

Chapitre II

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2010

PRESENTATION

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été institué en 1996 afin de réguler les dépenses de santé financées par la sécurité sociale⁴⁰.

L'exécution de l'ONDAM en 2010 a été marquée par le début de l'application d'un ensemble de dix propositions formulées par un groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, présidé par M. Raoul Briet, dont les conclusions ont été validées par la deuxième conférence sur le déficit public du 20 mai 2010. Un an après cette annonce, la Cour, qui avait, au même moment, fait état d'observations en grande partie identiques⁴¹, a examiné la mise en œuvre de ces propositions qui devraient permettre un meilleur pilotage de l'ONDAM.

Après plus de dix années de dépassements systématiques et pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM de 2010, fixé à 162,4 M€, en croissance de 3 %, a été tenu, avec un montant de réalisations légèrement inférieur au montant voté. Ce résultat a été en partie obtenu grâce à un renforcement effectif du pilotage. Cependant, le respect de l'ONDAM reste fragile car il résulte aussi en 2010 d'éléments plus circonstanciels difficilement reproductibles.

I - Un pilotage plus ferme de l'ONDAM

L'ONDAM est déterminé chaque année lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale.

Son élaboration et sa gestion s'inscrivent désormais dans le cadre d'orientations dont la portée prescriptive a été renforcée tant au niveau du cadrage pluriannuel que de la gestion infra-annuelle.

A – Un cadrage pluriannuel volontariste bien que non contraignant

Depuis 2009, la détermination de l'ONDAM doit tenir compte des orientations pluriannuelles des finances publiques définies par les lois de programmation instaurées par la réforme constitutionnelle de 2008.

40. L'ONDAM couvre essentiellement des dépenses des régimes d'assurance maladie obligatoires, mais aussi des dépenses des régimes d'accidents du travail et maladies professionnelles.

41. RALFSS 2010, pp. 33 à 60.

La première de ces lois, celle du 9 février 2009, prévoyait pour la période 2009 à 2012 de limiter à 3,3 % par an la croissance des dépenses relevant de l'ONDAM, marquant ainsi une décélération par rapport aux réalisations des années antérieures⁴².

La seconde loi, celle du 28 décembre 2010, qui porte sur la période de 2011 à 2014 a été plus loin en fixant des montants d'ONDAM à respecter correspondant à des taux d'évolution plus contraints avec une croissance de 2,9 % en 2011 par rapport à l'ONDAM voté pour 2010, puis de 2,8 % par an jusqu'en 2014.

Le respect de l'ONDAM prévu par ces lois de programmation représente un engagement plus fort, car son dépassement conduirait à compromettre l'ensemble de la trajectoire des finances publiques sur laquelle le gouvernement s'est engagé, mais ces lois de programmation ne sont pas revêtues d'une valeur juridique supérieure à celle des autres lois.

Cependant est en cours d'examen un projet de loi constitutionnelle qui prévoit l'adoption de lois cadre qui viendraient remplacer les actuelles lois de programmation, dont les dispositions s'imposeraient aux LFSS dans des conditions déterminées par loi organique.

Cette révision permettrait de mettre en œuvre l'une des propositions du rapport Briet consistant à insérer davantage le vote de l'ONDAM dans une perspective pluriannuelle.

B – Une gestion infra-annuelle plus rigoureuse

Les orientations retenues à la suite du rapport Briet se rapportent aux conditions d'élaboration et de vote de l'ONDAM, à la gouvernance prévue pour suivre cet agrégat et enfin à la mise en place de nouveaux dispositifs de régulation.

1 – Les conditions d'élaboration et de vote de l'ONDAM

Les deux propositions du rapport retenues sont les suivantes :

- confier au comité d'alerte⁴³ un rôle de contrôle ex ante sur les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM

42. Le taux d'augmentation des dépenses réalisées était de +4,2 % en 2007 et de +3,5 % en 2008 (cf. RALFSS 2010 précité).

43. Le rôle de cette instance est d'assurer le suivi infra-annuel de l'ONDAM. Si l'analyse de la tendance fait apparaître une prévision de dépassement de l'ONDAM allant au-delà du seuil d'alerte, une procédure peut être déclenchée conduisant à la mise en œuvre de mesures de redressement en cours d'année.

avant le vote de la LFSS, de manière à s'assurer de l'absence de biais manifeste ;

- rassembler dans une annexe au PLFSS les informations détaillées sur l'exécution de l'ONDAM de l'année en cours ainsi que les hypothèses techniques retenues pour la construction de l'ONDAM de l'année à venir.

Les dispositions du code de la sécurité sociale⁴⁴ ont été modifiées de manière à confier au comité d'alerte le contrôle ex ante décrit supra. Le premier avis à ce titre est attendu à propos de l'ONDAM pour 2012.

Par ailleurs, l'annexe 7 dans le PLFSS pour 2011 a été enrichie et explicite davantage les méthodes retenues, sans pour autant aller aussi loin que ce que proposait le rapport Briet en termes d'explicitations des hypothèses techniques.

Comme l'a souligné la Cour en juin 2011 dans son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques⁴⁵, la solidité et la transparence des hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM constituent un domaine où les efforts engagés doivent être poursuivis, afin que le comité d'alerte puisse pleinement jouer son rôle. Par ailleurs, une explicitation plus détaillée de ces hypothèses dans le cadre de l'annexe 7 du PLFSS apparaît nécessaire.

2 – La gouvernance de l'ONDAM

En la matière, il a été retenu :

- d'instaurer un comité de pilotage se réunissant régulièrement, de lui donner un fondement réglementaire et de tenir régulièrement informées de ses travaux les commissions compétentes du Parlement ;
- de renforcer le suivi statistique et comptable de l'ONDAM et de rassembler dans une même entité l'ensemble des acteurs de la production de données ;
- d'augmenter la fréquence des avis obligatoires du comité d'alerte en prévoyant un tel avis dès la mi-avril ;
- d'abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,5 % de l'ONDAM.

Le comité de pilotage a été mis en place de facto et se réunit régulièrement, bien que dépourvu du fondement réglementaire dont le rapport Briet avait souligné l'importance. Ses travaux s'appuient sur ceux

44. Article L. 114-4-1.

45. Page 164.

du groupe statistique, dont la constitution était également recommandée par le rapport.

L'avis obligatoire du comité d'alerte de la mi-avril a été prévu par la même disposition que celle instituant l'avis du mois d'octobre. Le premier avis de ce type a été rendu à propos de l'ONDAM pour 2011.

Enfin, l'abaissement progressif du seuil d'alerte de 0,75 % à 0,5 % du montant de l'ONDAM sera achevé en 2013.

3 – Les outils de régulation

Les trois orientations retenues par les pouvoirs publics consistent :

- à instaurer des mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année de dotations s'apparentant à des crédits budgétaires, les décisions de dégel, total ou partiel ou d'annulation, étant prises en cours d'année par le comité de pilotage ;
- à conditionner, sous la responsabilité du comité de pilotage, la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles contenues dans la LFSS (ainsi que celles susceptibles d'être décidées en cours d'année) au respect de l'ONDAM ;
- à prévoir en cas d'alerte des mécanismes de décision adaptés et des procédures de consultation simplifiées afin d'assurer la mise en œuvre effective rapide des mesures correctrices.

Le principe de la mise en réserve des dotations a été prévu par la loi de programmation de décembre 2010, à hauteur d'un minimum de 0,3 % de l'ONDAM de l'année.

Dès avant ce texte, des mesures de gel de dotation ont été mises en œuvre pour la gestion de l'ONDAM 2010. Par la suite, l'ONDAM 2011 a aussi donné lieu à un gel de dotation, portant sur un montant du même ordre de grandeur que ce plancher légal⁴⁶. L'ensemble de ces mesures a concerné essentiellement l'ONDAM hospitalier (cf. infra).

En revanche, restent à définir tant les règles conditionnant l'adoption des mesures nouvelles au respect de l'ONDAM que la procédure accélérée à mettre en œuvre en cas de déclenchement de l'alerte par le comité.

46. Les gels pratiqués en 2011 portent sur 530 M€ selon l'avis du comité d'alerte du 30 mai 2011. Le plancher légal était de l'ordre de 501,3 M€ sur la base d'un ONDAM 2011 fixé à 167,1 Md€.

II - Les modalités d'élaboration de l'ONDAM 2010

L'ONDAM se décompose en six sous-objectifs⁴⁷ qui sont les mêmes que ceux qui existaient les années précédentes, à savoir un sous-objectif relatif aux soins de ville, deux sous-objectifs portant sur les dépenses relatives aux hôpitaux et cliniques⁴⁸ usuellement regroupés sous le terme d'ONDAM hospitalier, deux sous-objectifs afférents aux dépenses médico-sociales et un sous-objectif dédié aux autres prises en charge.

La composition de ces sous-objectifs est restée la même qu'en 2009, réserve faite des dépenses liées aux soins effectués en France par les non résidents relevant de régimes étrangers de sécurité sociale.

47. La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale impose de définir en LFSS au moins cinq sous-objectifs au sein de l'ONDAM et d'en donner le montant.

48. Le deuxième sous-objectif concerne les dépenses entrant dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) ainsi que les MIGAC, alors que le troisième sous-objectif s'applique aux champs non couverts par la T2A (SSR, psychiatrie, USLD), au financement du FMESPP ainsi qu'aux dépenses dites non régulées des établissements de santé.

ONDAM– composition des sous-objectifs

Sous-objectifs	Composantes des sous-objectifs
Dépenses de soins de ville	- honoraires (médicaux, infirmiers, dentistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...) et prise en charge des cotisations sociales des PAM - produits de santé et autres prestations (médicaments, produits et prestation de la LPP, biologie, transports) - indemnités journalières (IJ) sauf IJ maternité
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	- dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements pour leur activité faisant objet d'un tarif (T2A), forfaits annuels, médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) facturés en sus des séjours, forfaits haute technicité (dépenses dites ODMCO) - dotations pour les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation (MIGAC)
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	- dépenses de soins de suite et de réadaptation et de séjours en établissements psychiatriques en application d'un tarif pour les cliniques privées pour les frais de séjours, les médicaments, les dispositifs médicaux (dépenses dites OQN SSR et psy) - dotations annuelles de financement pour les soins de suite et de réadaptation, pour l'activité de psychiatrie, pour les unités de soins de longue durée (USLD) pour les hôpitaux publics ou participant au service public et les hôpitaux locaux, dépenses de soins des établissements de Mayotte et de St-Pierre-et-Miquelon (dépenses dites de l'ODAM) - établissements conventionnés installés à l'étranger (Andorre, Monaco), (dépenses dites non régulées) - dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)
Dépenses en établissements et services pour personnes âgées	contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées
Dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	dotations au FIQCS, dépenses du secteur médico-social hors champ de la CNSA, remboursement au CLEISS des dépenses relatives aux soins des assurés français à l'étranger

Source : Cour des comptes

Les quatrième et cinquième sous-objectifs, à dimension médico-sociale sont d'une nature spécifique : ils ne se rapportent pas, en tant que tels, à des prestations d'assurance maladie, mais déterminent la contribution des régimes de sécurité sociale au financement de l'objectif global de dépenses (OGD)⁴⁹ propre à ce secteur. C'est à l'OGD, dont la

49. Le complément de financement est apporté par la CNSA, au moyen notamment des prélèvements sociaux qui lui sont affectés.

gestion incombe en premier lieu à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qu'il revient d'encadrer les règlements aux établissements et services médico-sociaux liés aux activités de soins dispensés à leurs résidents.

A – Des difficultés récurrentes d'élaboration

Le processus d'élaboration de l'ONDAM implique, schématiquement, trois étapes principales :

- la détermination d'une base de référence, à laquelle va s'appliquer le taux d'évolution retenu pour l'année considérée ;
- l'estimation d'une évolution tendancielle correspondant à la croissance spontanée des dépenses, avant mesures correctrices ;
- la définition des mesures d'économies à réaliser par rapport à cette évolution tendancielle, de façon à atteindre le montant cible de dépenses retenu.

Pour chacune de ces étapes, tant les travaux de la Cour que ceux du groupe de travail Briet ont relevé des faiblesses de nature à fragiliser l'élaboration de l'ONDAM.

1 – La détermination de la base

Le calcul de la base de référence prend en compte principalement deux éléments : d'une part, une prévision de dépenses pour l'année en cours, d'autre part, d'éventuels changements de périmètres.

a) La difficulté d'appréhender le niveau de dépenses de l'année 2009

La base de référence pour l'ONDAM de 2010 est fondée sur la prévision de dépenses pour 2009 telle qu'établie en septembre de cette année, au moment de la publication du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Ce dispositif - identique à la pratique des années antérieures - a pour objet de prendre en compte les phénomènes de dépassement, ou inversement de sous consommation, de manière à rendre plus réaliste la construction de l'ONDAM.

Toutefois, un élément de fragilité inhérent à ce stade tient au risque de divergence entre les montants ainsi pris en compte et les réalisations effectives qui ne sont connues qu'après le vote de la LFSS, exposant ainsi à modifier les conditions de respect de l'ONDAM par rapport à ce qui avait été envisagé initialement.

Ce phénomène s'est fait sentir tout particulièrement pour l'ONDAM 2010, quoique dans des sens opposés pour les soins de ville et l'ONDAM hospitalier. Ainsi, pour l'ONDAM 2010 a-t-il été tenu compte d'un dépassement prévisionnel de 335 M€, dont 350 M€ au titre des soins de ville, 160 M€ au titre de l'ONDAM hospitalier et une sous réalisation de 150 M€ au titre de l'ONDAM médico-social.

ONDAM 2009 – estimations successives du dépassement global

En M€

	Rapport CCSS septembre 2009	Avis comité d'alerte mai 2010	Rapport CCSS septembre 2010	Réalisations définitives (juin 2011)
Soins de ville	350	230	0	20
ONDAM hospitalier	160	620	550	600
ONDAM médico-social	-150	-150	-150	-150
Autres prises en charge	-25	40	50	40
ONDAM	335	740	450	510

Source : rapports CCSS, comité d'alerte, direction de la sécurité sociale

S'agissant des soins de ville, le sous-objectif pour 2010 a ainsi été construit à tort sur la base d'un dépassement de l'ordre de 350 M€, puisqu'il s'est avéré par la suite que le sous-objectif arrêté pour 2009 avait en fait été quasiment respecté. Le dépassement anticipé ainsi pris en compte a procédé, comme pour les années antérieures, d'une prévision de dépense établie à partir de méthodes économétriques.

En revanche, pour ce qui est de l'ONDAM hospitalier, le dépassement pris en compte lors du calcul de la base a été notablement inférieur à celui qui s'est manifesté en définitive. Ce manque en base, qui a porté sur 440 M€, a conduit à l'adoption en 2010 de mesures d'économies complémentaires en plusieurs vagues, au fur et à mesure que l'importance du dépassement de 2009 se révélait.

Ce dépassement non anticipé tient à deux facteurs différents. En premier lieu, se sont fait sentir les dernières répercussions de la 11^{ème} version de la classification de l'activité hospitalière dans le cadre de la T2A. En outre, mais dans une moindre mesure, il a été constaté en cours d'année 2010 que l'activité des établissements avait été plus soutenue que prévue, du fait d'un important épisode grippal (lié notamment à la grippe A(H1N1)v) en fin d'année 2009.

En définitive, le manque en base global au niveau de l'ONDAM a été de 175 M€.

b) Les modifications de périmètre

Outre la prise en compte du dépassement anticipé, la base de référence fait l'objet d'ajustements en fonction de changements de périmètre de l'ONDAM. Ces changements sont exposés chaque année dans l'annexe 7 du PLFSS.

Pour 2010, la principale opération de ce type a consisté à extraire de l'ONDAM les dépenses afférentes aux soins effectués en France par les non résidents, pour un montant global de 491 M€, dont 231 M€ sur les soins de ville et 248 M€ sur le troisième sous-objectif.

Ces dépenses ne sont pas sujettes à régulation : en effet, si les soins effectués pour les non résidents donnent lieu, dans un premier temps, à des décaissements de la part des organismes d'assurance maladie, ces dépenses ont vocation à être prises en charge in fine par les régimes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés.

Cette mesure va dans le sens d'une recommandation formulée par la Cour en 2009. L'ONDAM continue cependant à couvrir des dépenses non régulées, pour un montant prévu en 2010 de l'ordre de 400 M€ au sein de l'ONDAM hospitalier. Est concerné un ensemble hétérogène de dépenses (cliniques de Monaco et d'Andorre ainsi que d'autres dépenses dont l'objet reste mal cerné par l'administration).

2 – Le taux d'évolution tendancielle

Le taux d'évolution tendancielle retenu par le ministère de la santé pour la construction de l'ONDAM 2010 a été de 4,3 %, dont +5,0 % pour les soins de ville, +3,4 % pour l'ONDAM hospitalier et +5,8 % pour l'ONDAM médico-social.

Ces évolutions tendanciennes sont, dans l'ensemble, semblables à celles proposées par la CNAMTS⁵⁰ dans le cadre du rapport annuel prévu par le code de la sécurité sociale (article L. 111-1) qui comporte une analyse des principales caisses nationales de sécurité sociale sur l'évolution tendancielle des dépenses ainsi que leurs propositions de mesures d'économies.

Le taux d'augmentation tendanciel proposé par la CNAMTS résulte de projections sur les effectifs de patients ainsi que sur celle des volumes de consommation unitaires. A cet égard, cette analyse a pris en

50. Le taux d'augmentation tendancielle proposé par la CNAMTS était de +4,3 % pour l'ONDAM dans son ensemble, mais de +5,1 % pour les soins de ville et +3,1 % pour l'ONDAM hospitalier.

compte l'augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies sévères, terme qui, dans les analyses de la CNAMTS, désigne les personnes en ALD ainsi que les malades consommant fréquemment des médicaments pour certaines pathologies chroniques. Etaient concernées en 2008 près de 15 % de la population totale et 62 % des dépenses de la branche maladie du régime général.

Le taux d'évolution tendancielle de 2010 est inférieur à celui pris en compte les années précédentes (+4,5 % pour les années 2007, 2008 et 2009) ; il en va ainsi pour chacun des sous-objectifs.

Par ailleurs, la direction générale de l'offre de soins procède à un calcul de l'évolution tendancielle propre à l'ONDAM hospitalier, puis aux objectifs de dépenses qui y correspondent. Ce calcul s'appuie essentiellement sur des prévisions d'évolution des charges des hôpitaux et cliniques (charges de personnel, achats de médicaments, coûts induits par l'application des plans de santé publique et des programmes d'investissement, tels qu'Hôpital 2012).

Ce processus, propre à l'ONDAM hospitalier, repose sur une méthodologie différente de celle applicable aux soins de ville. Elle comprend à la fois des chiffrages sur des données exogènes, la prise en compte des effets des mesures de santé publique décidées antérieurement et des mesures nouvelles qui font l'objet d'un arbitrage. Il intègre pour partie aussi des efforts de productivité attendus des hôpitaux sous forme de baisse de certains tarifs. Cette méthode de calcul explique notamment le fait que le conseil de l'hospitalisation⁵¹ ait formulé une recommandation qui avait été en juin 2009 de +3,9%, supérieure d'un demi-point à l'évolution tendancielle finalement arbitrée.

Ce constat de différences significatives de méthode de construction du tendanciel entre secteur hospitalier et soins de ville appelle un travail d'harmonisation. Il atteste une nouvelle fois la nécessité de mieux expliciter les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM dans l'annexe 7 du PLFSS.

De surcroît, comme l'a indiqué la Cour dans le rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de 2011, il serait utile d'approfondir la réflexion autour de cette notion d'évolution tendancielle, en conduisant des analyses afin de prendre en compte certaines dynamiques de plus long terme (démographie médicale, innovation

51. L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale confie au conseil de l'hospitalisation un rôle de recommandation en matière de financement des établissements de santé et de fixation des objectifs de dépenses d'assurance maladie.

pharmaceutique, dynamique des départs à la retraite dans la fonction publique hospitalière)⁵².

3 – Les mesures d'économies programmées

La réconciliation entre l'évolution tendancielle, les mesures nouvelles de dépenses qu'il est prévu d'engager en cours d'année⁵³ et l'ONDAM se fait sous la forme de mesures d'économies à réaliser. Ces mesures sont exposées dans l'annexe 9 du PLFSS.

Les économies attendues pour l'ONDAM 2010 représentaient 2,2 Md€, dont 1,8 Md€ au titre des soins de ville et près de 0,4 Md€ au titre de l'ONDAM hospitalier.

Ces économies anticipées apparaissent, en proportion⁵⁴, nettement plus élevées pour les soins de ville (2,4 %) que pour l'ONDAM hospitalier (0,6 %). Cependant, cette différence résulte en partie des différences de méthode évoquées ci-dessus pour la construction de l'évolution tendancielle applicable aux soins de ville et aux dépenses hospitalières. Le fait que des mesures d'économie propres au secteur hospitalier aient déjà été intégrées au calcul tendanciel et n'apparaissent pas parmi les mesures d'économie programmées empêche une connaissance complète et transparente des mesures d'économie consenties par chaque secteur et rend difficile toute comparaison entre le secteur hospitalier et les soins de ville.

52. Voir page 167 du rapport précité.

53. Ces mesures nouvelles de dépenses (300 M€ anticipés pour les soins de ville en 2010) concernent en particulier les revalorisations tarifaires consenties aux professions de santé dans le cadre des négociations conventionnelles. L'ONDAM pour 2010 prenait ainsi en compte un surcroît de dépenses de 140 M€ sur six mois (donc près de 300 M€ en année pleine) au titre de la revalorisation du tarif de consultation des généralistes.

54. Rapportées au montant d'ONDAM auquel aurait correspondu le taux d'évolution tendanciel.

ONDAM 2010 – mesures d'économie prévues*En M€*

	Soins de ville	ONDAM hospitalier	Total
Baisse de tarifs des prestations remboursées	Baisses de prix médicaments et dispositifs médicaux : 300 Baisse de tarifs (radiologues, biologistes) : 240 Générication clopidogrel : 200 Baisse de prix génériques : 100	Convergence ciblée public/privé : 150	990
Gestion du risque	Maîtrise médicalisée hors produits de santé : 390 Maîtrise médicalisée prescriptions produits de santé : 200 Lutte contre la fraude : 150	Produits liste en sus des tarifs des GHS 40	780
Réduction de la part prise en charge par l'assurance maladie	Remboursements à 15 % pour médicaments à SMR réduit : 145 IJ sur 365 jours : 110	Hausse du forfait journalier hospitalier : 156 Contribution centre national de gestion : 30	441
Economies non ciblées	-	69	
Total	1 835	445	2 280

Source : PLFSS 2010 annexe 9, présentation retraitée par la Cour

Les économies attendues portaient en premier lieu sur un ensemble de baisses de tarifs ou de prix des prestations ou médicaments remboursés (840 M€ pour les soins de ville et 150 M€ au titre de la convergence ciblée entre les tarifs des hôpitaux et ceux des cliniques). Elles incluaient une économie de 200 M€ liée à la générication du clopidogrel, qui est le principe actif du Plavix[®], dont le brevet devait tomber dans le domaine public en 2010.

Elles concernaient également la gestion du risque (740 M€ pour les soins de ville, dont 590 M€ au titre de la maîtrise médicalisée et 40 M€ pour l'ONDAM hospitalier).

Enfin, les réductions de prises en charge incombant aux régimes d'assurance maladie représentaient 441 M€ (255 M€ pour les soins de ville, dont 145 M€ liés à une baisse du taux de remboursement de

médicaments à service médical rendu faible ou insuffisant⁵⁵ et 110 M€ faisant suite à un changement du mode de calcul des indemnités journalières).

B – Une évolution de l'ONDAM fixée en 2010 à un niveau inférieur à celle prévue pour 2009

1 – L'ONDAM et ses composantes

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, les montants retenus en LFSS 2010⁵⁶ pour l'ONDAM et ses sous-objectifs ont été les suivants.

ONDAM 2010 : base, taux d'évolution et montants votés

En Md€

	Base	Taux d'évolution	Montants votés
Dépenses de soins de ville	73,2	+2,8 %	75,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	51,1	+2,7 %	52,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	+3,0 %	18,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,3	+10,9 %	7,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,8	+1,7 %	7,9
Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,0	+5,0 %	1,0
ONDAM	157,6	+3,0%	162,4

Source : *direction de la sécurité sociale*

55. Voir infra dans ce rapport le chapitre IV relatif à la maîtrise des dépenses de médicaments, à propos de la prise en charge des médicaments à SMR insuffisant.

56. L'article 64 de la LFSS pour 2010 donne le montant de l'ONDAM et de ses sous-objectifs.

Le taux d'évolution auquel correspondait l'ONDAM était inférieur à celui retenu en LFSS pour 2009 (+3,3%)⁵⁷, mais supérieur à celui prévu pour 2008 (+2,8 %) ainsi qu'à l'inflation attendue pour 2010⁵⁸.

Rapporté aux réalisations des années précédentes, le respect de l'ONDAM de 2010 impliquait une décélération assez nette des dépenses, en particulier pour les établissements de santé.

ONDAM : taux d'évolution 2010 et réalisations antérieures⁵⁹

En %

	Réalisations 2008	Réalisations 2009	Taux d'évolution 2010
Dépenses de soins de ville	+2,6	+3,2	+2,8
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	+3,9	+3,5	+2,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé			
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	+8,0	+5,6	+10,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	+5,3	+4,6	+1,7
Dépenses relatives aux autres prises en charge	+4,9	+0,8	+5,0
ONDAM	+3,5	+3,5	+3,0

Source : direction de la sécurité sociale pour taux 2010, rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2010 pour réalisations 2009 et rapport CCSS octobre 2009 pour réalisations 2008

Ne sont évoqués ci-après que les sous-objectifs relatifs à l'ONDAM hospitalier ainsi qu'au secteur médico-social, dont la déclinaison opérationnelle est moins directe que pour les soins de ville.

57. Il en va de même pour chacun des sous-objectifs.

58. Selon le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2010, l'augmentation prévue de l'indice des prix à la consommation était de 1,2 %.

59. Les données communiquées par le ministère de la santé en termes de réalisation, sur la base des comptes des régimes, font masse des deuxième et troisième sous-objectifs. La Cour a recommandé à plusieurs reprises d'y remédier.

2 – L'ONDAM hospitalier et ses composantes

Postérieurement à l'adoption de la loi sur le financement de la sécurité sociale pour l'année N, les dépenses de l'ONDAM hospitalier font l'objet d'un second cadrage au printemps de l'année N. Ce second cadrage intervient au moment de la définition des objectifs servant effectivement à la régulation des dépenses : objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO), MIGAC, objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM), objectif quantifié national (OQN).

Le champ couvert par ces objectifs diffère, pour 700 M€, du cadrage retenu en LFSS, du fait de deux facteurs :

- les opérations dites de fongibilité (pour 300 M€) effectuées chaque année tendant à extraire de l'ONDAM hospitalier les structures sanitaires transformées en institutions médico-sociales entre l'examen du PLFSS et le début de l'année 2010⁶⁰;
- le maintien, évoqué plus haut, de 400 M€ de dépenses non régulées au sein de l'ONDAM hospitalier et qui ne sont donc pas soumises à ces différents objectifs.

60. Ce type d'opération a trait, notamment, aux transformations d'unités de soins de longue durée (USLD) en établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) pris en charge sur l'OGD.

ONDAM hospitalier 2010 – décomposition⁶¹*En Md€*

	Bases	Taux d'évolution	Montants arrêtés
Deuxième sous-objectif	51,1	2,7%	52,4
ODMCO	43,1	2,7%	44,3
<i>dont ODMCO public</i>	33,6	2,1%	34,5
<i>dont ODMCO privé</i>	9,5	2,9%	9,8
MIGAC	7,9	2,9%	8,1
Troisième sous-objectif	17,5 ⁶²	3,1%	18,1
ODAM	14,1	2,1%	14,4
OQN	2,3	3,7%	2,3
USLD ⁶³	0,9	8,9%	1,0
FMESPP	0,2	38,5%	0,3
Total	68,6	2,8 %	70,5

Source : direction générale de l'offre de soins, données retraitées

Les taux d'évolution auxquels correspondent ces objectifs sont inférieurs à ceux retenus pour l'année 2009.

3 – L'ONDAM médico-social et l'objectif global de dépenses

Le montant actualisé d'ONDAM médico-social, compte tenu de l'opération de fongibilité mentionnée plus haut, a été fixé par arrêté⁶⁴ à 15,2 Md€, dont 7,3 Md€ au titre de l'accueil des personnes âgées et 7,9 Md€ pour l'accueil des personnes handicapées. Le même texte a fixé l'OGD à 16,4 Md€ (8,2 Md€ pour chacun des deux secteurs concernés).

Par différence, l'apport financier attendu de la CNSA pour couvrir les dépenses relevant de l'OGD était de 0,3 Md€ pour le secteur des personnes handicapées et 0,8 Md€ pour celui des personnes âgées.

61. Hors dépenses non régulées.

62. Au lieu des 18,2 M€ pris en compte au moment de la LFSS : c'est à ce niveau que se constate la différence de 0,7 M€ signalée plus haut, qui n'entrent pas dans le champ d'action de la DGOS.

63. Bien que relevant du champ de l'ODAM, les dépenses d'assurance maladie dédiées au financement des USLD font en pratique l'objet d'un suivi distinct de la part de l'administration.

64. Arrêté du 9 juin 2010.

III - Un ONDAM respecté pour la première fois depuis 1997

Telles qu'elles apparaissent dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2011, les réalisations de l'ONDAM ont été de 162,0 Md€ en retrait de 0,4Md€ par rapport à l'objectif arrêté. Rapportés aux montants arrêtés, les écarts par rapport aux sous-objectifs sont les suivants⁶⁵ :

ONDAM 2010 : réalisations

En Md€

	Objectifs arrêtés	Réalisations provisoires	Ecart
Dépenses de soins de ville	75,2	75,0	-0,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	70,9	70,8	-0,1
Autres dépenses relatives aux établissements de santé			
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,3	7,2	-0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,9	7,9	0
Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,0	1,1	0,1
ONDAM	162,4	162,0	-0,4

Source : Cour des comptes et direction de la sécurité sociale

Ces réalisations sont toutefois dites provisoires en ce qu'elles prennent en compte les provisions comptables passées par les régimes d'assurance maladie en vue de rattacher à l'exercice 2010 des dépenses payées en 2011, mais dont le fait générateur (la réalisation des soins) se situe bien en 2010⁶⁶. Le calcul de ces provisions se fait à partir de prévisions de dépenses effectuées par les régimes (pour les soins de ville

65. Le tableau des réalisations de l'ONDAM mentionné dans le rapport de la CCSS rapporte les réalisations à des sous-objectifs modifiés compte tenu des opérations de fongibilité, et non par rapport à ceux fixés en LFSS.

66. De la sorte, contrairement à ce que laisse entendre son intitulé, l'ONDAM porte ne porte pas uniquement sur des décaissements, mais bien sur des charges en droits constatés.

et les cliniques) ainsi que par le ministère de la santé (pour les dépenses liées aux hôpitaux).

Ce n'est qu'en 2012, au vu des comptes des régimes pour l'exercice 2011, que seront constatées les réalisations définitives, prenant en compte la différence entre ces provisions et les dépenses effectivement intervenues en 2011 et se rattachant à 2010. Comme cela a été constaté pour l'ONDAM de 2009 avec un dépassement définitif de 510 M€ contre celui observé à titre provisoire de 450 M€⁶⁷, les différences peuvent être non négligeables. Le montant définitif de ces réalisations pourra donc différer des réalisations actuellement connues.

A – Des mesures d'économies supplémentaires arrêtées en cours d'année

L'année 2010 a vu l'introduction de gels de dotation en cours d'année, portant sur des montants importants, en anticipation des travaux du rapport Briet.

Ces mesures font suite au constat d'un manque en base, lié à un dépassement de l'ONDAM 2009 dont l'importance est apparue croissante au cours de l'année 2010. Elles ont été décidées par le comité de pilotage nouvellement constitué.

Elles ont initialement porté sur un total de 650 M€. Le montant et le contenu des mesures mises en œuvre a ensuite évolué en cours d'année, en fonction de l'augmentation du dépassement attendu⁶⁸.

Au final, ces économies décidées en cours d'année ont ainsi représenté en réalisation un total de 734 M€, se répartissant entre :

- 364 M€ du fait de MIGAC non déléguées, ayant essentiellement porté sur les crédits au titre des aides à la contractualisation (AC)⁶⁹ ;
- 105 M€ d'économies sur la dotation au FMESPP (voir infra) ;
- 100 M€ liées à des baisses de prix sur les médicaments qui étaient initialement programmées pour 2011 ;
- 100 M€ de réduction de la participation des régimes d'assurance maladie à la couverture des dépenses relevant de l'OGD ;

67. Cf. tableau p. 58.

68. Le montant final des mesures d'économies décidées en cours d'année découle d'une réunion du comité de pilotage du 26 novembre 2010.

69. Les économies portant sur des crédits AC, (cf. également le chapitre VIII relatif au financement des CHU, p. 229) ont représenté 322 M€ ; le solde de 42 M€ a concerné différentes mesures financées par les MIGAC, essentiellement liées à la formation.

- 55 M€ au titre de gels sur les dotations annuelles de financement consacrées aux unités de soins de longue durée (USLD), à la psychiatrie et aux soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- 10 M€ au titre de la non revalorisation des indemnités journalières (IJ) longues⁷⁰.

Ces économies supplémentaires ont donc concerné les soins de ville à hauteur de 110 M€, l'ONDAM hospitalier à hauteur de 524 M€ et l'ONDAM médico-social pour 100 M€.

D'une certaine manière, elles ont donc contribué à modifier quelque peu le poids des économies pesant sur les soins de ville (1,8 Md€ + 110 M€, soit 1,9 Md€ au total) et sur l'ONDAM hospitalier (376 M€ + 524 M€, soit 900 M€ au total) dont les réalisations ont été respectivement de 75,0 et de 70,8M€ en 2010.

L'économie réalisée au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Le FMESPP a été institué par la LFSS pour 2003 et a pour objet le financement d'opérations de modernisation au sein des hôpitaux et cliniques.

L'abondement de ce fonds par les régimes d'assurance maladie constitue une dépense intégrée dans l'ONDAM depuis 2006.

Le versement effectif des fonds aux établissements au titre du financement des dépenses éligibles est sujet à une règle de déchéance quadriennale institué par la LFSS pour 2010.

C'est le constat que cette déchéance concernait un encours de financements accordés de l'ordre de 105 M€, portant sur des financements accordés entre 2001 et 2005, qui a été identifié comme une piste d'économies au cours de l'année 2010. De la sorte, les versements au FMESPP ont porté sur 159 M€, au lieu des 264 M€ prévus initialement.

La surveillance régulière de l'application de cette règle de déchéance se justifie en soi pour éviter un abondement excessif du FMESPP. Il paraît toutefois difficile d'y voir une contribution durable à la régulation des dépenses d'assurance maladie, mobilisable en cours d'année en cas de risque de dépassement.

70. En application de l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale, les indemnités journalières pour les arrêts de travail excédant les trois mois peuvent être revalorisés en cas d'augmentation générale des salaires durant cette période. Les coefficients de majoration sont alors à fixer par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

B – Les dépenses de soins de ville

Les réalisations provisoires font apparaître que le sous-objectif a été respecté, avec des dépenses un peu inférieures au montant cible (280 M€ de différence). Sur le fond, l'exercice 2010 a vu une certaine décélération des dépenses de soins de ville -liée notamment à des niveaux de dépenses en janvier et décembre de l'année significativement moins élevés qu'à l'accoutumée- qui a contribué au respect du sous-objectif.

Ainsi, selon le rapport de la CCSS de juin 2011, les dépenses du régime général (60,4 Md€) ont augmenté en 2010 de 2,9 % contre +3,2 % en 2009. La moitié de ces dépenses se rapportent à trois postes :

- 18,5 Md€ de dépenses au titre des médicaments, soit une augmentation de 1,9 % par rapport à 2009, marquant ainsi une décélération par rapport à l'évolution constatée entre 2009 et 2008 (+2,8 %) ;
- 8,3 Md€ de dépenses correspondant aux honoraires de spécialistes, soit une augmentation de 2,4 % par rapport à 2009, contre +2,1 % entre 2008 et 2009, cette accélération étant à attribuer à l'évolution du volume d'actes techniques réalisés par ces médecins ;
- 6,2 Md€ de dépenses d'indemnités journalières pour le risque maladie, soit une augmentation de +3,8 % entre 2009 et 2010 contre +5,1 % entre 2009 et 2008

Selon les estimations de la direction de la sécurité sociale, le taux de réalisation des économies attendues sur les soins de ville serait proche de 78 %, le principal facteur de décalage par rapport aux attentes concernant le mode de calcul des IJ, entré en vigueur tardivement au cours de l'année 2010.

Cependant, même en prenant en compte les mesures supplémentaires décidées en cours d'année, le rendement des économies attendues est significativement inférieur aux 1,8 Md€ attendus comme le fait apparaître le tableau suivant.

Soins de ville 2010 – degré de réalisations des économies

	Mesures prévues	Réalisations
Baisse de tarifs des prestations remboursées	Baisses de prix médicaments et dispositifs médicaux (y.c. génériques): 400 Baisse de tarifs (radiologues, biologistes) : 240 Générication clopidogrel : 200	Baisses de prix médicaments et dispositifs médicaux (y.c. génériques): 410 Baisse de tarifs (radiologues, biologistes) : 188 Générication clopidogrel : 163
Gestion du risque	Maîtrise médicalisée hors produits de santé : 390 Maîtrise médicalisée prescriptions produits de santé : 200 Lutte contre la fraude : 150	Maîtrise médicalisée hors produits de santé : 156 Maîtrise médicalisée prescriptions produits de santé : 345 Lutte contre la fraude ⁷¹ : 50
Réduction de la part prise en charge par l'assurance maladie	Remboursements à 15 % pour médicaments à SMR réduit : 145 IJ sur 365 jours : 110	Remboursements à 15 % pour médicaments à SMR réduit : 107 IJ sur 365 jours : 10
Total	1 835	1 429

Source : direction de la sécurité sociale

D'autres facteurs ont donc contribué au respect du sous-objectif. Il s'avère en effet qu'outre la dynamique propre à l'évolution de la consommation de soins -du fait notamment d'un épisode grippal nettement moins intense en 2010 qu'en 2009- se font fait sentir deux facteurs circonstanciels.

Il s'agit en premier lieu de l'excès en base mentionné plus haut, causé par un montant effectif de provisions, qui a porté sur plus de 350 M€ en 2010.

En outre, il a été anticipé lors de l'élaboration de l'ONDAM des dépenses nouvelles liées à la revalorisation du tarif de consultation des généralistes, pour un montant de 140 M€, dans le cadre des négociations conventionnelles. Cependant, celles-ci n'ayant pas abouti dans les délais

71. Le décalage observé entre le montant d'économies espéré de la lutte contre la fraude et celui effectivement constaté souligne le caractère incertain de certaines des propositions d'économies faites pour 2010.

attendus, l'absence de revalorisation en 2010 a permis d'éviter ce surcroît de dépenses.

De manière plus générale, l'absence de revalorisation significative des honoraires des professions de santé dans leur ensemble a aidé au respect de l'ONDAM pour les soins de ville.

Le respect du sous-objectif et la décélération relative des dépenses observée en 2010 ne tient donc qu'en partie à l'efficacité de la maîtrise des dépenses, mais s'explique aussi par des facteurs soit ponctuels, soit inhérents à la construction de l'ONDAM et dont la répétition ne peut être tenu pour acquise pour les années ultérieures.

C – Les dépenses relevant de l'ONDAM hospitalier

1 – Les réalisations constatées

Les réalisations provisoires mentionnées par le rapport de la CCSS sont de 70,8 Md€, soit une sous réalisation de 0,1 Md€ par rapport à l'ONDAM hospitalier corrigé des opérations de fongibilité⁷².

Pour les seules dépenses soumises aux objectifs de régulation (ODMCO, MIGAC, ODAM, OQN) et en faisant abstraction du FMESPP, les réalisations observées à partir de données extracomptables⁷³ produites pour l'observatoire de l'hospitalisation publique et privée font apparaître un dépassement de 93 M€.

Ce dernier correspond à un dépassement de l'ODMCO (567 M€⁷⁴) lié à un très fort dynamisme de l'activité en MCO⁷⁵, dont l'incidence sur le respect de l'ONDAM hospitalier est tempérée par des sous-réalisations en ce qui concerne les MIGAC (339 M€) et l'ODAM (134 M€). Ces sous-réalisations procèdent directement des mesures d'annulations de dotations décidées en cours d'année. Concernant les MIGAC, les annulations ont porté essentiellement sur les aides à la contractualisation (322 M€). Le rapport de l'observatoire constate par ailleurs un respect strict de l'QN.

72. Le rapport se réfère à un montant cible de 70,9 Md€, soit la différence entre le montant voté (71,2 Md€) et les opérations de fongibilité (0,3 Md€).

73. Données PMSI et SNIIRAM.

74. Dont 502 M€ pour l'ODMCO public et 65 M€ pour l'ODMCO privé.

75. Selon l'ATIH, la croissance du volume d'activité en 2010 a été de +3,1 % pour les établissements anciennement sous DG et de +2,2 % pour les cliniques, alors que l'ONDAM hospitalier avait été bâti sous l'hypothèse d'une prévision de volume, commune aux deux secteurs, de +1,7 %.

La direction générale de l'organisation des soins considère les économies programmées lors de l'élaboration de l'ONDAM comme automatiquement réalisées. Pour autant, il apparaît que le rendement de ces mesures, en particulier l'augmentation effective du forfait hospitalier journalier et la convergence ciblée des tarifs entre hôpitaux et cliniques, sont fonction du volume et de la nature de l'activité effectivement constatées dans les établissements en 2010. La Cour renouvelle donc sa recommandation ⁷⁶ tendant à mieux suivre les mesures d'économies.

En définitive, il s'avère donc que, sans les mesures de gel pratiquées en cours d'année sur les dotations aux établissements à hauteur de 524 M€ portant principalement sur les MIGAC, le dynamisme des dépenses relevant de l'ODMCO aurait conduit à un dépassement conséquent de l'ONDAM hospitalier.

Ces mesures de gel de 2010 sont, en soi, conformes aux orientations proposées par le rapport Briet et reprises par les pouvoirs publics. Mais le levier des MIGAC a été régulièrement utilisé ces dernières années afin de compenser pour certains établissements les conséquences négatives de la tarification à l'activité (T2A). La Cour a constaté qu'il y avait là une dérive à laquelle il convenait de mettre fin⁷⁷. Cette croissance des MIGAC ne pourra donc pas se poursuivre indéfiniment. Dès lors se pose la question de savoir si la limitation future des MIGAC sera compatible avec une pratique récurrente des gels sur ce même poste pour respecter l'ONDAM.

2 – La difficulté persistante des dépenses dites non régulées

La recommandation de la Cour faite en 2010 tendant à produire une restitution des dépenses relevant de l'ONDAM hospitalier en fonction des sous-objectifs votés en LFSS n'a pas été suivie d'effet et est réitérée. La DSS explique cette carence par l'impossibilité actuelle de déterminer sur un total de dépenses non régulées⁷⁸ de 400 M€ la nature exacte d'un total de dépenses de 176 M€ enregistrées, dans la comptabilité des régimes, sur des comptes relatifs à des dépenses non régulées.

76. Recommandation n° 6 dans le RALFSS de 2010.

77. Cf. chapitre VII – Tarification à l'activité et convergence tarifaire du présent RALFSS.

78. L'administration ne parvient pas à faire le départ entre les sommes qui sont effectivement hors champ de régulation et celles qui sont enregistrées par erreur dans les comptes en question.

La DSS prévoit d'engager un travail commun avec les régimes, de sorte à améliorer la ventilation comptable de ces charges. La menée à bien de ce travail apparaît d'autant plus souhaitable qu'il permettra que l'ONDAM soit exclusivement consacré à des dépenses régulées et rendra possible une présentation des réalisations de l'ONDAM hospitalier en sous-objectifs.

D – L'ONDAM médico-social

Le tableau ci-après retrace les réalisations constatées au titre de l'OGD et de l'ONDAM médico-social.

ONDAM médico social et OGD 2010

En Md€

Libellés	Personnes handicapées		Personnes âgées		Total	
	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé
OGD	8,204	8,401	8,182	7,954	16,386	16,355
ONDAM	7,941	7,947	7,270	7,170	15,211	15,117
Apport financier CNSA	0,262	0,454	0,912	0,783	1,174	1,237

Source : *caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*

Le secteur des personnes handicapées a connu un dépassement de l'OGD qui, à ONDAM médico-social constant, a conduit à relever le niveau d'apport financier de la CNSA. Ce dépassement (191 M€) porte sur 2,3 % de l'OGD, qui devient ainsi significatif⁷⁹. Une mission d'inspection a été chargée d'analyser les causes de ce dépassement.

En revanche, le secteur des personnes âgées est demeuré affecté par des sous consommations, à hauteur de 230 M€, soit 2,8 % de l'OGD prévu (contre 3,5 % en 2010 et 8 % en 2009). La contribution effective de l'assurance maladie à ces dépenses a été réduite par rapport au montant initialement prévu, à la suite de mesures d'économies prises en cours d'année.

79. L'année 2008 avait vu un léger dépassement de l'objectif et l'année 2009 une sous-consommation.

CONCLUSION

La tenue de l'ONDAM constitue une condition essentielle du respect de la trajectoire de réduction des déficits et de l'endettement publics prévue par la deuxième loi de programmation des finances publiques et plus largement du respect des engagements européens de la France.

L'exercice 2010 a constitué une première étape à cet égard : l'ONDAM a été respecté pour la première fois depuis 1997 -et la deuxième fois seulement depuis son institution- et le sous-objectif relatif aux soins de ville a été respecté pour la deuxième année consécutive.

Ce résultat constitue en soi un facteur positif pour l'évolution de la situation financière des régimes. Il a été rendu possible en particulier par la mise en place d'un pilotage plus ferme ainsi que par le recours à de nouvelles mesures de régulation à effet immédiat.

Cependant le respect de l'ONDAM a tenu aussi à une combinaison d'éléments aléatoires ou particuliers à 2010, qu'il s'agisse du contexte grippal favorable, d'économies de constatation sur l'un des fonds de l'assurance maladie ou de l'absence de revalorisation significative d'honoraires de professions de santé. Ce résultat demeure donc en définitive assez fragile.

La réalisation de l'ONDAM 2010 constitue un facteur favorable à la tenue de l'ONDAM 2011, compte tenu de son mode de calcul. Pour autant, les mesures mises en œuvre en 2010 ne pourront durablement suffire à contenir l'évolution des dépenses relevant de l'ONDAM : c'est bien de la maîtrise des dépenses correspondant directement à des remboursements de soins que dépend sur la durée le respect des orientations pluriannuelles en matière de finances publiques. C'est tout l'enjeu de la réalisation de l'ONDAM 2011 mais surtout de l'élaboration de l'ONDAM 2012.

En outre, le respect d'un taux de croissance de l'ONDAM maintenu pendant les prochaines années au niveau de 2,8 %, s'il permettrait un recul de la part des dépenses d'assurance maladie dans le PIB, ne suffirait cependant pas à résorber totalement le déficit structurel : ainsi que le décrit le rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de 2011, une telle évolution conduirait à un très lent recul du déficit. Celui-ci serait encore de 5 Md€ en 2020 et l'équilibre ne serait atteint qu'en 2027⁸⁰.

80. Rapport de la Cour sur la situation et les perspectives des finances publiques, juin 2011, p. 114. L'hypothèse sous-jacente est celle d'une progression de la masse salariale égale à sa tendance des 12 dernières années.

RECOMMANDATIONS

7. *Expliciter complètement les hypothèses techniques qui sous-tendent l'élaboration de l'ONDAM, de manière à en garantir la solidité et la transparence.*

8. *Rendre plus rigoureux et transparent le calcul des taux d'évolution tendancielle, en engageant un travail d'harmonisation des méthodes applicables au secteur hospitalier et aux soins de ville et d'analyse de facteurs de plus long terme, notamment la démographie médicale, l'innovation pharmaceutique et les anticipations de départs à la retraite dans la fonction publique hospitalière.*

9. *Extraire l'ensemble des dépenses non régulées du périmètre de l'ONDAM (recommandation réitérée).*

10. *Assurer effectivement le suivi des mesures d'économies, en particulier pour celles qui concernent l'ONDAM hospitalier.*

11. *Présenter le constat de l'ONDAM selon les sous-objectifs définis par la LFSS (recommandation réitérée).*
