissements : 100 M€ grâce à l'augmentation du forfait journalier, de 15 € en 2006 à 16 € en 2007 ; 80 M€ par l'effet report de la mise en place en 2006 d'un forfait de 18 € pour tout acte ou série d'actes supérieur à 91 € et 280 M€ « par l'amélioration de la gestion hospitalière », en application du plan d'économies de l'assurance maladie.

En juillet 2007, une économie supplémentaire de 100 M€ a été programmée, fondée sur le développement potentiel de la chirurgie ambulatoire, dans le cadre du plan d'alerte consécutif à l'avis du comité d'alerte de mai 2007. Cette mesure ne pouvait pourtant guère avoir de résultats concrets dès 2007.

La DHOS estime en juin 2008 que l'augmentation du forfait journalier a rapporté 71 M€ dans les hôpitaux publics et que le forfait de 18 € a procuré une recette de 88 M€, supérieure à la prévision. Elle ne peut en revanche évaluer les autres économies et notamment pas celles relevant de « l'amélioration de la gestion hospitalière ».

b) Les réalisations par secteur

Le tableau qui suit résume la progression des dépenses entre les deux années 2007 et 2006, à partir des données encore provisoires sur

2007, rapportées aux données équivalentes, à la même période, pour 2006, puis aux données désormais définitives disponibles pour ce même exercice.

Les dépenses constatées en 2006 et 2007

En M€

	2006 Comptes provisoires mars 2007	2006 Comptes définitifs mars 2008	2007 Comptes provisoires mars 2008
Établissements publics	52 268	52 251	53 978
a- Établissements publics	51 881	51 815	53 521
dont			
ODMCO	31 514	31 468	32 120
MIGAC	5 427	5 420	6 193
ODAM	14 940	14 921	15 209
b- autres frais d'établissements publics	387	436	453
Établissements privés	10 964	10 901	11 105
FMESPP	327	327	373
Total établissements de santé	63 560	63 479	65 456

Source : DSS

Le respect de l'ONDAM hospitalier semble résulter avant tout de deux évolutions contraires : pour les cliniques privées, la forte croissance de l'activité observée après le lancement de la réforme de la tarification à l'activité se modère (+1,87 % en 2007 contre +3,5 % en 2006), tandis que dans le cas des hôpitaux publics, la croissance constatée des dépenses de l'assurance maladie s'est accélérée (+3,3 % contre +2,2 % en 2006).

D – L'ONDAM médico-social

L'ONDAM médico-social est l'agrégat retraçant les financements de l'assurance maladie destinés à couvrir les prestations de soins au sein des établissements et services médico-sociaux prenant en charge des personnes handicapées ou des personnes âgées. Il est d'usage de désigner par ce terme l'ensemble que forment aujourd'hui les quatrième et cinquième sous-objectifs de l'ONDAM.

1 – L'évolution de l'ONDAM médico-social

En Md€

	ONDAM MS voté	ONDAM MS réalisé	ONDAM total voté	ONDAM total réalisé	ONDAM MS/ ONDAM voté	ONDAM MS/ ONDAM réalisé
2000	N.D	7,11	N.D	103,01	N.D	6,9%
2001	7,70	7,56	105,70	108,77	7,3%	7,0%
2002	8,29	8,28	112,79	116,72	7,3%	7,1%
2003	9,00	9,00	123,50	124,60	7,3%	7,2%
2004	9,80	9,70	129,70	130,40	7,6%	7,4%
2005	10,90	10,80	134,90	135,10	8,1%	8,0%
2006	11,00	11,00	140,70	141,80	7,8%	7,8%
2007	11,70	11,70	144,80	147,8	8,1%	7,9%

Source : Cour des comptes

Entre 2000 et 2007, les dépenses du champ de l'ONDAM médico-social ont augmenté de 64,6 %, alors que l'ensemble des dépenses sous ONDAM ont augmenté de 43,4 %. Dans ces conditions, l'ONDAM médico-social représente en 2007 près de 8 % des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM contre près de 7 % initialement.

Cette augmentation de la part de la composante médico-sociale dans l'ensemble de l'ONDAM concerne essentiellement le secteur relatif aux personnes âgées et s'est fait sentir à partir de 2004.

Une sous-consommation de l'ONDAM médico-social a cependant été constatée jusqu'en 2005. Si tel n'est plus le cas depuis 2006, c'est en raison du changement de nature de l'ONDAM médico-social intervenu cette année, qui, par effet de la loi, conduit à une exacte coïncidence entre les prévisions et les réalisations. Les écarts à l'objectif se manifestent désormais sous une autre forme.

2 – La nouvelle nature de l'ONDAM médico-social

Depuis 2006 et la mise en place du nouveau circuit financier consécutif à la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'ONDAM médico-social ne retrace plus des prestations à encadrer et réguler, mais uniquement la part de ces dépenses mises à la charge de l'assurance maladie. L'agrégat ainsi soumis au vote du Parlement se définit comme une contribution dont le montant n'est plus susceptible de varier.

La totalité des prestations effectivement versées aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) fait cependant l'objet d'un encadrement sous la forme d'un objectif global de dépenses (OGD), mais qui est extérieur à l'ONDAM et donc distinct de celui-ci.

En complément de l'ONDAM médico-social voté par le Parlement, le financement de ces dépenses est assuré par un apport financier de la CNSA. Tant l'OGD que cet apport financier sont fixés par voie d'arrêté, le Parlement n'étant informé de leur montant prévisionnel que dans le cadre de l'annexe 8 au PLFSS dont la lisibilité est faible.

Dans le cadrage financier ainsi retenu pour 2007, l'OGD a été arrêté à 12,9 Md€, la contribution de l'assurance maladie à 11,8 Md€⁹⁰ et l'apport financier de la CNSA à 1,1 Md€.

Outre sa complexité, le dispositif dorénavant en vigueur réduit donc l'ONDAM médico-social à l'inscription d'une écriture d'ordre⁹¹ dans les comptes des régimes d'assurance maladie pour un montant égal à ce qui a été prévu initialement. Le Parlement est donc appelé à voter sur une contribution au financement d'un montant global de dépenses (l'OGD) qui demeure déterminé par l'administration.

Pour une meilleure information du Parlement, il conviendrait que la répartition du financement de ces dépenses entre l'assurance maladie et la CNSA soit présentée de manière plus lisible dans le cadre de l'annexe 8 au PLFSS.

90. La différence entre l'ONDAM médico-social (11,7 Md€) et le montant auquel s'est référé l'administration (11,8 Md€) s'explique par les opérations de fongibilité pratiquées postérieurement au vote de la LFSS.

91. L'ONDAM médico-social ne donne pas lieu à un paiement de la part des régimes d'assurance maladie en direction de la CNSA. Le seul décaissement qui intervient entre ces organismes consiste en l'apport de la CNSA, égal à la différence entre, d'une part, le remboursement dû par la CNSA aux régimes au titre des versements aux établissements et, d'autre part, l'ONDAM médico-social. Cf. rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2007, page 72.

3 – Les modalités d'élaboration de l'ONDAM médico-social

Les conditions d'élaboration de l'ONDAM médico-social se distinguent de celles qui prévalent pour les autres composantes de l'ONDAM, en ce qu'elles s'insèrent dans un processus plus global conduisant également à la fixation des dépenses autorisées des ESMS ainsi qu'à celle de l'OGD.

La détermination de l'apport financier de la CNSA implique le calcul d'un montant tendanciel, assis sur le montant prévisionnel de recettes de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)⁹². Pour le secteur des personnes âgées, ce montant est égal à 40 % des recettes attendues et pour les personnes handicapées, le taux de référence est de 12,7 %⁹³.

A ce montant tendanciel, un supplément est susceptible d'être apporté, sur décision des pouvoirs publics, par un prélèvement sur les excédents antérieurs de la CNSA.

La détermination tant des dépenses autorisées que de l'OGD implique la détermination d'une base de référence et de mesures nouvelles. Cette base n'est pas construite à partir des prévisions de réalisation⁹⁴, mais à partir des objectifs de l'année antérieure et compte tenu de diverses opérations de rebasage ou de débasage.

Concernant en particulier l'OGD, cette déconnexion entre la base et les réalisations alimente le risque de sous-consommation, dans un contexte de montée en charge des dépenses médico-sociales pour répondre aux besoins des personnes handicapées d'une part, à l'impact de la montée de la dépendance, d'autre part.

92. Pour le secteur des personnes âgées, le taux de 40 % résulte directement des dispositions du code de l'action sociale et des familles et pour les personnes handicapées, le taux résulte d'un vote du conseil de la CNSA dans le cadre d'une fourchette fixée par le CASF.

93. Dans le budget de la CNSA, ces recettes de CSA sont affectées à la section 1, dédiée au financement des établissements et services médico-sociaux.

94. Ni la CNSA, ni les administrations centrales ne connaissent d'ailleurs le montant des dépenses effectives des ESMS, faute de remontée des comptes financiers.

4 – Les réalisations

Si aucun écart n'est plus susceptible d'intervenir par rapport à l'ONDAM médico-social voté, les phénomènes de dépassement ou de sous-consommation demeurent et se mesurent maintenant par la différence entre les prestations payées aux ESMS et l'OGD.

En 2007, l'impact financier des écarts au niveau de l'OGD entre les prévisions (12 920 M€) et les réalisations (12 489 M€), soit une sous consommation globale de 431 M€, se fait dorénavant sentir dans les comptes de la CNSA et non plus dans ceux des régimes d'assurance maladie comme cela était le cas jusqu'en 2006. Le niveau de l'ONDAM médico-social étant désormais figé, cette sous-consommation globale implique une moindre sollicitation de la CNSA que prévu d'un montant identique, ce qui génère des réserves équivalentes dans les comptes de la CNSA.

Prévisions et réalisations pour 2007

En Md€

	Personnes handicapées		Personnes âgées		Total	
	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé
OGD	7,232	7,289	5,688	5,200	12,920	12,489
ONDAM médico-social	6,996	6,996	4,795	4,795	11,791	11,791
Apport financier CNSA	0,236	0,293	0,893	0,405	1,129	0,698

Source : CNSA

En 2007, la sous-consommation globale de 431 M€ correspondait à une sous consommation dans le secteur des personnes âgées de 487,7 M€ et à une surconsommation de 57 M€ dans le secteur des personnes handicapées⁹⁵.

S'agissant du secteur des personnes âgées, la sous-consommation constatée en 2007 (487,7 M€) est en forte augmentation. Elle n'a été que de 289,7 M€ en 2006 et de 142,7 M€ en 2005. Cette sous-consommation croissante tient au fait que l'utilisation de ces moyens n'intervient que lors de l'installation effective des places autorisées dans les ESMS laquelle est susceptible de connaître des retards importants du fait notamment des délais de signature des conventions tripartites.

95. Le résultat réel est proche de l'équilibre, une erreur d'imputation liée à des établissements situés en Belgique ayant majoré les charges.

Ces nouvelles modalités de financement des établissements médico-sociaux pourraient en outre par leur complexité et par l'éclatement induit des responsabilités entre l'assurance maladie et la CNSA, nuire au pilotage de ces dépenses.

SYNTHESE

Le dépassement de l'ONDAM de 2007 (3 Md€) a été beaucoup plus élevé que celui de 2006 (1,2 Md€), en raison du caractère irréaliste des bases retenues pour les soins de ville et de la progression élevée des dépenses de ce sous-objectif (4,6 %), supérieure à la fois au taux voté par le Parlement (2,6 %) et à l'évolution constatée en 2006 (3,1 %). Les économies attendues, en particulier sur les produits de santé, n'ont été réalisées que très partiellement, ce qui amène à s'interroger sur la sincérité des objectifs affichés en la matière par le Gouvernement.

Le respect du sous-objectif relatif aux établissements de santé n'exclut pas les risques de dérapage non retracés dans les réalisations de l'ONDAM de 2007, qu'il s'agisse de l'effet des nouveaux modes de calcul des versements de l'assurance maladie aux hôpitaux ou du creusement des déficits des comptes des établissements hospitaliers.

L'ONDAM médico-social pour sa part porte désormais sur une contribution à un objectif global de dépenses arrêté par le Gouvernement, conduisant à une nécessaire coïncidence entre le montant voté et la réalisation effective. Le suivi de cet agrégat ne suffit donc plus à constater les phénomènes de sous consommation ou de dépassement qui continuent à se manifester dans les faits.

RECOMMANDATIONS

11. Mieux expliciter dans l'annexe 8 au PLFSS le montant prévisionnel et les réalisations de l'OGD, ainsi que la répartition du financement entre l'assurance maladie et la CNSA.

II - Les dépenses de soins infirmiers dans l'ONDAM 2007

PRESENTATION

En 2007, les dépenses constatées de soins infirmiers libéraux, incluses dans le sous-objectif des soins de ville de l'ONDAM, sont de 4 097 M€, en croissance de +8,3 % par rapport à celles de 2006.

Cette forte augmentation, déconnectée de celle des soins de ville pris dans leur ensemble (+4,6 %), s'inscrit dans une phase d'accélération : +5,3 % en 2005, +7,6 % en 2006 et près de +10 % au cours du premier trimestre 2008⁹⁶ malgré l'instauration d'une participation forfaitaire de 50 centimes par acte paramédical dès le 1^{er} janvier 2008.

Cette situation préoccupante a conduit la Cour à analyser l'origine d'une telle progression au cours des trois derniers exercices et à apprécier l'impact potentiel de la nouvelle convention infirmière, applicable depuis le 26 juillet 2007⁹⁷.

A – Les caractéristiques de la croissance depuis 2005

Depuis 2005, la hausse des dépenses de soins infirmiers délivrés en ville est due principalement à deux facteurs qui se sont cumulés en fin de période : d'abord l'augmentation de la quantité d'actes réalisés à laquelle s'est ajouté, à partir du 26 juillet 2007, un effet prix découlant des revalorisations tarifaires accordées par la nouvelle convention.

1 – Des séries hétérogènes

Les dépenses de soins infirmiers libéraux constatées dans l'ONDAM proviennent des données comptables des caisses : il s'agit des dépenses remboursées tous régimes en France entière, exprimées en droits constatés (date de soins). Toutefois, pour analyser les facteurs de croissance de ce poste de dépenses qui n'est d'ailleurs isolé dans l'ONDAM que depuis 2004, il est nécessaire de recourir à d'autres sources d'informations, en particulier le système national interrégimes fourni par la CNAMTS (SNIR) et la série statistique démarrée en 1994 (régime général-CNAMTS) : en raison de leur hétérogénéité, celles-ci présentent des écarts significatifs non seulement en montants, mais aussi en taux d'évolution. Ainsi, selon les sources, le taux de croissance affiché pour 2007 varie de +8,3 % à +9,7 %.

96. L'évolution des dépenses du régime général, en date de remboursement, a été de +9,9 % au cours du premier trimestre (par rapport au premier trimestre de l'année précédente).

97. La nouvelle convention a été conclue le 22 juin 2007 et approuvée par arrêté le 25 juillet 2007.

Caractéristiques des principales sources utilisées*En M€*

	France	Régimes	Date de comptabilisation	Dépenses remboursables ou remboursées	Montants 2007	Croissance 2007/2006
ONDAM	Entière	Tous	Soins	Remboursées	4 097	8,3 % *
RG ONDAM	Entière	RG	Soins	Remboursées	3 177	8,7 % *
Série RG 94	Métro	RG	Soins	Remboursées	2 861	9,7 %
Série RG 94	Métro	RG	Soins	Remboursables	3 112	9,7 %
SNIR	Métro	Tous	Liquidation	Remboursables	3 726	9,0 %
SNIR + DOM	Entière	Tous	Liquidation	Remboursables	3 958	9,3 %

**Source DSS : ces deux chiffres sont calculés par rapport à la base 2006 non corrigée des reprises de provisions*

Source : Cour des comptes

La comparaison de ces séries hétérogènes permet au demeurant de cerner quelques facteurs d'évolution depuis 2005 dont il ne sera plus fait état par la suite :

- le taux de remboursement moyen de l'assurance maladie obligatoire sur la dépense reconnue est demeuré stable (avec un taux très élevé de 91,9 %), après une baisse de 1,2 point intervenue en 2004⁹⁸ ;
- la part du régime général dans le total des dépenses de soins infirmiers s'accroît (de 75,98 % en 2004 à 77,54 % en 2007), ce qui entraîne mécaniquement une croissance pour le régime général supérieure à celle des dépenses tous régimes (+7,93 % au lieu de +7,20 % en taux de croissance annuels moyens (TCAM) sur les trois derniers exercices) ;
- les dépenses des DOM connaissent une croissance beaucoup plus forte que celles de la France métropolitaine (de l'ordre de 35 % contre 23 % sur les trois derniers exercices - source CNAMTS, SNIR sans et avec DOM) ;
- enfin, les dépenses constatées en décaissements (SNIR) présentent des à-coups importants au cours de ces trois exercices qui incitent à raisonner en tendance sur plusieurs exercices⁹⁹.

98. Cette baisse de 1,2 point du taux de prise en charge par l'AMO est intervenue en 2004, avec la modification des modalités d'exonération des actes supérieurs à K50 (actes associés). Une nouvelle baisse de ce taux est également intervenue en 2008 avec l'instauration de la participation forfaitaire de 50 centimes par acte paramédical (non chiffrée pour l'instant).

2 – Une quantité d’actes croissant à plus de 5 % par an

Afin de mieux cerner les éventuelles ruptures de tendance survenues au cours des trois derniers exercices, les TCAM ont été calculés sur trois périodes différentes.

Le rythme et les composantes de la croissance en volume

	2007 (2007/2006)	TCAM 2007/1995	TCAM 2007/2000	TCAM 2007/2004
Quantité globale d’actes réalisés (en milliers)	426 964 (+5,8 %)	+4,1 %	+5,2 %	+5,1 %
dont actes médicaux infirmiers (AMI) ¹⁰⁰	274 152 (+5,8 %)	+6,1%	+7,8 %	+5,7 %
dont actes infirmiers de soins AIS	152 812 (+5,7 %)	+1,5 %	+1,6 %	+4,1 %
Démographie des professionnels	55 646 (+4,4 %)	+1,9 %	+2,0 %	+3,8 %
Quantité d’actes par professionnel (APE*)	8 316 (+2,4 %)	+2,7 %	+4,0 %	+3,4 %

*APE : actifs à part entière, c'est-à-dire professionnels conventionnés actifs au 31 décembre, non installés dans l'année, non à temps partiel et ayant moins de 65 ans ; ils représentent 93,4 % des professionnels et évoluent au même rythme.

Source : Cour des comptes d'après le SNIRAM

Cette comparaison apporte les éclairages suivants :

- c'est à partir de 2000 que le rythme de croissance de la quantité totale d'actes réalisés s'est accéléré, pour se stabiliser autour de +5 % par an, avec une légère décélération depuis 2004 ;
- en revanche, depuis 2004, les causes de cette croissance se sont modifiées de manière importante, la démographie des infirmiers

99. Selon les indications de la CNAMTS, un report important s'est produit de 2005 sur 2006, dû aux perturbations de liquidation que l'introduction de la T2A et de la CCAM aurait engendrées ; le rapprochement des séries en décaissements et en droits constatés suggère davantage un report de 2006 sur 2007.

100. Les actes sont exprimés dans la nomenclature à l'aide de deux lettres-clefs, AIS pour les actes infirmiers de soins (nursing avec gardes et séances de soins infirmiers à domicile dont toilettes) et AMI pour les actes médicaux infirmiers (actes techniques). Ces lettres-clefs sont affectées de coefficients : le coefficient le plus souvent affecté aux actes en AIS est de 3 (soit 30 minutes de temps passé), mais la cotation des actes en AMI est différenciée (avec une moyenne constatée de 1,6, soit 16 minutes en moyenne).

libéraux devenant le facteur prédominant : stabilisé autour de +2 % par an sur longue période, le rythme annuel de croissance du nombre de professionnels a en effet quasiment doublé depuis 2004 (les causes en sont évoquées plus loin) ;

- dans le même temps, la quantité d'actes réalisés par professionnel a néanmoins continué de progresser (+3,4 % depuis 2004) avec une légère décélération en 2006 et 2007 (+2,0 % et +2,4 %) ;
- cette augmentation est en réalité encore plus importante car l'activité, réalisée par les infirmiers libéraux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et incluse dans les honoraires comptabilisés par le SNIR, a été progressivement remplacée par celle d'infirmiers salariés au cours de cette période.

Quant à l'effet de structure (évolution de la lourdeur moyenne des actes réalisés), mesuré par l'évolution du nombre moyen de coefficients par acte, il est légèrement négatif : -0,3 % par an sur la période. En effet, si la cotation moyenne des actes est demeurée parfaitement stable (1,6 en AMI et 3,2 en AIS), la quantité d'actes techniques dont le coefficient est plus bas (AMI) a progressé un peu plus que celle des actes en AIS. L'introduction envisagée pour 2008 de la vaccination antigrippale cotée AMI 2¹⁰¹ (alors que les injections sont cotées AMI 1) devrait jouer en sens inverse.

3 – Un effet prix intervenant en fin de période

Après les revalorisations tarifaires très importantes accordées par la convention de 2002, pour un montant proche de 300 M€¹⁰² en année pleine -soit plus de 10 % des honoraires de l'époque- et étalées sur deux exercices (2002 et 2003), aucune revalorisation des tarifs n'est intervenue jusqu'à la convention de juillet 2007.

Celle-ci comporte des revalorisations sur tous les honoraires (117 M€ sur les AMI, 99 M€ sur les AIS, 120 M€ sur l'indemnité forfaitaire de déplacement et 5 M€ sur la majoration de dimanche) et crée une prestation AMI 2 (9 M€) pour les vaccinations antigrippales : le surcoût de cette dernière disposition devrait être gagé par la diminution des honoraires médicaux. Ces mesures représentent un montant

101. A ce jour, cette tarification proposée par les parties signataires à la convention n'a pas été fixée, les syndicats infirmiers ayant refusé de siéger dans la commission ad hoc.

102. 100 M€ sur les actes en AIS revalorisés pour la première fois depuis leur création en 1992, 60 M€ sur les actes en AMI revalorisés en 1999, enfin 130 M€ sur les frais de déplacement.

supplémentaire d'honoraires versés aux infirmiers de 350 M€ (la demande initiale de la fédération nationale des infirmiers -FNI- exposée en 2006 avait été estimée à plus de 800 M€ par la CNAMTS) et, pour la sécurité sociale, un supplément de dépenses remboursées de 321 M€ en année pleine¹⁰³. En y ajoutant les 2 M€ d'augmentation de l'aide à la télétransmission et de l'indemnisation pour formation, il en résulte une recette supplémentaire totale pour les infirmiers de 352 M€ et à un coût total pour la sécurité sociale de 323 M€.

La convention a programmé l'étalement de ces mesures sur les deux exercices 2007 et 2008, les rendant applicables le 26 juillet 2007 et le 1^{er} août 2008 (voir infra pour le caractère conditionnel de la seconde étape) : en découle un effet prix théorique de 65 M€ en 2007, 159 M€ en 2008 et 97 M€ en 2009 sur les remboursements en nature de la sécurité sociale (c'est-à-dire sans compter l'aide à la télétransmission, l'indemnisation pour formation et la prise en charge des cotisations sociales).

4 – Des conséquences favorables sur le pouvoir d'achat des infirmiers libéraux

Malgré une croissance en volume de leur activité, les infirmiers libéraux avaient connu une baisse de 5 % de leur pouvoir d'achat¹⁰⁴ entre 1995 et 2001, due à la faiblesse des revalorisations tarifaires et à l'augmentation simultanée de leur taux de charges. Depuis 2002, en revanche, leur pouvoir d'achat a augmenté de +34,5 % (soit +5,1 % en moyenne par an sur six ans, de 2002 à 2007¹⁰⁵).

Il s'agit au demeurant d'une progression en dents de scie : +25,9 % sur les deux exercices 2002 et 2003 consécutifs à la signature de la convention de 2002 et +6,8 % de 2004 à 2007. L'étalement des mesures tarifaires fixées par la nouvelle convention de 2007 doit produire un impact important en 2008 et 2009.

103. Les méthodes de valorisation (en particulier la prise en compte des effets volume) n'ont pas été indiquées à la Cour.

104. Le revenu brut est calculé en déflatant les honoraires perçus (source SNIR) du taux de charge (source CNAMTS : de 40 % en 2000, il était de 38,7 % en 2005, dernière année connue ; pour 2006 et 2007, le taux de 40 % a été retenu (pour tenir compte notamment de la hausse des carburants). Le pouvoir d'achat s'obtient en déflatant le revenu brut de l'indice des prix à la consommation.

105. En 2007, les honoraires par professionnel et par an sont en moyenne de 71 125 € et le revenu brut de 42 675 € (calculé comme indiqué en note 9).

Il convient de préciser que, faute d'informations existantes sur le sujet¹⁰⁶, cette analyse ne prend pas en compte les honoraires que les infirmiers libéraux peuvent percevoir en sus et qui leur sont payés directement par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD, voir plus loin).

B – Une capacité de régulation dégradée

Au vu de ces éléments, force est de constater que les principaux problèmes structurels de la profession, relevés par la Cour dans son rapport de 2006 (qui analysait la période 1992-2004), n'ont fait que s'aggraver au cours des trois derniers exercices : absence de maîtrise de la démographie (en quantité globale comme en répartition géographique), absence de maîtrise de l'activité produite (en particulier de la nature des soins délivrés).

1 – Une démographie dérégulée

L'effectif des infirmiers libéraux, qui représente une part mineure des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) : 55 646 sur 483 380 en 2007, soit 11,5 %, augmente fortement depuis 2004, après une période de croissance stabilisée à moins de 2 % par an entre 1995 et 2000, puis une stagnation totale entre 2000 et 2003.

Leur nombre moyen pour 100 000 habitants est passé de 83 en 2004 à 87 en 2006, sans que les fortes disparités locales se soient atténuées (de 1 à 5 par région et de 1 à 7,5 par département en excluant la Corse¹⁰⁷).

Cette augmentation de l'effectif, qui n'a cessé de s'accroître (+2,39 % en 2004, +3,11 % en 2005, +3,77 % en 2005, +4,41 % en 2007), résulte de la conjonction de trois éléments, indépendants des besoins de la population par ailleurs mal définis :

- l'augmentation régulière du nombre total d'IDE¹⁰⁸ dont les flux entrants (nouveaux diplômés) sont supérieurs aux flux sortants. Il

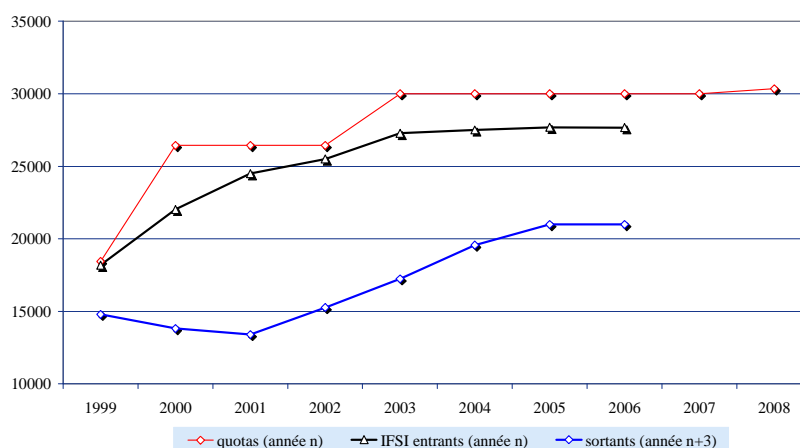
106. L'assurance maladie ne connaît pas ces honoraires, mais uniquement les dotations qu'elle verse aux structures, figurant dans l'objectif médico-social (personnes âgées).

107. Aux extrêmes : 28 dans les Hauts-de-Seine, 260 en Corse. Hors la Corse, les départements où la densité est la plus élevée (entre 202 et 212) sont les Bouches-du-Rhône, les Pyrénées-Orientales, l'Hérault et le Gard.

108. Mesurée par l'écart entre l'effectif de l'année n et de l'année n-1, enregistré dans ADELI.

convient toutefois de préciser à cet égard que le nombre de nouveaux diplômés sortant des institutions de formation des soins infirmiers (IFSI) est toujours nettement inférieur au quota de places ouvertes à l'entrée en IFSI chaque année : ainsi, les quotas de places ont été relevés en 2000 de 18 436 à 26 436, en 2003 à 30 000, enfin en 2008 à 30 342, soit +63 % au total, alors que les nouveaux diplômés -à considérer en année n+3- sont passés de 15 262 à 20 982 entre 2002 et 2006, soit +37 %.

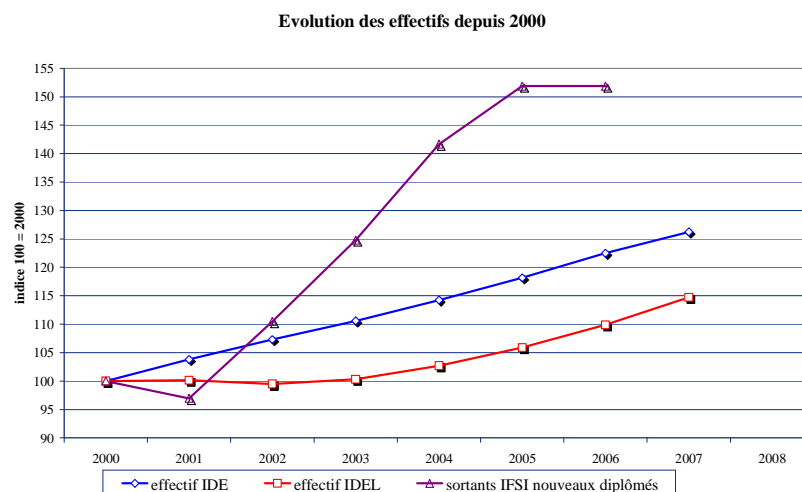
Quotas et flux entrants-sortants des IFSI



Source : Cour des comptes d'après les arrêtés fixant les quotas et l'étude annuelle de la DREES sur la formation des professions de santé

- la situation du marché de l'emploi infirmier, sans doute moins tendue que pendant la mise en place des 35 heures dans les établissements ;
- enfin le raccourcissement à deux ans de la durée d'expérience en structure exigée entre la sortie de l'école et l'installation en ville (conformément à l'avenant n° 6 de la convention de 2002 du 25 juin 2004), qui s'est étalé sur 2005 et 2006 (en commençant par les départements à plus faible densité)¹⁰⁹.

109. Les nouvelles installations d'infirmiers libéraux sont donc décalées de six ans par rapport aux promotions d'entrants en IFSI jusqu'en 2004, de cinq ans depuis 2007.



Source : Cour des comptes d'après l'étude annuelle de la DREES sur la formation des professions de santé, le répertoire ADELI et le SNIR

En conséquence, la part des infirmiers libéraux dans l'effectif total des IDE augmente à partir de 2007, alors qu'elle avait chuté de 2000 à 2004 puis stagné en 2005 et 2006 ; cette tendance haussière semble devoir se poursuivre.

2 – Une évolution récente de l'activité contraire aux objectifs poursuivis depuis plus de 15 ans

Depuis 1992, la CNAMTS s'est efforcée de cantonner l'activité de nursing des infirmiers libéraux, principalement constituée de soins de toilettes, d'abord en l'isolant (création d'une lettre clef AIS particulière), puis en gelant ce tarif jusqu'en 2002, enfin en organisant un dispositif destiné à transférer une partie de ces soins sur les auxiliaires de vie ou les familles, lequel a finalement pris la forme de la démarche de soins infirmiers (DSI) à partir de 2002¹¹⁰.

Deux raisons économiques ont été avancées de manière constante pour expliquer cet objectif : d'une part l'aide à la dépendance ne requiert pas l'intervention d'infirmiers diplômés, intervention qui en renchérit le coût, d'autre part cette activité apparaît comme une variable d'ajustement des revenus des infirmiers libéraux, car elle est principalement réalisée dans les zones de surdensité infirmière.

110. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, pp. 15-28.

Il existe en outre une offre de soins infirmiers largement substituable à celle des professionnels libéraux et spécifiquement organisée pour pourvoir aux soins de nursing à domicile : les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dont l'une des caractéristiques est de recourir à des aides-soignants salariés pour réaliser l'activité de nursing.

Les SSIAD

Ces services comportent en moyenne dix personnes dont 80 % d'aides-soignants, organisées autour d'un infirmier salarié coordonnateur. 85 % de leurs interventions concernent des soins de nursing.

Les SSIAD, financés à 100 % par dotation de l'assurance maladie, peuvent recourir à des infirmiers libéraux qu'ils rémunèrent alors en honoraires.

Créés à partir de 1980, ils sont en progression constante : 91 478 places installées dans 2 000 services environ en 2006 selon la DGAS contre 81 458 places en 2004, pour une dépense de 1,1 Md€ en 2007 (+9,7 % en moyenne par an depuis 2005). Le plan solidarité grand âge de juin 2006 prévoit la création de 6 000 places nouvelles tous les ans à partir de 2006 et de 7 500 à partir de 2010.

Depuis 1999, la répartition entre activité de nursing et actes techniques des infirmiers libéraux a évolué jusqu'en 2005 dans le sens souhaité : alors qu'ils représentaient 48 % du nombre d'actes et 67 % des coefficients (représentatifs du temps passé) en 1999, les actes en AIS ne représentent plus que 36 % des actes et 53 % des coefficients en 2007.

Bien qu'aucune étude disponible ne vienne étayer cette hypothèse¹¹¹, la réforme du financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), progressivement mise en œuvre depuis 1999, a dû contribuer à cette amélioration : en effet, avant la réforme, les soins infirmiers techniques et de nursing réalisés dans les établissements y étaient dispensés par des infirmiers libéraux dont les prestations étaient facturées en honoraires et remboursées aux assurés résidents comme s'il s'agissait de soins de ville¹¹². Avec cette réforme, l'activité infirmière a été incluse dans les forfaits versés par l'assurance maladie aux EHPAD, lesquels ont été incités par ailleurs à

111. Une étude intitulée EHPAD 4 a été lancée par la CNAMTS en 2004 auprès des caisses, mais n'a produit aucun résultat. En 2008, un plan de contrôle par les caisses des possibles doubles paiements a été défini (forfait et remboursement de soins de ville).

112. En 2001, le montant d'honoraires d'actes infirmiers figurant dans les soins de ville mais réalisés en établissements avait été estimé à 445 M€, dont 369 M€ d'actes en AIS.

faire appel à des infirmiers salariés. Ce nouveau mode de financement a donc dû engendrer une diminution des actes facturés en AIS.

Cependant, depuis 2005, la situation s'est nettement dégradée : la croissance annuelle des actes de nursing (AIS) a été en moyenne de +4,1 %, alors qu'elle n'a été que de +0,8 % entre 1995 et 2004. Ce rythme tend à rejoindre celui des actes techniques en AMI, qui ont augmenté de +5,7 % depuis 2005 (contre +6,3 % depuis 1995).

On peut regretter que, dans ce contexte, les conventions de 2002 et de 2007 aient mis fin au gel des tarifs des actes en AIS.

C – Les effets incertains de la nouvelle convention

Les accords conventionnels -convention nationale et protocole relatif à la régulation démographique- signés le 22 juin 2007¹¹³ par les quatre syndicats représentatifs¹¹⁴ ont été perçus comme des textes novateurs, susceptibles d'amorcer une véritable restructuration de la profession, car remettant en cause certains fondements de l'exercice libéral en vigueur. Le protocole, en effet, met fin au principe de conventionnement automatique à l'installation dans les zones identifiées comme surdensées. Par ailleurs, le partage des tâches entre médecins et infirmiers, que le rapport Berland a préconisé de réorganiser dès 2003, a commencé d'être modifié : deux mesures, mentionnées dans la nouvelle convention et introduites dans les LFSS de 2007 et 2008, ont renforcé le rôle propre des infirmiers en leur accordant le droit de prescrire certains dispositifs médicaux¹¹⁵ ainsi que la faculté de réaliser certaines vaccinations antigrippales sans prescription médicale préalable¹¹⁶.

Toutefois, sans sous-estimer la portée de ces dispositions, la convention de 2007 n'est pas de nature, en l'état, à endiguer rapidement la forte croissance des dépenses de soins infirmiers en ville : elle met un terme définitif aux instruments de régulation dont la logique avait été

113. Précédés d'un protocole signé le 17 avril 2007.

114. En 2006, quatre syndicats ont été déclarés représentatifs : la fédération nationale des infirmiers (FNI) -10 % des effectifs- seule signataire des conventions de 1992 et 1997, convergence infirmière -3 %- seule signataire de la convention de 2002, l'organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (ONSIL) -3 %- et le syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL) -4%-.

115. LFSS 2007 article 51, décret n° 2007-551, arrêté du 13 avril 2007.

116. Décrets du 29 août 2008 : les infirmiers sont désormais habilités à pratiquer l'injection du vaccin antigrippal sans prescription d'un médecin, à l'exception de la première injection, pour les personnes âgées et celles souffrant de certaines pathologies lourdes.

posée à partir de 1991, en particulier les seuils d'activité¹¹⁷ et la démarche de soins infirmiers, sans pour autant les remplacer par de nouveaux mécanismes, immédiatement applicables. Son efficacité, à terme, dépendra donc de la bonne fin des travaux et des accords dont elle dessine les pistes, mais dont les fortes implications corporatistes rendent le résultat incertain.

Certes, les négociations prévues par la nouvelle convention donnent l'impression d'aborder des thématiques nouvelles telles que la place de l'infirmier libéral dans le parcours de soins coordonné ou dans l'accompagnement des pathologies chroniques¹¹⁸, mais elles s'inscrivent en réalité dans deux problématiques anciennes, structurellement conflictuelles, auxquelles les conventions précédentes ont apporté des solutions insuffisantes en raison des fortes résistances rencontrées :

- l'étendue des compétences infirmières et de leur rôle propre en matière de soins, de prévention, d'éducation et de coordination (au sein du binôme médecin - infirmier, socle des soins primaires) ;
- la juste fonction de l'infirmier dans la prise en charge des personnes dépendantes (au sein du trinôme infirmier -aide soignant- auxiliaire de vie) que complexifie l'existence de plusieurs offres concurrentes ou complémentaires, financées de manière différente et gérées en tuyaux d'orgue par des acteurs distincts (les partenaires conventionnels, l'Etat et la CNSA depuis 2006).

L'antécédent du plan de soins infirmiers, finalement introduit sous la forme édulcorée de la démarche de soins infirmiers après dix ans de négociations et déjà abandonné, a montré qu'il y avait loin de l'intention à la mise en œuvre. La nécessité d'obtenir désormais une signature de l'ensemble des syndicats¹¹⁹ dont les aspirations demeurent souvent divergentes n'a fait que renforcer la difficulté de l'exercice.

Sans détailler l'ensemble des dispositions conventionnelles, les points suivants méritent d'être précisés :

117 .L'application des seuils d'activité a été suspendue dès 2004 (avenant conventionnel n° 5).

118. LFSS 2007, article 91-II (mise en place de programmes d'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques) ; mise en place par la CNAMTS depuis mars 2008 d'une phase expérimentale du programme « Sophia », destiné aux patients diabétiques de plus de 18 ans, en ALD, fondé sur le principe du volontariat.

119. L'article L. 162-15 du CSS (issu de la loi relative à l'assurance maladie de 2004) prévoit que l'opposition formée par deux syndicats représentant le double des organisations signataires peut faire obstacle à l'entrée en vigueur d'un texte conventionnel.

- au mécanisme des seuils doit se substituer une démarche de maîtrise médicalisée de l'activité infirmière individuelle, inspirée de celle en vigueur auprès des médecins et fondée sur l'élaboration progressive de recommandations et références professionnelles par la HAS : le premier thème d'application retenu est celui de la prescription des dispositifs médicaux évoquée ci-dessus, mais l'avenant qui devait définir avant le 31 décembre 2007 les modalités de « retour » financier à la profession des dépenses évitées n'est pas paru ;
- quant à la démarche de soins infirmiers, dont l'objet était à la fois d'octroyer aux infirmiers un pouvoir d'autoprescription encadré par le médecin et de transférer une partie des soins de nursing sur les auxiliaires de vie (cf. supra), elle est supposée être redéfinie par un groupe de travail (qui préexistait à la convention) : les propositions qui devaient être faites dès le mois de septembre 2007 et au plus tard le 30 juin 2008 ne sont, pour l'instant, pas connues¹²⁰ ;
- enfin, le projet emblématique, qualifié de rationalisation démographique dans la convention infirmière, repose sur un principe introduit dès le protocole du 17 avril 2007, repris dans celui du 22 juin et dans la convention : la régulation doit se fonder sur une définition préalable des besoins en soins infirmiers, appelés à croître avec le vieillissement de la population et s'appliquer à la totalité de l'offre, ce qui inclut les SSIAD et les centres de soins infirmiers (CSI) directement concurrents de l'offre libérale, mais implique également les EHPAD et les hospitalisations à domicile qui délivrent des prestations de nature théoriquement différentes et complémentaires (hébergement pour les premiers, charge en soins plus lourde pour la seconde). Une mission a été confiée en ce sens par le ministre à l'IGAS en avril 2007 dont les résultats, communiqués en février 2008¹²¹ (c'est-à-dire postérieurement à la signature de la convention qui s'y réfère explicitement), débouchent moins sur des solutions immédiates que sur des perspectives de travaux et d'expérimentations à engager.

Constatant en effet que la création de la CNSA n'a pas corrigé la gestion cloisonnée des diverses composantes de l'offre de soins infirmiers, déjà critiquée par la Cour à plusieurs reprises¹²², le rapport de mission de l'IGAS insiste en particulier sur le paradoxe suivant : « On dispose d'un système de régulation de l'offre SSIAD par les services de l'Etat, mais aucun véritable système d'information pour asseoir les décisions. Du côté de l'assurance maladie et du suivi de l'offre libérale, on dispose d'un système

120. Aucune indication n'a été fournie à la Cour.

121. Note RM2008-017P, rendue publique en juin 2008.

122. Voir le rapport public thématique sur les personnes âgées dépendantes de novembre 2005 et le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006.

d'information sophistiqué et performant, mais aucun mécanisme de régulation collective n'est mis en place ».

Ainsi, la comparabilité des services rendus par ces deux types d'offres est en fait impossible, puisque les SSIAD sont principalement appréhendés à travers leurs capacités (nombre de places) et non en fonction du volume et de la nature de leur activité (nombre d'actes en AMI et AIS des infirmiers libéraux).

Les préconisations de l'IGAS concernent donc au premier chef l'amélioration de la connaissance qui suppose une mise en commun des données entre les divers gestionnaires et conditionne toute réorganisation sérieuse, fondée à la fois sur l'analyse quantitative et qualitative des services rendus et la définition des besoins d'une population vieillissante.

Dans le même temps, malgré l'ampleur manifeste du chantier ouvert, les syndicats d'infirmiers ont été incités à négocier rapidement les « modalités de mise en place d'un dispositif expérimental de régulation démographique de la profession » afin que se concrétise le plus rapidement possible un accord jugé politiquement très important : d'une part, la LFSS 2008 (article 46) en a posé la base législative, d'autre part, la deuxième étape de revalorisations prévue pour le 1^{er} août 2008 (article 9-1 de la convention) est conditionnée par « l'engagement de la profession dans les mesures structurantes sur la répartition de l'offre de soins ». Il a été exposé aux syndicats que cette étape ne pourrait donc entrer en vigueur qu'après signature d'un avenant conventionnel comportant des mesures effectives de régulation démographique de la profession.

De leur côté, les syndicats infirmiers ont concrétisé le principe vertueux de rationalisation globale de l'offre en posant immédiatement comme condition essentielle à leur accord qu'aucune place de SSIAD ne soit créée dans les zones surdenses où les nouveaux conventionnements leur seraient refusés : cette revendication que sous-tendait le protocole du 17 avril 2007 répond à la préoccupation constante des infirmiers libéraux de préserver leur activité de nursing¹²³. La ministre leur a donné satisfaction par lettre adressée aux syndicats le 17 juin 2008.

L'avenant prévu a finalement été signé le 4 septembre 2008. Il fixe au 1er avril 2009 le démarrage concret d'un dispositif expérimental de

123. Dès la convention de 1992, cette position s'exprimait à travers cet article, repris dans les textes suivants : « les caisses expriment leur volonté de s'abstenir, pendant la durée de la convention, de toute action tendant au développement des organismes de distribution de soins infirmiers pouvant être considérés par les infirmières comme étant susceptibles de nuire à l'exercice libéral de leur profession dans le cadre du régime conventionnel ».

régulation démographique. La seconde étape de revalorisation (légèrement supérieure à celle prévue initialement) s'appliquera à compter de la même date.

Ce résultat positif se fait cependant au prix d'un risque de limitation des places de SSIAD pourtant susceptibles d'assurer de manière adaptée et à moindre frais la prise en charge des soins de nursing aux personnes âgées.

RECOMMANDATIONS

12. *Etablir par région une estimation prospective des besoins de la population en soins infirmiers techniques d'une part, en soins de nursing d'autre part.*

13. *Redéfinir la contribution optimale des différents intervenants aux soins de nursing (infirmiers, aides-soignants et auxiliaires de vie) et en tirer les conséquences en termes d'évolution des modes d'exercice (libéral et salarié) et d'organisation (en cabinet, en groupe ou en structure).*

III - L'ONDAM et les négociations conventionnelles

PRESENTATION

La Cour a déjà examiné la politique conventionnelle entre les professions de santé et l'assurance maladie et analyse chaque année, dans son rapport sur la sécurité sociale, la mise en œuvre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cependant, elle n'avait plus, depuis 2001, examiné l'articulation de ces deux outils de régulation.

L'ONDAM voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) arrête un montant prévisionnel de dépenses d'assurance maladie soumises à régulation. Les accords conventionnels, négociés entre les caisses d'assurance maladie et les professions de santé exerçant en ville, fixent les tarifs de leurs actes et l'évolution de leurs revenus et portent également depuis quelques années sur l'organisation de l'offre de soins.

La loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 d'une part, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) du 2 août 2005 d'autre part, ont rénové les modalités d'articulation de ces deux mécanismes. Le législateur a entendu, par une fiabilisation de l'ONDAM et une responsabilisation accrue des partenaires conventionnels, renforcer les leviers de la maîtrise annuelle des dépenses d'assurance maladie. L'institution d'un ONDAM pluriannuel devait par

ailleurs permettre un pilotage à moyen terme des dépenses de santé, seul à même de peser durablement sur les déterminants structurels de leur évolution. La présente enquête procède à un premier bilan de ces réformes.

A – La recherche d’une meilleure articulation dans un cadre annuel

1 – Deux logiques différentes

a) L’ONDAM, un objectif annuel de dépenses évaluatives

Jusqu’en 1996 et l’institution des LFSS, la régulation des dépenses de sécurité sociale reposait sur l’adoption ponctuelle de plans de redressement pour faire face aux déficits récurrents de la branche maladie, mais sans parvenir à les résorber durablement. L’ONDAM devait répondre à ces insuffisances, en inscrivant la régulation des dépenses d’assurance maladie dans un cadre annuel.

Cependant, à la différence du budget de l’Etat, l’ONDAM ne constitue pas un plafond limitatif de dépenses, mais un objectif prévisionnel de dépenses, dont l’éventuel dépassement ne remet pas en cause les prestations dues aux assurés. En outre, l’ONDAM est défini comme un agrégat de nature économique, distinct des dépenses des régimes de sécurité sociale qui sont retracées selon des règles comptables.

Cet outil de régulation hybride avait paru pouvoir néanmoins être rendu opposable aux professions de santé par la mise en œuvre de procédures de sanction en cas de dépassement, telles qu’en avait instituées l’ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée ou la LFSS pour 2000, mais celles-ci ont toutes échoué.

Dénué de caractère normatif, l’ONDAM voté chaque année par le Parlement a été systématiquement dépassé, à l’exception de la première année de mise en œuvre (1997) et de l’année 2005¹²⁴.

b) Une négociation pluriannuelle avec les professionnels de santé

Depuis la loi du 3 juillet 1971, les rapports entre les caisses d’assurance maladie et les médecins exerçant en ville reposent sur des conventions nationales conclues pour cinq ans. Cet outil de régulation,

124. En 2005 toutefois et contrairement aux autres années, le dépassement n’a été que très limité.

progressivement étendu à l'ensemble des professions intervenant en ville, entre en vigueur après approbation par arrêté du ministre de la santé.

Il confère des droits étendus aux professionnels de santé adhérents¹²⁵ et permet aux assurés de se faire rembourser totalement ou partiellement les honoraires versés.

Les revalorisations tarifaires, accordées aux professions de santé dans le cadre de ces négociations conventionnelles, constituent ainsi un des facteurs de progression des dépenses d'assurance maladie entrant dans le champ de l'ONDAM. La bonne articulation de ces deux mécanismes de régulation est donc essentielle pour garantir le respect de l'ONDAM voté par le Parlement. Mais, comme la Cour l'a montré, les précédentes tentatives de les intégrer dans une même démarche se sont révélées décevantes.

2 – Une rénovation parallèle des deux outils

Depuis 2004, les deux procédures de fixation de l'ONDAM d'une part, de la négociation conventionnelle d'autre part, ont été réformées sans amélioration de leur articulation.

a) Une volonté de fiabiliser l'ONDAM

Depuis 2004, les conditions d'élaboration et de suivi de l'ONDAM ont été renouvelées, afin de renforcer l'efficacité de cet outil de régulation. Le vote d'un ONDAM plus précis devait en particulier lui conférer une plus grande opposabilité à l'égard des partenaires conventionnels.

Le Parlement s'est en effet vu reconnaître par la LOLFSS le pouvoir de voter des sous-objectifs au sein de l'ONDAM, alors qu'il ne se prononçait auparavant que sur son seul montant global. Ainsi, l'enveloppe de dépenses de soins de ville, jusque là arrêtée par le Gouvernement après la promulgation de la LFSS, est désormais déterminée par un texte de niveau législatif. Cependant, si cette évolution offre davantage de visibilité aux dépenses de soins de ville, elle ne donne pas à ce sous-objectif davantage d'effet contraignant à l'égard des partenaires conventionnels.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (LAM) crée pour sa part un comité chargé d'alerter le Gouvernement et le Parlement en cas de dépassement de l'ONDAM. Elle renforce ainsi le contrôle de la

¹²⁵. Par exemple pour les médecins de secteur I la prise en charge partielle des cotisations maladie au régime général, retraite (avantage supplémentaire vieillesse) et famille par les régimes d'assurance maladie qui jouent le rôle d'employeur.

mise en œuvre de l'ONDAM, en permettant de vérifier que l'évolution des dépenses est conforme à l'objectif voté par le Parlement. Le comité d'alerte est appelé notamment à mesurer l'impact des revalorisations accordées aux professionnels de santé en cours d'année. Il remplit donc un rôle potentiellement dissuasif à l'égard des partenaires conventionnels, puisque tout dépassement de l'ONDAM supérieur à 0,75 % donne lieu à l'adoption de mesures de redressement. De manière plus subtile, il agit préventivement sur le Gouvernement et le Parlement, en les incitant à définir un ONDAM crédible, sous peine du déclenchement d'une procédure d'alerte qui traduirait leur incapacité à maîtriser l'évolution des dépenses.

b) Une recherche accrue d'efficacité dans la conduite des négociations

L'UNCAM, un négociateur unique aux responsabilités élargies

L'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), créée par la LAM pour rassembler la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) et le régime social des indépendants (RSI), est désormais chargée de négocier et signer les accords conventionnels.

L'organisation de la procédure de négociation a été renouvelée : le directeur général de l'UNCAM a, dans le cadre des orientations fixées par son conseil et sur la base d'un mandat défini par le collège des directeurs des trois caisses nationales, la responsabilité pleine et entière des négociations. Précédemment cette responsabilité était assurée principalement par le président du conseil d'administration de la CNAMTS¹²⁶.

Le champ des négociations conventionnelles a également été élargi à l'organisation des soins, afin d'associer les professions de santé aux évolutions de l'assurance maladie et d'offrir à l'UNCAM des marges de négociation en échange de l'octroi de revalorisations tarifaires. La Cour a jugé que cette réforme risquait de subordonner l'organisation du système de soins aux objectifs d'optimisation des revenus des professionnels de santé¹²⁷.

126. En outre, le pouvoir de substitution de l'Etat, jusque là prévu en cas de carence des partenaires conventionnels, est remplacé par l'intervention d'un arbitre, désigné par les partenaires conventionnels ou, à défaut, par le président du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

127. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007.

Une nouvelle stratégie de négociation

Forte de ces nouvelles compétences, l'UNCAM a réorienté la stratégie de négociation avec les professions de santé et le contenu des accords qui les lient. La convention du 12 janvier 2005 avec les syndicats de médecins en a défini les grands principes, étendus progressivement aux autres professions de santé.

L'UNCAM a privilégié jusqu'à présent une négociation permanente avec les professionnels de santé, tandis qu'auparavant les caisses nationales tentaient d'en différer le calendrier afin de minimiser l'impact des accords conventionnels sur les dépenses de santé. Elle en attend une moindre pression sur les demandes de revalorisation, en prévenant les phases de crispation et souhaite enserrer les syndicats représentatifs dans un ensemble d'engagements et de contreparties. Les négociations interviennent désormais à un rythme infra-annuel, l'UNCAM ayant conclu depuis le 1^{er} janvier 2005 une convention et vingt-sept avenants avec les médecins, six conventions et dix huit accords avec les autres professions de santé.

Le morcellement des thèmes de négociation constitue le deuxième principe mis en œuvre par l'UNCAM. Elle entend ainsi éviter une concentration des négociations sur des éléments de rémunération jugés symboliques par les professions de santé et dont la revalorisation aurait un impact massif sur les dépenses (à l'exemple du tarif de consultation des généralistes, dont l'augmentation de 1 € représente environ 300 M€ de dépenses supplémentaires en année pleine). La stratégie de l'UNCAM repose donc sur une segmentation des mesures de revalorisation, notamment dans le cadre de la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) techniques pour les médecins spécialistes¹²⁸ ou par la création de majorations ou de forfaits pour les médecins généralistes.

Pour ces derniers cependant, cette stratégie s'est traduite par un surcoût important, il est vrai dans un contexte de revalorisation du rôle du médecin généraliste, lié notamment à la mise en place du parcours de soins coordonné et de rattrapage des écarts de rémunération qui s'étaient accentués sur la période récente avec les médecins spécialistes.

3 – Une articulation insuffisante des deux mécanismes

L'absence de liens entre les négociations conventionnelles et l'ONDAM entraîne une moindre opposabilité de ce dernier et nuit à sa

128. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, p. 226 et suivantes.

fiabilité. Elle se traduit également par une efficacité amoindrie des négociations conventionnelles du point de vue de la maîtrise des dépenses. L'année 2007 aura révélé l'ensemble de ces dysfonctionnements et conduit à l'adoption de premières mesures correctrices.

a) Un ONDAM fragilisé

L'absence de délégation formelle aux partenaires conventionnels

La fixation par le Gouvernement d'un objectif de dépenses de soins de ville avait constitué jusqu'en 2000 le principal mécanisme d'articulation entre l'ONDAM et les négociations conventionnelles. Cela permettait éventuellement de subordonner l'octroi de revalorisations tarifaires au respect de cet objectif.

Cet objectif de dépenses était défini au sein de l'ONDAM, dans le cadre d'un avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion liant l'Etat aux caisses nationales d'assurance maladie. Il couvrait les dépenses d'honoraires et de prescription des professionnels de santé libéraux, jusqu'à ce que la LFSS pour 2000 crée, au son sein, un sous-objectif dit objectif de dépenses délégué (ODD) aux régimes d'assurance maladie. Cet ODD, qui ne concernait que les dépenses d'honoraires, a été supprimé par la LFSS pour 2003.

Désormais, si le code de la sécurité sociale impose à l'UNCAM de conclure des accords conventionnels « dans le respect des objectifs fixés en LFSS », aucun mécanisme de délégation des dépenses n'est formalisé. Les partenaires conventionnels négocient donc sans cadrage financier préalable. En conséquence de cette absence d'opposabilité de l'ONDAM, le programme de qualité et d'efficacité maladie annexé au PLFSS 2008 fixe un objectif de dépassement de l'ONDAM limité à 0,75 %, au lieu de viser un respect de l'objectif voté par le Parlement. Une telle approche revient à considérer que l'ONDAM est un simple outil de prévision et non un outil opposable de régulation des dépenses d'assurance maladie¹²⁹.

La LAM n'ayant pas formalisé le périmètre des dépenses sujettes à régulation dans le cadre des accords conventionnels, il revient à leurs signataires, comme l'indique la convention nationale du 12 janvier 2005, d'en définir le champ.

129. Le programme de qualité et d'efficacité maladie, qui constitue un dispositif de pilotage à moyen terme des dépenses de sécurité sociale par la performance, inclut plusieurs indicateurs relatifs à l'ONDAM et aux négociations conventionnelles. Voir chapitre III relatif aux programmes de qualité et d'efficacité (PQE).

L'UNCAM a donc privilégié une maîtrise médicalisée des dépenses portant sur les seules prescriptions et ne fait aucune référence à l'ONDAM. En effet, ce dispositif entend mettre fin à toute maîtrise comptable des dépenses de ville, c'est-à-dire à tout encadrement quantitatif des revalorisations accordées aux professionnels ou de leurs prescriptions. Il vise une inflexion structurelle de dépenses de certains produits de santé ou de certaines prestations, en faisant évoluer de façon collective les pratiques de prescription des médecins et cible les produits pour lesquels une surconsommation est constatée par rapport à d'autres pays aux caractéristiques sanitaires équivalentes. Les accords conventionnels déclinent donc sur cette base des thèmes de maîtrise (les antibiotiques, les statines, les arrêts de travail...) fixent des objectifs chiffrés d'inflexion des tendances de consommation et parfois quantifient les économies attendues.

L'absence de sanctions associées au dépassement de l'ONDAM

Aucun dispositif juridique n'a été établi pour donner à l'ONDAM une valeur contraignante sur les négociations conventionnelles à venir.

Entre 1996 et 2004, plusieurs mécanismes avaient été successivement mis en place pour sanctionner un éventuel dépassement de l'objectif soins de ville. D'abord limités aux médecins, ces mécanismes de sanction collective mis en place par l'ordonnance du 24 avril 1996, puis individualisés par la LFSS pour 1999, devaient être étendus à l'ensemble des professions sujettes à accords conventionnels par la LFSS pour 2000, sous la forme de baisses automatiques des tarifs (système dit des « lettres-clefs flottantes »). Cependant, ces dispositifs n'ont jamais fonctionné, suite à des annulations contentieuses dans un premier temps, par manque de volonté politique par la suite.

Confirmant l'inflexion déjà inscrite en LFSS pour 2003, la LAM ne prévoit aucun mécanisme permettant, même a posteriori, d'assurer une opposabilité de l'ONDAM aux négociations conventionnelles. Cette question a été laissée à nouveau à l'appréciation des partenaires conventionnels qui n'ont mis en place qu'un système d'incitation positive par intéressement financier aux économies réalisées. La convention du 12 janvier 2005 prévoit ainsi qu'une partie des dépenses supposées évitées dans le cadre de la maîtrise médicalisée pourrait être utilisée pour valoriser la rémunération des actes. Conformément à la COG 2006-2009, la même logique inspire l'avenant n° 23 à la convention médicale, conclu le 29 mars 2007, qui met en place un dispositif de prévention, décliné sur la base d'indicateurs pour chaque médecin et pouvant donner lieu à une revalorisation sur trois ans des conditions d'exercice de la médecine générale.

Une articulation insuffisante qui nuit à la fiabilité de l'ONDAM

L'absence d'articulation formalisée entre les deux mécanismes affecte les conditions d'élaboration de l'ONDAM. Ce dernier résulte en effet d'opérations successives conduisant, à partir d'une estimation tendancielle de l'évolution des dépenses, à ajouter des provisions pour mesures nouvelles puis à déduire des économies attendues. L'intégration des surcoûts résultant de revalorisations tarifaires intervenues l'année précédente ou qui pourraient résulter des négociations conventionnelles à venir, ainsi que les économies attendues des engagements de maîtrise médicalisée, donnent lieu à des opérations de « bouclage », dont les modalités nuisent à la fiabilité de l'ONDAM.

Des provisions pour revalorisation sous-évaluées

La constitution de provisions pour des revalorisations tarifaires qui pourraient intervenir l'année suivante est un exercice de prévision soumis à un certain nombre d'aléas tenant aux incertitudes inhérentes à toute négociation, à la date de conclusion des accords (plus elle est tardive, plus son coût est limité pour l'année en cours) et au montant des revalorisations finalement accordées.

Mais, sous ces réserves, la Cour a observé une tendance à sous-provisionner les accords conventionnels pour les professions les plus coûteuses en revalorisation. Ainsi, aucune provision n'a été constituée en 2006 pour les médecins qui se verront accorder, selon les évaluations de la CNAMTS, 162 M€ de revalorisations pour la seule année 2006. En LFSS pour 2007, le projet d'ONDAM soumis au Parlement excluait sciemment toute provision pour les médecins, alors que de fortes pressions s'exerçaient sur l'UNCAM pour revaloriser la consultation des généralistes et aussi pour revoir la situation des infirmières, dont la convention nationale arrivait pourtant à échéance en février 2007.

Ce sous-provisionnement tient parfois également au manque d'information du ministère sur la politique conventionnelle menée par l'UNCAM. Ainsi, la nouvelle convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclue le 3 avril 2007, n'avait pu être provisionnée dans l'ONDAM de 2007, la DSS n'ayant pas été informée par l'UNCAM de son intention de conclure un tel accord.

Des objectifs d'économie surévalués

Les économies attendues dans le cadre de l'ONDAM portent essentiellement sur le sous-objectif soins de ville (86 % des 3,3 Md€ d'économies attendues en 2007), dont plus de la moitié résulte de la politique du médicament menée par l'Etat (générication, baisse de prix...). Les économies prévues dans les accords conventionnels font

l'objet d'une prévision dans l'ONDAM, qui a tendance à être surestimée par rapport aux engagements conventionnels des médecins¹³⁰.

Comparaison entre économies attendues dans l'ONDAM et engagements de maîtrise médicalisée des partenaires conventionnels

En M€

	2005	2006	2007
Economies ONDAM	1 200	890	688
Engagements conventionnels portant sur divers postes individualisés	998	791	623

Source : Tableau Cour, d'après données DSS et CNAMTS

Cette surestimation tient pour partie à la volonté de la DSS de peser sur les engagements des partenaires conventionnels, définis postérieurement au vote des ONDAM pour 2005 et 2006. Pour 2007 cependant, les engagements de maîtrise médicalisée des professions médicales étaient connus lors de la construction de l'ONDAM, puisqu'ils avaient été pris dans l'avenant n° 12 du 3 mars 2006. Mais le montant des économies attendues n'y était pas chiffré, contrairement aux engagements pris par la CNAMTS dans le cadre de sa COG 2006-2009.

La DSS n'en a pas moins inclus dans l'ONDAM 80 M€ d'économies de maîtrise médicalisée non identifiées afin d'afficher un taux d'évolution volontariste.

Au final, les conditions de prise en compte des surcoûts d'une part, des économies d'autre part, qui pourraient résulter de futurs accords conventionnels affectent la sincérité de l'ONDAM.

b) Des résultats incertains pour la maîtrise des dépenses

Une information insuffisante du Gouvernement et du Parlement

Les modalités de suivi des accords conventionnels ou d'information du Parlement ou du Gouvernement ne font l'objet d'aucune obligation précise. La LFSS pour 2003 délègue ainsi aux partenaires conventionnels l'appréciation de la cohérence des engagements qu'ils signent¹³¹, mettant fin à la procédure stricte de suivi instaurée par la LFSS pour 2000, que la Cour avait d'ailleurs jugée inapplicable. Elle obligeait en effet les caisses nationales à transmettre au Parlement et au Gouvernement plusieurs rapports d'équilibre en cours d'année destinés à

130. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, p. 73 et suivantes.

131. Article L. 162-14-1 du CSS.

démontrer que les revalorisations accordées s'inscrivaient dans le cadrage financier découlant de l'ONDAM.

Les partenaires conventionnels ont choisi de charger des instances paritaires constituées aux niveaux national, régional et local, de la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée et du suivi de ses résultats. Dans le cadre de la convention médicale du 12 janvier 2005, une commission nationale réunit les caisses nationales d'assurance maladie, le conseil national de l'ordre des médecins et les syndicats représentatifs et pilote l'ensemble du dispositif de maîtrise médicalisée. Elle est en particulier chargée du suivi des résultats de chaque région et de proposer toute mesure de nature à permettre le respect des objectifs d'économies. Cette commission, qui ne s'est réunie qu'une seule fois par an en 2006 et en 2007, apparaît néanmoins davantage comme un organe de dialogue entre gestionnaires de l'assurance maladie et syndicats de médecin que comme une instance de pilotage de la maîtrise médicalisée. En particulier, les mesures prises en 2007 par la CPN n'apparaissent pas de nature à répondre au fort dynamisme des dépenses d'assurance maladie, puisqu'elles n'envisageaient que l'envoi d'un courrier aux commissions paritaires locales pour les inciter à « définir des plans d'action, notamment en termes d'information des praticiens sur les objectifs à poursuivre et sur leur pratique ».

L'information du Gouvernement repose sur la transmission par l'UNCAM des accords conclus pour approbation¹³², accompagnés le plus souvent d'éléments d'explication. Cependant, le coût de plusieurs accords conclus en 2006 et en 2007 avec les syndicats de médecins n'a pas été chiffré et le ministère peine à vérifier les données financières relatives à la CCAM technique, les chiffrages transmis n'étant pas jugés assez détaillés.

L'information du Parlement sur les négociations conventionnelles repose depuis la LAM, à titre principal, sur le rapport que l'UNCAM est chargée de lui transmettre (ainsi qu'au Gouvernement) avant le 15 juin, dans lequel elle formule des propositions pour assurer le respect de l'ONDAM pluriannuel¹³³ (cf. infra). Chacune des caisses nationales a jusqu'ici élaboré un rapport distinct, transmis sous couvert de l'UNCAM. La CNAMTS, dans le cadre de son rapport annuel, y présente de sa propre initiative un bilan de la politique conventionnelle menée par l'UNCAM. Mais les informations y demeurent lacunaires, puisqu'elles portent à titre essentiel sur les médecins et présentent un bilan déséquilibré de ces accords, en valorisant surtout les économies qui

132. Article L. 162-15 du CSS.

133. Article L. 111-11 du CSS.

résulteraient de la maîtrise médicalisée et en évoquant de manière plus laconique ou en occultant parfois les surcoûts qu'ils génèrent. L'obligation d'information pesant sur l'UNCAM apparaît donc insuffisante pour permettre au Parlement d'apprécier la manière dont elle a mis en œuvre l'ONDAM.

Des évaluations optimistes

Le bilan réalisé par les partenaires conventionnels a eu tendance à surestimer les économies générées par la maîtrise médicalisée en 2005 comme en 2006. Des évaluations concurrentes réalisées par le ministère de la santé, il ressort que cette surestimation des résultats provient de deux facteurs.

Le premier tient aux modalités de calcul des économies. Celles-ci constituent en réalité de moindres dépenses, puisqu'elles résultent de l'infléchissement de la croissance tendancielle des remboursements pour un produit de santé ou une prestation donnée. Dès lors, la définition des hypothèses de croissance tendancielle sous-jacentes aux engagements de maîtrise médicalisée est essentielle pour déterminer l'ampleur de l'effort de maîtrise. Les évaluations de la DSS pour 2005 montrent des écarts sensibles avec celles de la CNAMTS sur les produits de santé, qui viennent minorer fortement les économies générées.

Evaluation des économies de maîtrise médicalisée pour 2005 sur les produits de santé

EN M€

	Tendances sous jacente		Objectifs d'inflexion de la tendance	Taux d'évolution réalisés		Objectifs conventionnels d'économie	Montants d'économie réalisés	
	CNAMTS	DSS		CNAMTS	DSS		CNAMTS	DSS
Antibiotiques	0 %	-0,2 %	-10 %	-3,8 %	4,3 %	91	35	6
Statines	11 %	13 %	-12,5 %	1,9 %	4,6 %	161	122	9
Psychotropes	0 %	-4 %	-10 %	-3,3 %	-2,7 %	33	11	2
TOTAL							168	17

Note de lecture : les montants des économies réalisées sur le poste statines divergent fortement entre la CNAMTS et la DSS, cette dernière retenant une évolution tendancielle supérieure et une moindre inflexion des dépenses.

Source : Tableau Cour, d'après données CNAMTS et DSS

Le second facteur d'écart tient aux modalités de comptabilisation des économies. La CNAMTS comptabilise les économies en valeur et prend donc en compte pour les médicaments les effets de baisse de prix et de générique qui ne relèvent pas des négociations conventionnelles. La DSS les isole, jugeant que l'UNCAM ne peut agir que sur les seuls volumes.

En 2006, pour un objectif d'économies attendues de 791 M€, ces différences méthodologiques conduisent la DSS à évaluer les résultats de la maîtrise médicalisée à 461 M€, contre 581 M€ pour la CNAMTS³⁴. Aucune évaluation des résultats de la maîtrise médicalisée n'a été réalisée par la DSS pour 2007.

Un impact limité sur la maîtrise des dépenses

Des revalorisations coûteuses

Si l'UNCAM est parvenue depuis 2005 à relancer la vie conventionnelle, en concluant de nouvelles conventions nationales avec les principales professions de santé (médecins en 2005, chirurgiens-dentistes en 2006, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, sages femmes et pédicures podologues en 2007), cette politique aura été coûteuse en revalorisations tarifaires. Selon les évaluations de la DSS¹³⁵, l'impact cumulé des revalorisations entre 2005 et juillet 2007 pour l'ensemble des professions de santé intervenant en ville s'élèverait à 2,2 Md€ (en année pleine). Ces évaluations n'intègrent cependant pas les mesures d'économie sur les tarifs décidées dans le cadre des accords conventionnels, évaluées par la DSS à environ 230 M€ en 2006³⁶ et à 150 M€³⁷ en 2007 (en année pleine).

134. L'évaluation de la DSS porte sur un objectif global de dépenses de 766 M€ (voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, pp. 73-74).

135. Ces chiffres résultent pour chaque année d'une évaluation ex ante de l'effet en année pleine des mesures de revalorisation, sur la base des dépenses constatées. Leur cumul sur moyenne période ne peut donner qu'un ordre de grandeur.

136. Pour l'essentiel tenant à la baisse de tarifs de certains actes d'analyse de biologie médicale (95 M€) et à la moindre prise en charge des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes (140 M€).

137. Economies résultant des mesures de redressement ayant suivi le déclenchement de la procédure d'alerte le 29 mai 2007, consistant pour l'essentiel en une baisse de tarifs de certains actes de biologie et de radiologie.

Revalorisations accordées entre 2003 et juillet 2007

En M€

Professions	Impact en année pleine					Impact total depuis 2003
	Mesures 2003	Mesures 2004	Mesures 2005	Mesures 2006	Mesures à juillet 2007*	
Omnipraticiens	73	1	370	292	273	1 009
Spécialistes	121,3	62,6	308	117	143,5 ¹³⁸	752,4
Biologistes	0	0	0	0	2,5	2,5
Chirurgiens-dentistes	66,3	0	0	311,6 ¹³⁸	0	377,9
Sages-femmes	37,9	2	0	0	0	39,9
Infirmières	118,8	2,7	0	0	155	276,5
Masseurs	21,3	33,1	0	40	87	181,4
Orthophonistes	2,7	0	0	10	0	12,7
Transports sanitaires	40	10	63	33	0	146
Montant total des revalorisations	481,3	111,4	741	803,6	659	2 796,3

*Impact en année pleine des accords conclus entre janvier et juillet 2007.

Source : DSS

La période 2005-2007 est caractérisée par un montant brut annuel moyen de revalorisations tarifaires (735 M€) supérieur à celui constaté sur la période précédente, même si l'année 2002 avait connu un fort pic selon d'autres évaluations réalisées par la CNAMTS (1 317 M€, compte non tenu des chirurgiens-dentistes, des orthophonistes, sages-femmes et transports sanitaires). Les revalorisations accordées entre janvier 2005 et juillet 2007 représentent une part importante des montants d'honoraires perçus en 2006 : 12 % pour les médecins (généralistes et spécialistes) et 5,3 % pour les infirmières.

Des objectifs et des résultats de maîtrise médicalisée en recul

Au regard des évaluations de la CNAMTS, les objectifs et les résultats de la maîtrise médicalisée tendent à diminuer sur la période 2005-2007 pour les médecins.

Ainsi, le montant total d'économies attendues passe de 998 M€ en 2005 à 623 M€ en 2007, soit une baisse de 38% en trois ans. Les résultats de la maîtrise médicalisée connaissent une diminution encore plus marquée (50 %), de 721 M€ en 2005 à 397 M€ en 2007. La CNAMTS

138. La CNAMTS présente des chiffres proches à l'exception des revalorisations accordées aux chirurgiens dentistes en 2006 estimées à 206 M€ et aux spécialistes en 2007 (100 M€), pour lesquelles sont déduites des mesures d'économies (moindre prise en charge des cotisations sociales pour les chirurgiens dentistes, baisses de tarifs pour certaines spécialités).

souligne néanmoins que la maîtrise médicalisée, désormais étendue aux pharmaciens et aux établissements de santé, permettrait en 2007 d'afficher des résultats de 607 M€.

Cette diminution tendancielle des ambitions et des résultats de la maîtrise médicalisée dans le cadre de la convention médicale illustre la difficulté de maintenir des efforts d'économie à moyen terme, à l'image de la difficulté à peser durablement sur la consommation de soins. Et ce d'autant plus que certaines des économies supposées reproductibles peuvent ne pas être durables, au contraire des revalorisations qui restent quant à elles presque toujours acquises.

Au final, l'information sur les revalorisations accordées aux professionnels de santé est très lacunaire, tandis que l'évaluation des économies de maîtrise médicalisée est systématiquement surestimée. En outre, aucun bilan coûts avantages des accords conventionnels conclus depuis 2005 n'a été réalisé tant par l'UNCAM que par le ministère de la santé. Les modalités de pilotage et de contrôle de la politique conventionnelle n'apparaissent donc pas à la mesure des enjeux financiers. Dès lors que la convention médicale prévoit un système d'intéressement aux économies réalisées, il est nécessaire de conditionner les revalorisations accordées aux résultats effectivement obtenus.

c) Une défiance croissante des acteurs de la régulation

Un sous-objectif soins de ville irréaliste au regard des mesures d'économie décidées

A la suite de l'adoption de la réforme de l'assurance maladie en 2004, une inflexion sensible de la progression des dépenses de soins de ville a été observée, mais sur une courte période. Ainsi, alors qu'en 2004, cette progression s'élevait à +4,4%, les dépenses auront décéléré en 2005 (+3,1 %) et 2006 (+2,6 %¹³⁹).

Cette relative modération aurait pu permettre un respect durable du sous-objectif soins de ville. Or, si en 2005 les dépenses de soins de ville ont été inférieures de 430 M€ au sous-objectif voté dans la LFSS, les exercices suivants ont été marqués par des dépassements croissants. En 2006, le sous-objectif soins de ville avait été, il est vrai, fixé de manière irréaliste au regard des mesures d'économie annoncées (+0,9 % par rapport à la base de 2005), conduisant à concentrer l'essentiel du

139. En valeur. Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2007.

dépassement de l'ONDAM (+1,1 Md€ par rapport à l'objectif voté) sur ce sous-objectif¹⁴⁰.

Pour 2007 et alors même que les dépenses de soins de ville s'accéléraient au cours du deuxième semestre de 2006, le Gouvernement a proposé au Parlement le vote d'un ONDAM soins de ville en progression de 0,8 %. Estimant que cette progression ne permettait aucune revalorisation des honoraires, le Parlement a, pour la première fois, voté un sous-objectif soins de ville supérieur à celui proposé par le Gouvernement, en portant son évolution à 1,1 %. Cependant, ce sous-objectif devrait être largement dépassé. La CCSS a ainsi estimé, dans sa note d'avril 2008, que le taux de progression de ce sous-objectif pour le régime général devrait s'établir à 4,6 %, entraînant un dépassement de 3,1 Md€ du montant du sous-objectif voté.

Pour que l'ONDAM constitue un outil crédible d'encadrement des négociations conventionnelles, le sous-objectif soins de ville doit être fixé à un niveau réaliste au regard des économies prévues en LFSS. En effet, l'UNCAM pouvait difficilement invoquer les limites fixées par un sous-objectif dont les partenaires conventionnels connaissaient, dès le vote de la LFSS pour 2007, le caractère délibérément sous-évalué. Le rôle préventif du comité d'alerte sur la fixation du taux de progression de l'ONDAM, qui semblait avoir fonctionné les deux premières années, n'a pu ainsi pleinement jouer son rôle en 2007 dans un contexte d'accélération des dépenses de soins de ville et en raison de la volonté du Gouvernement d'afficher une réduction du déficit de l'assurance maladie en 2007.

Une intervention croissante du Parlement et du Gouvernement

Les interventions du Gouvernement et du législateur dans le champ des négociations conventionnelles se sont multipliées à partir du vote de la LFSS pour 2007. Ils ont adressé des messages contradictoires à l'UNCAM et aux professions de santé, en les encourageant à octroyer des revalorisations, tout en renforçant dans le même temps l'encadrement de leurs marges de manoeuvre.

A l'initiative du Gouvernement, le Parlement a inclus dans la LFSS pour 2007 un amendement enjoignant les partenaires conventionnels d'aboutir avant le 3 janvier 2007 à un accord sur la création d'un nouvel espace tarifaire ouvert à certaines spécialités exercées en secteur 1, dit « secteur optionnel », qui leur aurait permis de facturer des dépassements à l'assurance maladie. A défaut, il prévoyait de

140. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, pp. 63-67.

conférer à l'Etat un pouvoir de substitution pour une période limitée. Cet amendement, déclaré contraire à la Constitution par le Conseil constitutionnel¹⁴¹, a été repris dans une loi du 30 janvier 2007.

Le ministre de la santé a également fait publiquement pression sur l'UNCAM au printemps 2007 afin qu'elle accorde une revalorisation de la consultation des généralistes à 23 €. Fin 2007 ensuite, la ministre de la santé, dans un contexte de manifestations contre le projet d'une réglementation du lieu d'installation des nouveaux médecins inscrit dans le PLFSS pour 2008, a annoncé qu'elle préparerait « le cadrage de la négociation que l'UNCAM conduira au premier semestre 2008 », alors que le code de la sécurité sociale dispose que le conseil de l'UNCAM fixe les orientations relatives à la négociation des accords conventionnels.

La ministre est à nouveau intervenue dès le mois de décembre 2007 en annonçant l'extension du dispositif de la permanence des soins, qui vise à rémunérer les médecins de garde ou d'astreinte en soirée, la nuit, les dimanche et jours fériés, aux lundi 24 et 31 décembre¹⁴². L'avenant n°27 à la convention médicale, conclu le 19 décembre et prévoyant un tel dispositif a été approuvé en conséquence par un arrêté du 21 décembre. Or, si l'Etat a un rôle à jouer en matière de permanence des soins, notamment par l'action des préfets pour la définition des secteurs géographiques d'astreinte, le code de la sécurité sociale confie néanmoins aux partenaires conventionnels la détermination des modes de rémunération de la permanence des soins¹⁴³.

Au final, la mise en œuvre de la LAM aura montré toute la difficulté de stabiliser durablement un dispositif de régulation des soins de ville, le nouvel équilibre prévoyant de responsabiliser l'UNCAM et les professions de santé dans la réforme de l'assurance maladie ayant été rapidement et fréquemment remis en cause.

Une volonté de mieux encadrer la politique conventionnelle

Plusieurs dispositions de la LFSS pour 2008 visent à pallier certaines des insuffisances constatées dans le pilotage de la politique conventionnelle.

La LFSS pour 2008 a entendu tout d'abord renforcer l'individualisation des objectifs de maîtrise médicalisée. Elle institue la

141. Au motif que les amendements du Gouvernement introduisant des mesures nouvelles dans une LFSS doivent en premier lieu être soumis à l'Assemblée nationale (DC 2006-544 du 14 décembre 2006).

15. Pour un coût estimé à 750 000 € (à raison de 150 € par médecin participant).

143. Article L. 162-5-16° du CSS.

possibilité d'un contrat, reposant sur des engagements de maîtrise médicalisée liant le praticien volontaire à sa caisse primaire d'assurance maladie et prévoit une rémunération complémentaire à ce titre. Par cette disposition, l'Etat a souhaité renforcer les contraintes pesant sur les professionnels de santé, l'usage des contrats individuels préexistants ayant été jugé trop marginal. Cependant, la mise en œuvre de ce nouveau dispositif pourrait s'avérer difficile, l'individualisation des accords conventionnels étant mal acceptée par les représentants des professionnels de santé.

Afin de remédier aux surestimations constatées, la LFSS 2008 fait ensuite obligation à la CNAMTS de distinguer dans ses évaluations l'effet prix de l'effet volume¹⁴⁴, en prévoyant que « les engagements conventionnels sur les dépenses liées aux prescriptions sont exprimés en volume, indépendamment de toute évolution tarifaire ».

La même loi vise également à conférer davantage d'opposabilité à l'ONDAM à l'égard des partenaires conventionnels. Le déclenchement de la procédure d'alerte le 29 mai 2007 n'avait en effet pas empêché l'UNCAM de conclure avec les syndicats d'infirmiers une nouvelle convention nationale le 22 juin, pour un coût estimé à 68 M€ pour 2007 (155 M€ en année pleine). Or, dans le même temps, les caisses nationales étaient invitées à proposer des mesures de redressement au Gouvernement, afin de permettre le respect de l'ONDAM voté. Pour remédier à cette contradiction, la LFSS pour 2008 a créé un mécanisme de suspension de l'entrée en vigueur des accords conventionnels, en cas de risque sérieux de dépassement de l'ONDAM constaté par le comité d'alerte.

La LFSS prévoit enfin une suspension automatique de l'entrée en vigueur des revalorisations, pour une durée de six mois après leur approbation par arrêté, afin de minimiser leur impact sur l'ONDAM en cours de mise en œuvre. Mais à court terme, cette disposition aura eu l'effet inverse de celui escompté, puisque les partenaires conventionnels ont accéléré leurs négociations afin d'y échapper, en obtenant ainsi une approbation de leurs accords avant le 1^{er} janvier 2008, date d'entrée en vigueur de la mesure. Sept accords ont en conséquence été conclus entre mi octobre et mi décembre, dont deux conventions nationales (sages-femmes et pédicures podologues). La ministre de la santé a approuvé par arrêté six de ces accords avant la fin 2007, alors que la procédure d'approbation tacite aurait permis une entrée en vigueur en 2008 et donc le report de six mois des revalorisations.

144. Ainsi que l'avait demandé la Cour (voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007).

B – L’esquisse d’une articulation pluriannuelle

1 – Un nouveau cadre pluriannuel

A l’absence d’articulation entre l’ONDAM voté chaque année par le Parlement et les négociations conventionnelles devait répondre un encadrement à moyen terme des dépenses d’assurance maladie, reposant sur un ONDAM pluriannuel et sur un étalement des revalorisations tarifaires.

a) La création d’un ONDAM pluriannuel

La régulation annuelle des dépenses d’assurance maladie dans le cadre de l’ONDAM a été complétée à partir de 2004 par la recherche d’un cadrage à moyen terme des dépenses. La réforme de l’assurance maladie prévoyait ainsi un retour à l’équilibre de la branche à horizon 2007.

Le vote de la LOLFSS a confirmé cette évolution, avec notamment la création d’un cadrage pluriannuel des finances sociales annexé à la LFSS, décrivant les prévisions de recettes et de dépenses des branches et organismes concourant au financement des régimes et fixant un ONDAM pour les quatre années à venir.

La LAM associe l’UNCAM à la mise en œuvre de ce cadrage, en lui confiant la responsabilité, dans le cadre d’un rapport annuel transmis au Parlement et au Gouvernement avant le 15 juin, de proposer « les mesures nécessaires pour atteindre l’équilibre prévu par le cadrage pluriannuel des dépenses d’assurance maladie »¹⁴⁵.

Certes, l’ONDAM pluriannuel, qui ne fait pas l’objet d’un vote formel du Parlement, ne se substitue pas pour autant à l’ONDAM annuel mais le Gouvernement lui accorde néanmoins une primauté, puisque les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses fixés chaque année doivent en principe lui être conformes.

b) Une gestion à moyen terme des négociations conventionnelles

On retrouve une perspective analogue, de recherche d’un horizon temporel plus large, en ce qui concerne les négociations conventionnelles.

Un premier indice est lié aux effets reports. Certes, les revalorisations tarifaires accordées par l’UNCAM ont par nature un

145. Article L. 111-11 du CSS.

impact sur plusieurs exercices et la multiplication des accords depuis 2005 a conduit à une forte croissance de ces effets reports, qui sont passés de 10 M€ en 2001, à près de 360 M€ en 2006.

Mais on note surtout que l'UNCAM a privilégié une stratégie d'étalement des revalorisations tarifaires sur plusieurs exercices. Ainsi, la mise en place de la CCAM technique, entamée par un avenant de février 2005 à la convention médicale, a été réalisée en plusieurs étapes, la dernière étant intervenue au 1^{er} janvier 2008.

En 2007, l'UNCAM a reporté l'entrée en vigueur de certaines des revalorisations accordées aux professionnels de santé afin de minimiser leur coût pour l'ONDAM de 2007. Elle a également souhaité renforcer à cette occasion l'opposabilité de l'ONDAM aux partenaires conventionnels.

Ainsi, l'avenant n° 23 à la convention médicale a fixé au 1^{er} juin 2008 l'entrée en vigueur d'une nouvelle revalorisation de la consultation de 1 euro, à condition que des marges de manœuvre soient permises par la LFSS pour 2008. Pour les infirmières, l'UNCAM a suivi la même stratégie, en conditionnant en outre certaines des revalorisations accordées dans le cadre de la nouvelle convention nationale du 22 juin 2007 à l'engagement de la profession dans la mise en place d'un mécanisme d'encadrement de la liberté d'installation.

La LFSS pour 2008 accentue cette évolution en prévoyant que toute mesure de revalorisation des tarifs d'honoraires, rémunérations et frais accessoires entre en vigueur à l'expiration d'un délai de six mois après l'approbation par arrêté (cf. supra).

2 – Des outils insuffisants

Les décisions de revalorisation tarifaire tout comme les mesures d'économie ont un impact à moyen terme sur les dépenses de santé entrant dans le champ du sous-objectif soins de ville. Il est dès lors essentiel que l'UNCAM dispose, par la fixation d'un ONDAM pluriannuel crédible, d'un cadrage à moyen terme pour les négociations avec les professions de santé. Or, l'ONDAM pluriannuel actuel ressort davantage d'un outil de communication que d'un véritable levier de régulation des dépenses de santé, en l'absence de cadrage des dépenses, d'une part, de répartition des efforts de maîtrise d'autre part.

a) *Un objectif irréaliste de rééquilibrage du solde de la branche maladie à moyen terme*

L'institution de l'ONDAM annuel devait permettre un pilotage des dépenses d'assurance maladie basé sur la définition d'une norme de progression. Ce nouveau mode de régulation visait à déconnecter les dépenses de l'évolution des recettes, pour éviter la tentation de mesures nouvelles en haut de cycle. La définition d'un ONDAM pluriannuel s'inscrivait dans la même logique.

Pourtant, les deux premiers exercices de cadrage pluriannuel ont privilégié un objectif de rééquilibrage du solde du régime général (ainsi que de l'ensemble des régimes), à moyen terme. Le ministère de la santé a ainsi proposé une évolution des dépenses de santé très volontariste. Certes, l'annexe B à la LFSS pour 2008 remet partiellement en cause cette approche en écartant un retour à l'équilibre de la branche maladie, même à horizon 2012, pour le scénario central (ONDAM progressant tendanciellement de 2 % sur la période). Elle maintient cependant cet objectif de retour à l'équilibre pour le seul régime général dans le cadre d'un scénario alternatif (ONDAM à +1,5 %).

Prévision de soldes de la branche maladie (tous régimes et régime général)

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
LFSS 2006 (ONDAM : 2,2 %)	Tous	-4,6	-2,8	0,5			
	RG	-3,5	-1,7	0,6			
LFSS 2007 (ONDAM 2,2 %)	Tous	-4,0	-2,7	-0,5	2,0		
	RG	-3,9	-2,3	-0,1	2,4		
LFSS 2008 (ONDAM 2 %)	Tous	-6,6	-4,1	-4,8	-4,3	-3,7	-3,2
	RG	-6,2	-4,2	-4,7	-4,1	-3,6	-3,0

Source : Annexe B à la LFSS 2006, 2007 et 2008.

Cette évolution peut paraître heureuse, car les prévisions pluriannuelles de soldes avaient précédemment été fixées à un niveau irréaliste, même pour le scénario économique le plus prudent (qualifié de bas), au risque de décrédibiliser l'exercice du cadrage pluriannuel¹⁴⁶. Mais, même avec des soldes négatifs prévus pour la branche maladie en LFSS pour 2008, le cadrage pluriannuel qui lui est annexé requiert

146. Ainsi, pour les années 2007 et 2008, les prévisions de solde de la branche maladie du régime général en LFSS 2008 conduisent à un accroissement de plus de 2 Md€ du déficit par rapport à celles de la LFSS 2006 ; et l'ampleur du décalage entre les premières prévisions et celles de la LFSS 2008 s'accroît sensiblement pour 2009 et 2010, avec entre 5 Md€ et 6 Md€ de dégradation par an.

encore, pour être respecté, des efforts d'économie massifs. Ainsi, les projections tendancielle réalisée par la DSS au stade de l'élaboration de la LFSS pour 2008 prévoyait que le déficit « spontané » de la branche maladie s'établirait à -13,7 Md€ en 2011, contre -3,6 Md€ prévus par l'annexe B. Il faudrait donc dégager pour cette seule année une dizaine de milliards d'euros d'économies.

Dès lors, l'ONDAM pluriannuel restant fixé en fonction d'un objectif de rééquilibrage du solde à moyen terme, sa progression est donc calculée en vue de cet objectif et non au regard de l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie et des mesures susceptibles de l'infléchir.

Le cadrage pluriannuel annexé à la LFSS *pour 2006* prévoyait ainsi une norme de progression moyenne de l'ONDAM de 2,2 % en valeur pour la période 2007-2009. Le Gouvernement s'est trouvé de ce fait dans l'impossibilité de proposer pour 2007 un ONDAM compatible avec ce taux de progression, puisqu'il l'aurait conduit à retenir un taux de 1,8 % en valeur, soit une stabilité des dépenses de santé hors inflation, supposant des mesures d'économies substantielles. Le PLFSS *pour 2007* a dès lors plutôt retenu une progression de l'ONDAM à 2,5 %, portée à 2,7 % par le Parlement. Bien que l'ONDAM se soit ainsi écarté de son cadrage pluriannuel, il devrait être largement dépassé en exécution, la note d'avril 2008 de la CCSS évaluant sa progression à 4,6 % en 2007.

Le cadrage pluriannuel annexé à la LFSS pour 2008 fixe pour sa part l'ONDAM pluriannuel à un niveau qui pourrait paraître moins volontariste en termes d'économies attendues, puisqu'il retient (selon les scénarios) une progression de 1,5 % ou 2 % en volume (soit 3,1 % à 3,6 % en valeur, avec une inflation prévisionnelle fixée à 1,6 %) ¹⁴⁷. Mais cette progression est inférieure à celle qui était attendue pour le PIB. Compte tenu de l'estimation initiale des progressions tendancielle (+5,4 % en valeur pour la CNAMTS, soit près de 4 % en volume), on voit que l'objectif 2008 resterait donc difficile à atteindre, faute de mesures d'économie correspondant à l'inflexion visée et dans un contexte où se profile une nouvelle augmentation de la valeur de la consultation ¹⁴⁸.

147. Ce choix d'une norme de progression en volume, s'il permet d'écarter le risque d'une erreur de prévision de l'inflation, rend cependant moins lisible son articulation avec l'ONDAM annuel qui est exprimé en valeur, le Parlement votant un montant de dépenses pour l'exercice à venir.

148. Pour autant, la ministre de la santé n'a pas attendu que le comité d'alerte rende un avis sur l'évolution des dépenses de santé pour annoncer en mars 2008 que les conditions étaient réunies pour porter le tarif des médecins généralistes à 23 €.

b) Une documentation insuffisante des efforts de maîtrise

L'ONDAM pluriannuel fixé en annexe à la LFSS apparaît au total insuffisamment documenté pour constituer un levier de régulation contraignant pour l'ensemble des acteurs.

Dans cette annexe, les prévisions de dépenses de la branche maladie se distinguent, en ce qu'elles se fondent sur un ONDAM pluriannuel qui constitue un taux d'évolution après mesures d'économie alors que les prévisions de dépenses des branches famille et retraite reposent seulement sur l'évolution tendancielle. Or, le passage d'une évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie à un objectif incluant des mesures d'économie n'est pas explicité, ce qui ne permet pas d'apprécier les efforts de redressement à réaliser sur les quatre années à venir.

On peut noter comme un point positif qu'une contre-expertise s'est récemment développée sur ce sujet, qui permettrait d'améliorer la qualité des prévisions tendancielles : le HCAAM, le conseil d'analyse économique et la CNAMTS ont réalisé sur la période récente des exercices de prévision à moyen et long terme de l'évolution des dépenses de santé, en retenant des facteurs de progression parfois différents.

Pour autant, jusqu'ici, l'annexe B ne détaille pas les mesures d'économie envisagées pour « tenir » l'ONDAM annuel et n'en précise pas davantage le montant. Dès lors le cadrage pluriannuel ne paraît pas en mesure de constituer l'outil de programmation pourtant indispensable des économies sur plusieurs années, afin que la mise en œuvre progressive des réformes permette d'infléchir durablement le comportement des prescripteurs et des consommateurs de soins.

SYNTHESE

Le choix de déconnecter les négociations conventionnelles de l'ONDAM voté annuellement par le Parlement comme la volonté de les inscrire dans un cadre de gestion pluriannuel, n'ont pas permis d'assurer le respect du sous-objectif soins de ville en 2006 comme en 2007.

Les marges de manœuvre des partenaires conventionnels ont été excessives, faute d'encadrement préalable par l'ONDAM et d'un suivi rigoureux a posteriori. Cette situation a contribué à renforcer la tendance de l'Etat à réinvestir progressivement leur champ. Les conditions d'élaboration des ONDAM annuel et pluriannuel n'ont pas permis de fiabiliser cet outil, qui fait l'objet d'un affichage volontariste non appuyé sur des mesures d'économies crédibles. Il ne parvient donc pas à peser durablement sur les négociations conventionnelles.

Dans ce contexte, il conviendrait que l'Etat réexamine dans son ensemble le dispositif de régulation des soins de ville, afin d'une part de fiabiliser l'ONDAM et de renforcer son caractère opposable et d'autre part de mieux lier à celui-ci le programme des négociations et d'encadrer les revalorisations tarifaires ainsi accordées aux professionnels de santé. Le cadrage pluriannuel annexé à la loi de financement, pour peu qu'il soit au préalable suffisamment fiabilisé, pourrait fournir à l'UNCAM une trajectoire à moyen terme des revalorisations qu'elle serait habilitée à accorder aux professions de santé dans le cadre du renouvellement de leurs conventions nationales pour cinq ans.

Enfin, le non respect des règles du jeu fixées par la loi de 2004 conduit à s'interroger sur leur pertinence. La Cour a déjà observé que la délégation accordée aux outils conventionnels est excessive. Elle constate ici qu'elle n'est pas respectée, ce qui contribue à enlever sa cohérence au dispositif de régulation des dépenses.

RECOMMANDATIONS

14. Améliorer la sincérité de l'ONDAM et du cadrage pluriannuel annexé à la LFSS, en documentant l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie et les économies sous-jacentes.

15. Instaurer (dans le rapport annuel de l'UNCAM transmis en juin au Parlement et au Gouvernement) une obligation d'information sur les résultats de la maîtrise médicalisée et sur le coût des revalorisations tarifaires.

16. Tenir compte des résultats de la maîtrise médicalisée pour l'octroi de revalorisations tarifaires.
