

Chapitre II

Un nouveau dépassement de l'Ondam en 2023, une impérative reprise en main de son pilotage dès 2024

PRÉSENTATION

L'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) s'élève, en exécution, à un montant estimé de 247,8 Md€ en 2023, équivalent à celui de 2022 (247,1 Md€). Cette apparente stabilité recouvre toutefois deux mouvements inverses : d'une part, la quasi-fin des coûts liés à la crise sanitaire (- 10,6 Md€), d'autre part, une progression des dépenses pérennes de 4,8 %, supérieure à l'objectif de 3,5 % fixé par la loi de financement pour 2023, un dépassement étant constaté pour la deuxième année consécutive. De fin 2019 à fin 2023, l'Ondam hors Covid a progressé de 23,4 %.

La progression des dépenses hors covid tient aux effets cumulés de l'inflation, des revalorisations salariales en faveur des personnels hospitaliers et médico-sociaux, de l'activité des soins de ville et des produits de santé, ainsi que des aides exceptionnelles versées aux établissements de santé et médico-sociaux. Les mesures de régulation, qui contribuent au pilotage de l'Ondam, ont été très réduites.

Les montants versés aux établissements de santé et médico-sociaux n'ont pas empêché, pour la deuxième année consécutive et selon des données encore provisoires, des déficits très importants. La reprise trop limitée de l'activité des hôpitaux publics après la crise sanitaire n'a pas permis pas d'absorber les revalorisations salariales ni les effets de l'inflation.

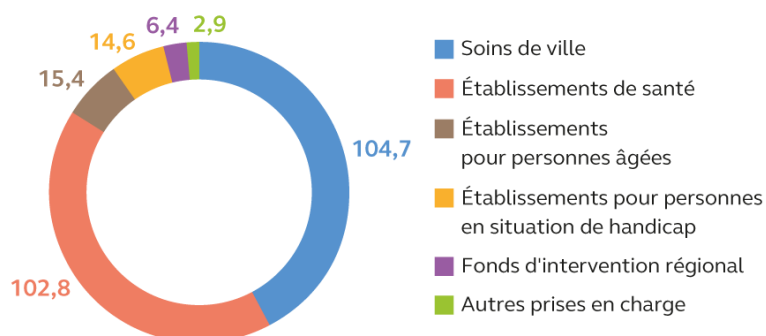
Le dépassement de l'Ondam en 2023 conduit mécaniquement à un ressaut des dépenses qui pèsera sur les déficits futurs de l'assurance-maladie. En 2024, le ralentissement attendu de la progression de la dépense à 3,2 % dépendra notamment de la capacité des pouvoirs publics à maîtriser la dynamique de l'activité et à réaliser un montant d'économies de 3,5 Md€, nettement plus élevé que celui de ces dernières années, pour compenser 4,6 Md€ de mesures nouvelles.

D'ici à 2027, la trajectoire de l'Ondam reviendrait à un rythme de progression de l'ordre de 3 % par an, qui suppose de vigoureuses mesures d'économies à court terme, accompagnées de réformes structurelles du système de santé. Un tel rythme serait toutefois supérieur à celui antérieur à la crise sanitaire. Il ne permettrait pas de réduire le déficit de l'assurance-maladie, qui serait l'ordre de 9 Md€ par an jusqu'en 2027, après 11,1 Md€ constaté en 2023.

Le présent chapitre analyse les causes du dépassement de l'Ondam en 2023 et les incertitudes sur la tenue de la trajectoire d'ici à 2027 (I). La maîtrise de la progression des dépenses passe par des mesures fortes et ciblées au sein de chacun des sous-objectifs (II).

Chiffres-clés⁷⁵

Graphique n° 5 : répartition des 246,8 Md€ de dépenses de l'Ondam hors covid en 2023 (en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les LFSS et les informations communiquées par la DSS

L'Ondam est constitué de six sous-objectifs correspondant aux grands secteurs de l'offre de soins. Les deux principaux sont les soins de ville (42,4 %) et les établissements de santé (41,6 %). Les dépenses de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) sont incluses dans ces deux enveloppes.

L'Ondam, a un champ proche de la dépense courante de santé (DCSi), utilisée dans les comparaisons internationales, qui s'élevait à 313,6 Md€ en 2022. Les dépenses courantes de santé sont prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire à titre principal (80 %), par les organismes complémentaires de santé (13 %) et par les patients eux-mêmes (7 %) ⁷⁶, soit un reste à charge en moyenne de 250 € par personne en 2022. En 2021, le reste à charge des ménages était en France le plus faible de l'OCDE avec le Luxembourg ⁷⁷.

Le pilotage de l'Ondam

L'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam), adopté chaque année par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale et faisant l'objet d'une annexe dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) comme dans le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (PLACSS), est un outil de régulation des dépenses de santé, instauré par la loi organique du 22 juillet 1996, relative aux lois de financement de la sécurité sociale (« norme de dépenses pilotables »). Il est conçu comme un objectif à ne pas dépasser, sans constituer un plafond au sens strict.

⁷⁵ Données de la direction de la sécurité sociale d'avril 2024.

⁷⁶ Drees, *Les dépenses de santé en 2022*, édition 2023.

⁷⁷ *Op. cit.* p. 181.

Le périmètre de l'Ondam comprend 80 % des dépenses de la branche maladie (rémunération des personnels de santé, dotations aux établissements de santé publics et privés, produits de santé, indemnités journalières maladie), de la branche autonomie (dotations aux établissements médico- sociaux pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap) et 36 % des dépenses de la branche accident du travail et maladies professionnelles. Il n'inclut pas les indemnités journalières maternité et paternité, les pensions d'invalidité, ni les rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles.

Des enveloppes indicatives sont fixées chaque année pour chacun des six sous-objectifs : soins de ville ; établissements de santé ; établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées ; établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap ; fonds d'intervention régional (FIR) et soutien national à l'investissement ; autres prises en charge.

Les dépenses sont diminuées par trois produits : les remises négociées avec les entreprises pharmaceutiques sur les prix publics des médicaments ; un prélèvement sur leur chiffre d'affaires en cas de dépassement d'un plafond de dépenses de médicament fixé en loi de financement de la sécurité sociale (clause de sauvegarde) ; une contribution des organismes complémentaires au titre des rémunérations forfaitaires versées aux médecins et autres professionnels de santé. La part de ces produits atténuatifs au sein de l'Ondam a augmenté fortement ces dernières années.

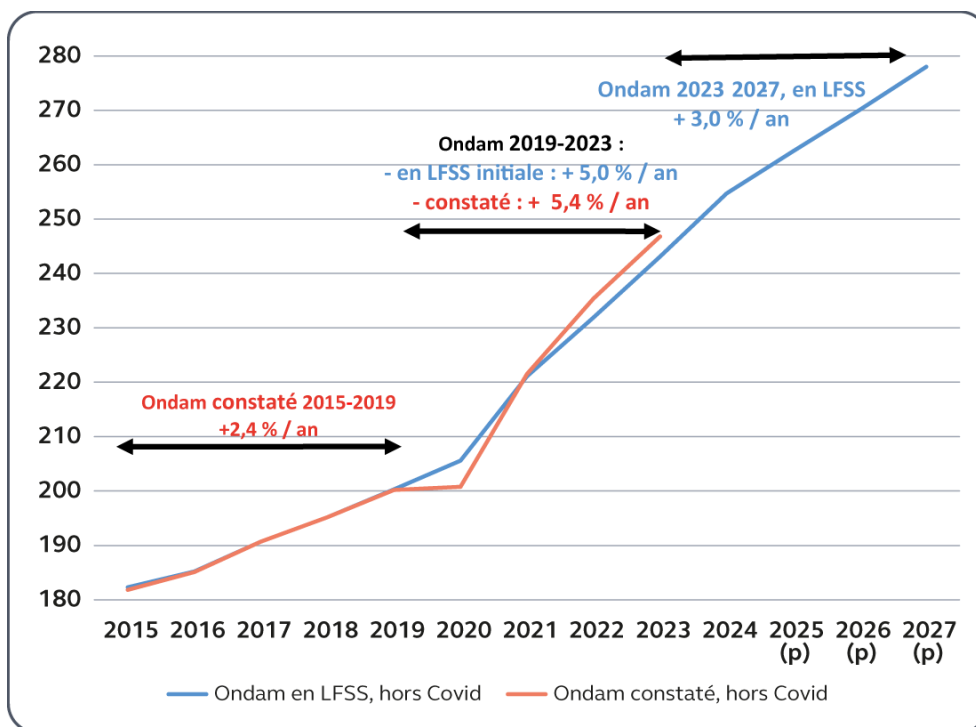
L'Ondam peut être révisé postérieurement à la clôture des comptes des organismes de sécurité sociale pour tenir compte d'écarts sur les provisions. Les dépenses prises en compte sont celles nées au cours de l'exercice, réglées ou provisionnées à l'arrêté des comptes. Un constat provisoire intervient à cette date et le constat définitif est arrêté en année n+2.

La supervision de l'exécution de l'Ondam est confiée à un comité d'alerte composé du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique, social et environnemental. Ce comité adresse une notification au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales maladie en cas de risque de dépassement de l'objectif adopté en loi de financement de la sécurité sociale supérieur à 0,5 %, pour que puissent être adoptées des mesures de redressement.

I - Un nouveau dépassement en 2023, une trajectoire d'ici 2027 à réviser

Le rythme de progression des dépenses de l'Ondam hors covid est passé de 2,4 % par an en moyenne de 2015 à 2019 à 5,4 % durant la crise sanitaire de 2019 à 2023. Pour la troisième année consécutive, l'Ondam exécuté hors covid dépasse l'objectif de dépenses voté en LFSS initiale. De 2015 à 2018, en revanche, l'objectif a toujours été respecté. L'insuffisante maîtrise des dépenses en 2023 fait peser des incertitudes sur la capacité des pouvoirs publics à tenir la trajectoire d'ici à 2027. Celle-ci repose en effet sur l'hypothèse d'une progression des dépenses ramenée à 3 % par an, un rythme cependant plus rapide que celui d'avant la crise sanitaire. Un tel ralentissement impliquerait d'importantes mesures d'économie.

Graphique n° 6 : évolution des dépenses d'Ondam hors covid constatées par rapport aux LFSS (en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les LFSS et les informations communiquées par la DSS

A - Un objectif non tenu de ralentissement des dépenses en 2023

L'objectif d'inflexion de l'évolution de l'Ondam affiché en LFSS pour 2023, après deux années de forte croissance en 2021 et en 2022, n'a pas été tenu en exécution. Face au risque prévisible de dépassement du seuil d'alerte à mi-année, les mesures de régulation infra-annuelle sont restées limitées alors que le comité d'alerte appelait à « *une grande vigilance* »⁷⁸.

1 - Un Ondam 2023, révisé à la hausse à deux reprises en cours d'exercice, en lieu et place de réformes d'efficience

Après les très fortes progressions de l'Ondam hors covid de 10,1 % en 2021 et de 6,2 % en 2022, l'Ondam 2023 adopté en LFSS (243,1 Md€) était en hausse de 3,5 %. Cet objectif de net ralentissement du rythme de progression des dépenses imposait de mobiliser de manière vigoureuse les marges d'efficience du système de soins⁷⁹.

Il était ainsi prévu que les dépenses progressent moins vite que l'inflation. Cela supposait que les économies associées à la construction de l'Ondam soient effectivement mises en œuvre et qu'une attention particulière soit accordée à la régulation infra-annuelle.

Dès la loi de financement rectificative de la sécurité sociale d'avril 2023, l'Ondam a été rectifié (+ 0,75 Md€) pour intégrer une mesure ciblée de prorogation de la majoration des rémunérations d'horaires de nuit et de garde des personnels hospitaliers (0,6 Md€) et pour couvrir en partie la dynamique des dépenses de soins de ville (0,15 Md€). Ces mesures n'ont pas été gagées par des économies.

Selon les données provisoires de la direction de la sécurité sociale⁸⁰, les dépenses d'Ondam 2023 hors covid se sont finalement établies à 246,8 Md€, en progression de 4,8 % (+ 11,4 Md€) par rapport à 2022. La hausse de l'Ondam a, de ce fait, été identique à l'inflation révisée (4,8 %).

⁷⁸ Avis du 7 juin 2023.

⁷⁹ Cour des comptes, Ralfss 2023, *Après la crise sanitaire, un Ondam à conforter comme outil de pilotage des dépenses de santé*.

⁸⁰ Les données définitives de l'exercice 2023 seront arrêtées en avril 2025, soit en année n+2, selon le calendrier habituel du suivi de l'Ondam.

Des dépenses covid résiduelles en 2023, conformes à la provision

Les dépenses covid de l'Ondam se sont établies à 1,1 Md€ en 2023, à un niveau proche de celui inscrit dans l'Ondam initial (1 Md€). De 2020 à 2023, le total des dépenses covid de l'Ondam s'est ainsi élevé à près de 50 Md€.

2 - Des mesures de régulation limitées

L'avis du comité d'alerte du 15 avril 2023 a relevé la « forte dynamique début 2023 de certaines dépenses sans lien avec l'épidémie de covid, en particulier les indemnités journalières, surtout celles de courte durée, les produits de santé et les transports sanitaires »⁸¹.

Dans son avis suivant du 7 juin 2023, le comité n'a pas anticipé les mesures salariales de revalorisation du point d'indice de la fonction publique et de prime exceptionnelle (1,6 Md€) adoptées par le décret n° 2023-519 du 28 juin et applicables au 1^{er} juillet. Il a appelé à adopter, en tant que de besoin, certaines mesures de régulation, mais n'a pas alors « observé un infléchissement de tendance tel qu'il le conduirait à signaler un risque sérieux de dépassement au-delà du seuil de 0,5 % (1,2 Md€) ».

La construction de l'Ondam 2023 intégrait une provision exceptionnelle pour risque d'inflation de 0,8 Md€. La provision pour la renégociation conventionnelle avec les masseurs-kinésithérapeutes (0,1 Md€), qui n'a pas abouti, laissait aussi une marge de financement. Dans un contexte d'inflation supérieure à la prévision, ces provisions étaient de nature à en absorber l'essentiel de l'impact.

En outre, selon la pratique habituelle, la programmation initiale de l'Ondam 2023 comprenait une mise en réserve de 0,3 % (0,7 Md€)⁸². Elle portait sur chacun des sous-objectifs à l'exception de celui des soins de ville, pourtant le plus important (42 % des dépenses) et à l'origine des dépassements en 2022. Comme en 2022, les mises en réserve se sont traduites par une annulation pour les seuls établissements et services médico-sociaux, à hauteur de 0,2 Md€.

⁸¹ Avis du 15 avril, puis ceux des 7 juin et 13 octobre 2023.

⁸² Ce dispositif est confirmé par la LPFP 2023-2027.

3 - Un dépassement 2023 pris en compte *a posteriori* par la loi de financement pour 2024

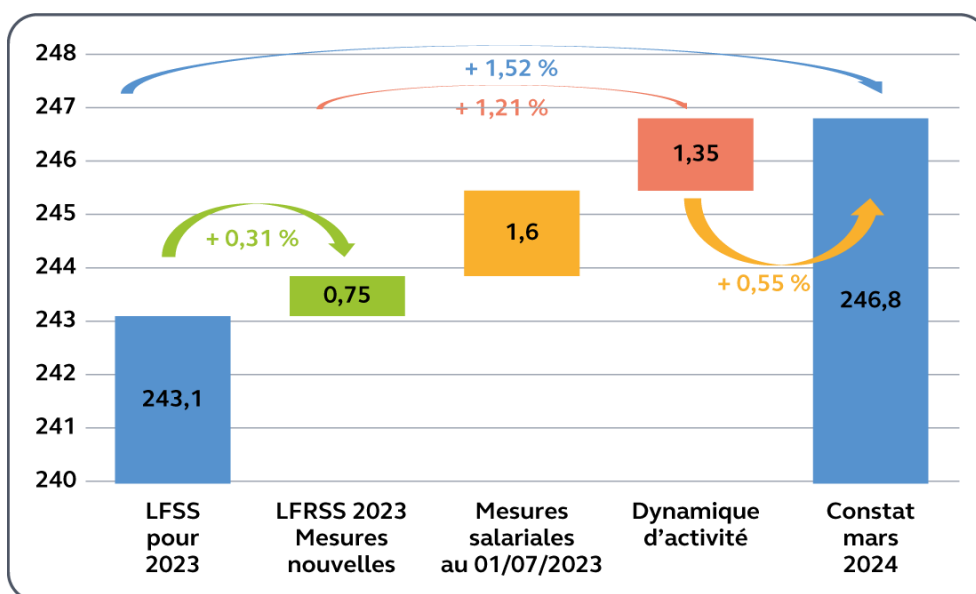
Le dépassement par rapport à la LFRSS d'avril 2023 (3 Md€) est dû aux mesures salariales pour les personnels hospitaliers et médico-sociaux (1,6 Md€), à l'activité des soins de ville (1,1 Md€) -notamment l'effet-prix sur les indemnités journalières-, à une rallonge financière allouée aux établissements de santé en mars 2024 pour atténuer leur déficit de 2023 (0,4 Md€⁸³), au fonds d'intervention régionale (0,3 Md€), que viennent atténuer une sous-exécution des subventions aux établissements médico-sociaux (- 0,3 Md€), et une sous-exécution des dotations des autres prises en charge (- 0,1 Md€).

L'Ondam 2023 a été rectifié par la LFSS pour 2024 afin de tenir compte de ce dépassement. L'exécution finale hors covid est encore en dépassement de 0,1 Md€.

Pour la troisième année consécutive, l'Ondam exécuté hors covid a ainsi dépassé l'objectif voté en LFSS initiale (+ 0,2 % en 2021, + 1,5 % en 2022, + 1,5 % en 2023), malgré des taux de progression prévisionnels bien supérieurs à ceux d'avant la crise sanitaire et l'existence des provisions.

⁸³ La rallonge était de 0,5 Md€ mais une partie a été financée par redéploiement de crédits au sein du sous-objectif des établissements de santé.

Graphique n° 7 : évolution de l'Ondam 2023 constaté par rapport à la LFSS hors covid (en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les informations communiquées par la DSS

4 - Un risque de dépassement plus élevé pour le constat définitif

Les dépenses de l'Ondam sont diminuées des recettes issues des remises et de la clause de sauvegarde sur les produits de santé. Ces recettes sont estimées lors de la clôture des comptes mais leur montant définitif n'est connu que beaucoup plus tardivement.

Au regard de l'importance prises par ces recettes (cf. *infra*) et dans la mesure où les entreprises pharmaceutiques contestent les modalités de calcul des outils de régulation du médicament, les pouvoirs publics indiquent vouloir s'inscrire dans un nouveau mode de régulation, fondé sur la négociation d'un accord-cadre. Cela crée une incertitude sur le montant final des dépenses de médicaments et sur l'Ondam 2023 constaté.

B - Une trajectoire qui n'assure pas le retour à l'équilibre de l'assurance-maladie

La LFSS pour 2024 prend acte du dépassement de l'Ondam constaté en 2023 et relâche la contrainte du ralentissement des dépenses pour 2024 et pour les exercices suivants. La trajectoire de l'Ondam d'ici à 2027 entretient de ce fait le déficit de la branche-maladie.

1 - En 2024, un nouveau risque de dépassement malgré un relâchement de la contrainte financière

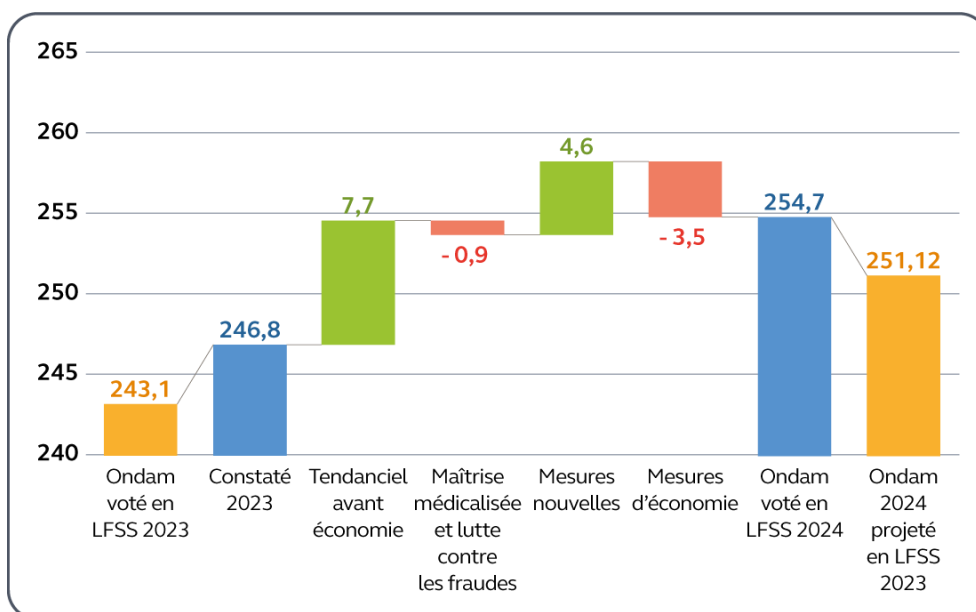
Les facteurs de dépassement de l'Ondam liés à la crise sanitaire et à l'inflation ont disparu mais le respect de l'Ondam 2024 reste incertain.

a) Un relâchement de la contrainte financière

La LFSS pour 2024 a fixé l'Ondam à 254,7 Md€. Ce faisant, elle a intégré le dépassement de 2023, d'une part, et a fixé la progression à 3,2 % (0,7 point de plus que la prévision d'inflation) contre précédemment 2,7 % (0,3 point inférieur à l'inflation). La contrainte de l'Ondam a été de ce fait doublement relâchée.

En outre, la construction de l'Ondam 2024 intègre 4,6 Md€ de mesures nouvelles (voir détail *infra*). Leur financement est en partie couvert par des économies prévisionnelles (3,5 Md€) et par des mesures de gestion du risque (0,9 Md€). Toutefois, leur montant total est nettement plus élevé que les années précédentes et n'est pas assuré. De ce fait, le respect de l'Ondam 2024 apparaît fragilisé. L'avis du comité d'alerte du 15 avril 2024 insiste sur la « *vigilance renforcée* » nécessaire, et tout particulièrement sur la situation financière préoccupante des établissements publics de santé.

Graphique n° 8 : évolution de l'Ondam prévu en LFSS pour 2024 par rapport à l'Ondam 2023 constaté hors covid (en Md€)



Source : Cour des comptes à partir de la LFSS pour 2024 et des données transmises par la DSS

Par ailleurs, la provision « covid » incluse dans l'Ondam 2024 initial est désormais résiduelle : 0,2 Md€, contre 1,1 Md€ en Ondam 2023 constaté. Il n'y a donc plus lieu d'identifier spécifiquement cette dépense.

b) Des mesures de maîtrise des dépenses en partie surestimées

La lutte contre les fraudes est un enjeu financier majeur pour l'assurance-maladie.

Un impératif changement d'échelle dans la lutte contre les fraudes

Le montant des fraudes aux prestations de l'assurance-maladie peut être estimé entre 3,8 Md€ et 4,5 Md€⁸⁴, soit plus du tiers du déficit de la branche en 2023. La majeure partie de ces montants relève de la fraude des professionnels de santé.

En 2023, les montants de fraude détectés par la caisse nationale de l'assurance-maladie (Cnam) sont en net progrès, avec un montant de 467 M€, dont 168 M€ de préjudices évités et 299 M€ de préjudices détectés et recouverts à hauteur de 200 M€.

Sans méconnaître la difficulté des actions à conduire ni les efforts accomplis, la Cour estime qu'un changement d'ampleur est toutefois nécessaire. Même si les objectifs fixés à la Cnam ont été fortement augmentés dans la convention d'objectifs et de gestion 2023-2027 (500 M€ de fraudes à juguler en 2024) et rehaussés à nouveau au printemps 2024 par le Gouvernement (800 M€ par an de 2024 à 2027), ils restent encore trop éloignés de la fraude estimée.

Par ailleurs, l'objectif d'économies consécutives à la lutte contre les fraudes, fixé par la LFSS pour 2024 (180 M€), simple reconduction de l'objectif 2023, est fixé à un niveau nettement inférieur aux résultats actuels de la Cnam et aux objectifs qui lui sont assignés par la convention d'objectifs et de gestion.

L'Ondam 2024 inclut des mesures visant à partager la charge de l'assurance-maladie avec les assurés⁸⁵, notamment l'effet en année pleine de la hausse 2023 du ticket modérateur dentaire (0,4 Md€), la révision de la tarification nationale journalière des prestations (0,1 Md€)⁸⁶ ainsi que le doublement en 2024 des participations forfaitaires et des franchises

⁸⁴ Cour des comptes, Ralfss 2023 chapitre VII, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore*. Voir aussi Ralfss 2020 chapitre IX, *Le versement à bon droit des prestations sociales : des erreurs trop fréquentes, des progrès indispensables*.

⁸⁵ L'assurance-maladie prend en charge la majeure partie des dépenses de santé mais laisse un reste à charge aux assurés (ticket modérateur sur les soins, les médicaments ou l'appareillage, franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux ou les transports sanitaires, participation forfaitaire sur les consultations médicales. Dans certaines situations, les assurés sont exemptés de ces restes à charge. Les organismes complémentaires de santé en couvrent la plus grande part.

⁸⁶ L'arrêté du 15 avril 2024, applicable au 1^{er} mars 2024, révisé la tarification des activités de soins médicaux et de réadaptation.

(0,8 Md€)⁸⁷. Le report de l'entrée en vigueur d'une partie de ces mesures réduit l'économie pour l'assurance-maladie de 0,2 Md€ en 2024.

Les économies réalisées au titre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ont été en nette baisse durant la crise sanitaire (377 M€ en 2019, 167 M€ en 2022) et sont restées en-deçà des objectifs assignés⁸⁸. L'objectif fixé pour 2024 de 720 M€ d'économie implique une efficacité accrue.

Les recettes atténuant les dépenses relatives aux produits de santé (10,1 Md€ en 2023), qui avaient déjà augmenté de 36 % en 2023, progresseraient encore de 13 % en 2024, soit 1,3 Md€. La réalisation de cet objectif pourrait néanmoins être fragilisée par l'assouplissement des règles de déclenchement des clauses de sauvegarde sur les produits de santé en LFSS 2024 (voir *infra*).

Enfin, le rétablissement d'une mesure d'économie sur les établissements de santé (0,6 Md€), après une suspension en 2022 et 2023 durant la crise sanitaire, implique d'importants efforts d'optimisation des achats dans le cadre du programme de performance hospitalière pour les achats responsables (Phare) et de régulation de l'intérim médical. Il est par ailleurs prévu des mesures d'efficacité et de régulation tarifaire sur des secteurs des soins de ville, notamment sur la biologie (0,3 Md€).

Compte tenu de ces incertitudes, qui pourraient atteindre 1 Md€, il est nécessaire de conditionner l'application des mesures nouvelles en dépenses à la garantie de la réalisation préalable de ces économies.

c) Des mesures nouvelles qui devraient pouvoir être régulées

Le total des mesures nouvelles -y compris mesures salariales-comprises dans l'Ondam 2024 s'élève à 4,6 Md€, dont 2 Md€ pour les établissements de santé, 1,6 Md€ pour les soins de ville, 1,1 Md€ pour les établissements et services médico-sociaux, 0,1 Md€ pour l'Établissement français du sang⁸⁹.

⁸⁷ Par décret n° 2024-114 du 16 février 2024 pour les franchises médicales appliquées aux boîtes de médicaments, aux actes effectués par un auxiliaire médical et aux transports sanitaires ; par décret n° 2024-113 du 16 février 2024 et décision de l'union nationale des caisses d'assurance-maladie du 24 avril 2024 pour la participation forfaitaire aux consultations et actes médicaux.

⁸⁸ 51 % en 2019 et 22 % en 2022. Les données 2020 et 2021 ne sont pas disponibles.

⁸⁹ Le montant intègre une économie de 0,2 Md€ liée à la fin des dépenses ponctuelles du Ségur de la santé.

Plusieurs de ces mesures sont incontournables : il en va ainsi des mesures salariales en faveur des personnels hospitaliers et médico-sociaux de la fonction publique (0,6 Md€⁹⁰) et de l'extension en année pleine des premières revalorisations des honoraires des médecins, dans l'attente de la conclusion des négociations conventionnelles⁹¹ (provisionnée à 1,6Md€).

D'autres mesures nouvelles pourraient, le cas échéant, être différées, telles que les mesures supplémentaires d'attractivité des personnels des établissements de santé (0,5 Md€) ou les mesures hors Ségur pour les établissements de santé et médico-sociaux (1,3 Md€). Les éventuels besoins résultant de l'inflation devraient être couverts dans la limite de la provision prévue à ce titre (0,7 Md€). Il reste aussi une marge tenant à l'abandon de la mesure de financement de la hausse des cotisations sociales vieillesse des personnels hospitaliers et médico-sociaux affectés à la caisse nationale de retraite des collectivités locales (CNRACL) pour 0,2 Md€, compensée en 2024 par une baisse équivalente des cotisations maladie.

2 - Une trajectoire d'ici à 2027 qui entérine le déficit de l'assurance-maladie

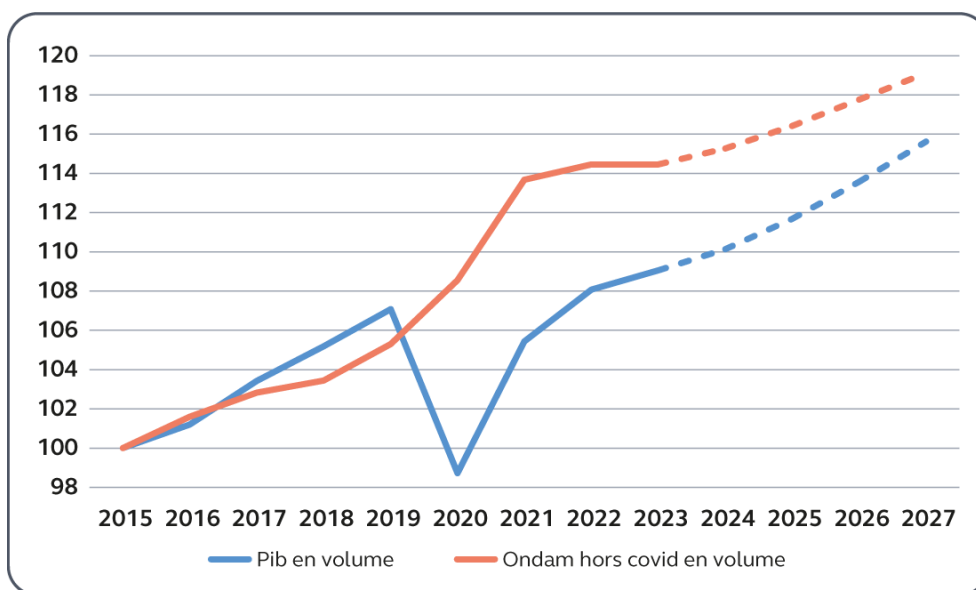
Comme le montre le graphique ci-après, l'Ondam a été strictement encadré de 2015 à 2019 pour évoluer à un rythme inférieur à celui du PIB en volume. Durant la crise sanitaire, l'Ondam hors covid a, au contraire, progressé plus fortement que la richesse nationale.

Pour l'avenir, le rythme de progression de l'Ondam inscrit en loi de programmation des finances publiques 2023-2027 et en LFSS pour 2024 tendrait à s'infléchir. Il est fixé à 3 % en 2025 puis à 2,9 % en 2026 et en 2027. Compte tenu des prévisions d'inflation et de croissance, cette progression représente une contrainte forte (retour à une progression de l'Ondam un peu inférieure à celle du PIB). Elle implique des mesures d'économie pour tenir la trajectoire d'ici à 2027.

⁹⁰ Ce solde comprend l'extension en année pleine de la revalorisation du point d'indice de la fonction publique au 1^{er} juillet 2023 (630 M€), le rehaussement de 5 points pour les agents au 1^{er} janvier 2024 (740 M€), le rehaussement de points pour les bas salaires (90 M€) et la non-reconduction de mesure indemnitaire ponctuelle de 2023 (- 860 M€).

⁹¹ En l'absence d'accord entre la Cnam et les médecins sur une nouvelle convention médicale, un règlement arbitral est entré en vigueur le 1^{er} mai 2023. Il proroge la convention médicale de 2016 en y apportant des évolutions. Certaines mesures de revalorisation et la simplification de l'aide à l'emploi d'assistants médicaux sont d'ores et déjà effectives.

Graphique n° 9 : évolution de l'Ondam hors covid en volume comparée au PIB en LFSS 2024



Source : Cour des comptes à partir des LFSS

Pour autant, une telle trajectoire ne permettrait pas de résorber le déficit de la branche maladie de 11,1 Md€ en 2023 mais seulement de le stabiliser à 9 Md€ en moyenne de 2024 à 2027. Ce déficit structurel tient aux revalorisations salariales des personnels hospitaliers et médico-sociaux (10,9 Md€ de 2021 à 2023) et à la dynamique d'activité des soins de ville. Le retour à l'équilibre financier de la branche, comme à la veille de la crise sanitaire, impliquerait des réformes profondes.

Il importe, au-delà, de prévoir aussi le financement des besoins croissants en santé résultant du vieillissement de la population, du développement des maladies chroniques et de l'effet de l'innovation. De manière regrettable, la loi de programmation des finances publiques pour 2023-2027, la stratégie nationale de santé 2023-2033 en cours de finalisation⁹², et la nouvelle génération des projets régionaux de santé (2023-2027) préparés par les agences régionales de santé n'ont pas été l'occasion de définir une approche consolidée d'objectifs et de moyens en matière de santé, malgré la concordance de leurs calendriers de préparation en 2023.

⁹² Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a rendu un rapport le 28 mars 2023 et une consultation publique a été conduite en septembre 2023.

3 - Une hausse moins rapide de la prise en charge des complémentaires de santé

Par contraste avec la progression annuelle moyenne des dépenses d'Ondam entre 2019 et 2022 (+ 5,4%), les prestations des organismes complémentaires de santé (32,8 Md€ en 2022⁹³) ont progressé de 2,6 % par an seulement durant la même période⁹⁴. En conséquence, leur part a mécaniquement diminué, passant de 16 % en 2019 à 14,6 % en 2022.

Un plus grand effort pourrait être demandé aux organismes complémentaires de santé : les remboursements de soins aux assurés représentent 80 % du montant des cotisations, leurs frais de gestion environ 15 %⁹⁵. Par ailleurs, les provisions techniques, qui relèvent pour l'essentiel des entreprises d'assurance, ont augmenté de 13,5 % durant la crise sanitaire⁹⁶.

Une meilleure articulation entre assurance-maladie obligatoire et organismes complémentaires de santé

Les organismes complémentaires de santé contribuent aux dépenses d'Ondam sous la forme d'une contribution pérenne à la rémunération forfaitaire par objectif des médecins (0,3 Md€ par an de 2020 à 2023, alors que les forfaits ont augmenté de 22 % de 2021 à 2023 pour atteindre 2,2 Md€). Durant la crise sanitaire, elles ont versé une contribution ponctuelle au titre des dépenses covid (1,5 Md€ en 2020 et 2021). Enfin, un transfert, aux organismes d'assurance maladie complémentaire, de prise en charge de soins dentaires (0,5 Md€) a été décidé en LFSS pour 2023. Outre ces mesures financières, une coopération accrue est à rechercher pour conduire notamment des actions de lutte contre les fraudes et de prévention en santé.

⁹³ Hors frais de gestion des sinistres de 1,7 Md€.

⁹⁴ *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, Drees, rapport 2023.

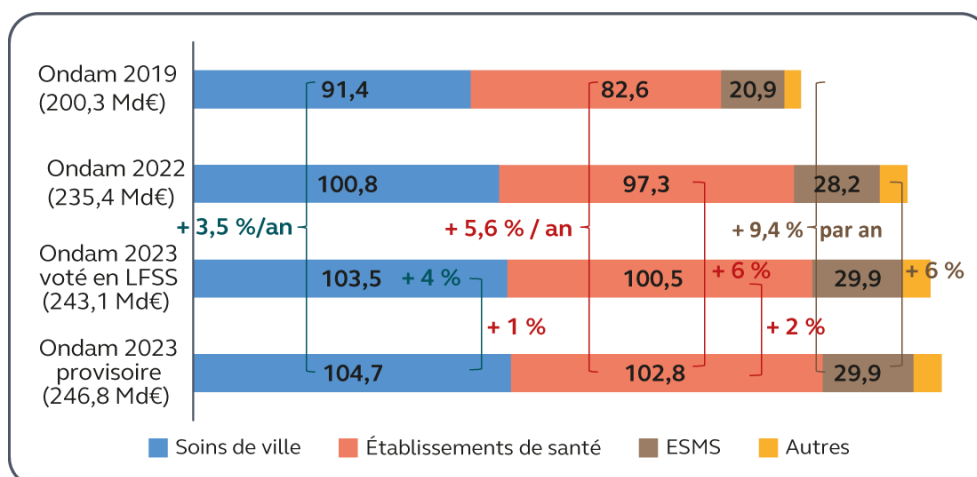
⁹⁵ 6,2 Md€ de frais de démarchage de nouveaux adhérents et de frais d'administration, parmi lesquels une part de dépenses de prévention en santé non documentée.

⁹⁶ Elles sont passées de 94 Md€ en 2019 à 106,7 Md€ en 2022.

II - Des dynamiques hétérogènes par sous-objectifs qui imposent des pilotages ciblés

De fin 2019 à fin 2023, la progression moyenne de l'Ondam hors covid de 5,4 % par an masque des disparités importantes selon les professions ou les secteurs. Le respect de la trajectoire d'ici 2027 et son inflexion pour tendre vers un retour à l'équilibre de la branche maladie impliquent un pilotage spécifique à chaque sous-objectif et des mesures de réforme.

Graphique n° 10 : exécution 2023 de l'Ondam hors covid par sous-objectif comparée à la LFSS et aux exécutions 2022 et 2021 (en Md€)



Source : Cour des comptes à partir des données de la direction de la sécurité sociale

A - Des mécanismes de maîtrise des dépenses à resserrer ou à créer pour les soins de ville et les produits de santé

Au regard de la dynamique de ces dépenses, le respect en 2024 du sous-objectif « soins de ville » (+3 %) appelle un renforcement et une extension des mécanismes conventionnels et de régulation des dépenses, en particulier pour les professions ou secteurs les plus dynamiques, notamment les médecins spécialistes, les transporteurs sanitaires, les indemnités journalières de droit commun (hors covid) ainsi que les producteurs de dispositifs médicaux.

1 - Des dynamiques de dépenses des soins de ville qui appellent une régulation cohérente avec la norme d'évolution de l'Ondam

En 2023, les dépenses de soins de ville hors produits de santé et hors covid (72,2 Md€) sont en augmentation de 4,6 %, après déjà 5,3 % en 2022. Les plus fortes hausses se concentrent sur les honoraires de médecins spécialistes, les indemnités journalières et les transports sanitaires.

Par contraste, les dépenses de biologie hors covid n'ont progressé que de 1,2 % en 2023 en raison de mesures conventionnelles de régulation, en particulier de réductions de tarifs⁹⁷. Elles s'inscrivent dans un contexte financièrement très favorable aux laboratoires pendant la crise covid, du fait de tarifs de test maintenus trop longtemps à des niveaux élevés, alors même que les investissements des laboratoires en automates étaient déjà largement amortis⁹⁸.

⁹⁷ L'avenant 11 à la convention entre les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales et l'assurance-maladie, signé le 10 janvier 2023, prévoit une baisse du prix de la lettre clé au 1^{er} février 2023 (économie de 135 M€), des baisses et augmentations de tarif (45 M€), une enveloppe de dépenses pour les nouveaux actes (150 M€).

⁹⁸ Par comparaison aux tarifs appliqués en Allemagne, leurs gains peuvent être estimés à 0,8 Md€. Voir Cour des comptes, Ralfs 2021, *Les dépenses de biologie médicale : des efforts d'efficience encore insuffisants*.

Tableau n° 17 : exécution 2023 des soins de ville (en Md€)

<i>En Md€</i>	Réalisé 2023 provisoire	Réalisé 2022 définitif	Écart 2023 / 2022	
<i>Honoraires médicaux et dentaires</i>	28,4	27,2	1,2	4,4 %
<i>dont médecins généralistes</i>	6,3	6,3	- 0,0	- 0,6 %
<i>dont médecins spécialistes</i>	14,7	13,8	0,8	6,0 %
<i>dont chirurgiens-dentistes</i>	4,7	4,5	0,1	3,3 %
<i>dont rémunération forfaitaire</i>	2,3	2,1	0,2	10,5 %
<i>Honoraires paramédicaux</i>	15,4	15,0	0,4	2,7 %
<i>dont infirmiers</i>	9,4	9,5	- 0,0	- 0,3 %
<i>dont masseurs-kinésithérapeutes</i>	4,9	4,6	0,3	7,1 %
<i>Biologie</i>	3,8	5,5	- 1,7	- 31,1 %
<i>dont covid</i>	0,1	1,9	- 1,7	- 94,0 %
<i>Transports sanitaires</i>	6,0	5,5	0,5	9,1 %
<i>Indemnités journalières (y compris covid)</i>	15,9	16,7	- 0,8	- 4,9 %
<i>dont IJ de droit commun (hors covid)</i>	15,8	14,9	0,9	6,2 %
<i>Vaccinations</i>	0,1	0,4	- 0,3	- 73,5 %
<i>Prise en charge cotisations</i>	2,5	2,8	- 0,3	- 9,3 %
<i>Autres dépenses</i>	0,5	0,4	0,0	25,0 %
<i>Total soins ville hors produits de santé et hors covid</i>	72,2	69,0	3,2	4,6 %
<i>Médicaments (et rétrocessions hospitalières)</i>	29,9	28,2	1,8	6,3 %
<i>Tests, masques</i>	0,2	2,0	- 1,8	- 90,9 %
<i>Remises et contributions conventionnelles</i>	- 6,1	- 4,6	- 1,5	33,6 %
<i>Dispositifs médicaux</i>	8,6	8,3	0,4	4,5 %
<i>Total produits de santé</i>	32,6	33,8	- 1,2	- 3,5 %
<i>Total soins de ville</i>	105,3	107,4	- 2,2	- 2,0 %
<i>Total soins de ville hors covid</i>	104,7	100,9	3,8	3,8 %

Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale

a) Une progression continue des indemnités journalières de droit commun hors covid

Les indemnités journalières de droit commun hors covid (15,9 Md€) sont encore le poste le plus dynamique des soins de ville (+ 6,2 %, + 0,9 Md€). De 2019 à 2023, la dépense a progressé de 28 % (+ 3,5 Md€). Elle relève à 70 % des indemnités journalières maladie - dont 55 % pour les indemnités de moins de trois mois et 45 % pour celles de plus de trois mois – et à 30 % des indemnités journalières accidents du travail.

La hausse des dépenses d'indemnités journalières tient notamment aux revalorisations du Smic depuis 2021 et à l'entrée en vigueur d'indemnités journalières maladie pour les professions libérales en 2021⁹⁹. En 2023, elle recouvre principalement un effet valeur (+ 6,1 %) par rapport à un effet volume plus limité (1,6 % dont 0,4 point lié à la prise en compte des indemnités journalières des professions libérales qui reste en-deçà du rythme antérieur de 3,5 % de 2016 à 2019 et de 3,9 % de 2020 à 2023)¹⁰⁰. Cette décomposition doit toutefois être interprétée avec prudence, la frontière avec les indemnités journalières covid en 2022 étant floue. Les principaux motifs d'arrêt en augmentation en 2023 concernent des maladies virales et bactériennes mais surtout les troubles de la santé mentale¹⁰¹.

b) Des progressions d'honoraires à maîtriser

En 2023, la progression des dépenses d'honoraires médicaux a atteint 4,4 % (+ 1,2 Md€), contre 3,6 % pour le sous-objectif soins de ville hors covid et hors honoraires médicaux. Elle était déjà de 3,9 % en 2022.

Cette progression est tirée par les honoraires de médecins spécialistes (+ 6 % ; 0,8 Md€) et les forfaits patientèle (+ 10,5 % ; 0,2 Md€)¹⁰². Elle inclut les revalorisations décidées par le règlement arbitral entré en vigueur le 1^{er} mai 2023, à la suite de la rupture des négociations entre l'assurance maladie et les médecins libéraux¹⁰³. S'y

⁹⁹ Voir chapitre V du rapport, *L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie dans le régime général*.

¹⁰⁰ Données transmises par la Cnam.

¹⁰¹ Dont les arrêts pour syndrome dépressif (+ 125 000), troubles anxio-dépressifs mineurs (+ 51 000) et troubles anxieux (+ 88 000). Rapport *Charges et produits de la Cnam*, 2023.

¹⁰² Les rémunérations forfaitaires comprennent notamment la rémunération sur objectifs de santé publique, le forfait patientèle médecin traitant, le forfait structure, les majorations personnes âgées et l'aide forfaitaire au recrutement d'un assistant médical.

¹⁰³ Revalorisation des soins non programmés, élargissement du dispositif d'assistant médical, consultation initiation des patients souffrant d'affections de longue durée, revalorisation

ajoutera, le moment venu, l'effet des revalorisations conventionnelles des médecins en négociation en 2024¹⁰⁴.

Les dépenses d'honoraires paramédicaux (+ 2,7 % en 2023) sont essentiellement tirées par les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes, en hausse de 7,1 % (0,3 Md€), qui constituent un rattrapage après des pertes de pouvoir d'achat constatées de 2019 à 2022¹⁰⁵.

Des dynamiques de hausses d'honoraires hétérogènes¹⁰⁶

De 2019 à 2022, le nombre de médecins généralistes libéraux a diminué (- 1 %, 52 169), tandis que leurs honoraires ont progressé (+ 3 %), avec des différences locales du montant moyen de leurs honoraires (de + 11 % dans le Lot et la Marne à - 3 % dans la Sarthe).

La progression du nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (+9 %, 75 610) a été aussi rapide que celle de leurs honoraires (6,1 Md€, + 9 %). Le montant moyen d'honoraires par praticien est donc resté stable.

La progression du nombre d'infirmiers libéraux (+ 4 %, 99 316) a été plus limitée que celle de leurs honoraires (9,9 Md€, +16 %), avec, par voie de conséquence, un montant moyen d'honoraires en hausse de 12 % (19 % dans le Vaucluse et la Loire).

c) Une maîtrise des dépenses de transports sanitaires reportée sur les assurés

La rapide augmentation des dépenses de transports sanitaires résulte de hausses de prix et de volume. Les dépenses (6 Md€) ont augmenté de 9,1 % en 2023, de 7 % en 2022. La hausse de 2022 coïncidait avec une forte augmentation du nombre de personnes transportées qui fait l'objet d'une étude en cours de la Cnam. La hausse de 2023 inclut des revalorisations tarifaires pour les taxis, intervenues en mars. En 2024, un

d'actes et forfaits. Entrées en vigueur en mai 2023, ces dispositions ont été provisionnées pour 0,2 Md€ en 2023 plus 0,5 Md€ en 2024 pour couvrir leur montée en charge.

¹⁰⁴ La négociation est encore en cours à la date de publication du rapport. Le mécanisme d'entrée en vigueur de la convention prévoit un délai de six mois (outre les délais de procédure) entre sa signature et l'entrée en vigueur de ses stipulations.

¹⁰⁵ Une provision de 0,1 Md€ avait été inscrite en construction de l'Ondam 2023 en prévision des négociations relatives à l'avenant 7 à la convention du 13 juillet 2023 qui n'ont finalement pas abouties.

¹⁰⁶ Études et données du site assurance-maladie.ameli.fr (source SNDS).

nouveau risque de dépassement résulte d'un avenant à la convention nationale des transporteurs sanitaires qui prévoit une enveloppe de 340 M€ sur la période 2023-2025 pour compenser la hausse des charges et notamment du coût de l'essence¹⁰⁷.

Le financement de cet avenant repose sur un transfert de charge vers les assurés par l'instauration d'un ticket modérateur et la suppression du tiers payant pour les patients qui refuseraient une proposition de transport partagée, pour une économie estimée à 50 M€ en 2024 et à 100 M€ en 2025¹⁰⁸.

2 - Un objectif de régulation des dépenses de produits de santé à conforter

La maîtrise des coûts pour l'assurance-maladie repose sur les remises conventionnelles négociées par le comité économique des produits de santé¹⁰⁹ avec les entreprises pharmaceutiques et les industries de santé¹¹⁰ et sur la clause de sauvegarde¹¹¹. Les recettes perçues des entreprises pharmaceutiques viennent ainsi atténuer les dépenses brutes de produits de santé.

En 2023, les dépenses nettes de produits de santé de l'assurance-maladie ont atteint 39,1 Md€, en progression de 2,4 % par rapport à 2022. Dans leur ensemble, les dépenses de médicaments (28,3 Md€) sont en hausse limitée (1,5 %), mais pourraient augmenter fortement en fonction du montant définitif des remises. Les dépenses de médicaments sont tirées par le sous-ensemble relevant de la « liste en sus », qui augmentent de 5,4 %¹¹². Les dépenses de dispositifs médicaux et prestations associées (10,8 Md€) sont aussi en forte hausse (4,5 %).

¹⁰⁷ Avenant n° 11 signé le 13 avril 2023 et entré en vigueur en novembre. La hausse des dépenses a pu être amplifiée aussi par les mesures liées aux transports inter-hospitaliers et pré-hospitaliers avec la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie de prestations de transport urgent pré-hospitalier (TUPH), à compter du 1^{er} janvier 2023.

¹⁰⁸ Art. 69 de la LFSS pour 2024.

¹⁰⁹ Le CEPS est placé sous l'autorité conjointe des ministres en charge de la sécurité sociale et de l'économie et des comptes publics.

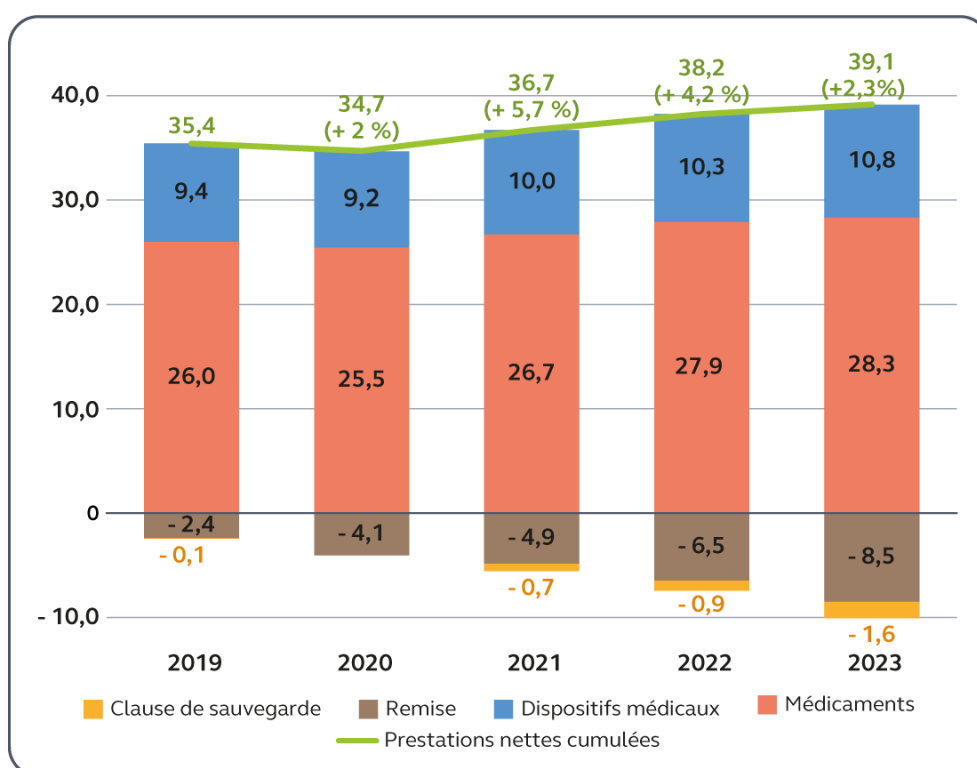
¹¹⁰ Il existe trois types de remises, par agrégats (classes pharmaco-thérapeutiques), sur chiffre d'affaires au-delà de certains seuils et par produits (engagements sur le volume de ventes, le respect d'une posologie moyenne ou le coût de traitement journalier).

¹¹¹ Selon l'article 138-10 du code de la sécurité sociale, les entreprises pharmaceutiques sont assujetties à une contribution lorsque leur chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile en France est supérieur à un montant M déterminé par la loi de financement de la sécurité sociale.

¹¹² La « liste en sus » des tarifs d'hospitalisation permet la prise en charge par l'assurance-maladie de spécialités pharmaceutiques innovantes prescrites en

Compte tenu de la dynamique des dépenses de produits de santé, de leur logique propre de régulation, du peu de visibilité sur les gains d'efficacité et de leur comptabilisation éparpillée entre les deux sous-objectifs des soins de ville et des établissements de santé, la création d'un sous-objectif spécifique au sein de l'Ondam serait justifiée.

Graphique n° 11 : évolution des dépenses de produits de santé 2019-2023 (en Md€)



Source : Cour des comptes à partir des données de la direction de la sécurité sociale

Pour l'avenir, du fait des dispositions de la LFSS pour 2024 qui, désormais, plafonnent la clause de sauvegarde¹¹³, la maîtrise des dépenses de médicaments repose davantage encore sur la capacité du comité

établissements de santé. Cette liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et précise les indications concernées. Les dépenses de la liste en sus (6,7 Md€ en 2023) ont augmenté de 4,4 % par an de 2019 à 2023.

¹¹³ Selon l'article 28 de la LFSS 2024, le plafond est de 10 % du chiffre d'affaires remboursable net de remises.

économique des produits de santé à négocier des remises de prix avec les industries pharmaceutiques ainsi que sur la réactivation d'autres leviers, comme le développement du recours aux médicaments génériques et biosimilaires ou sur la réduction de la consommation d'antibiotiques.

Pour les dépenses des dispositifs médicaux et prestations associées, les mécanismes de régulation de la dépense sont plus complexes à mettre en œuvre, compte tenu des différents types de dépenses, du nombre important d'entreprises du secteur, de la hausse des coûts de production et du coût marginal élevé des produits. La règle de déclenchement de la clause de sauvegarde, pourtant jamais activée depuis sa création en LFSS pour 2020, a été assouplie par la LFSS 2024, ce qui la prive d'effet.

B - Un pilotage et un suivi financier des établissements de santé et médicaux-sociaux à renforcer

Les établissements de santé, notamment publics et privés à but non lucratif, ainsi que les établissements médico-sociaux sont confrontés au tassement de leur activité et à une situation financière globale qui continue de se dégrader. Les mesures financières d'urgence décidées en 2023 ont permis d'atténuer des déficits très élevés. Cette situation ne peut perdurer et impose d'engager des actions structurelles d'adaptation et d'amélioration de l'offre de soins.

1 - Des établissements de santé à la situation financière précaire à restructurer

La situation des établissements de santé se caractérise par de nouveaux déficits exceptionnels en 2023, selon les données provisoires transmises par la direction générale de l'offre de soins, et par un pilotage insuffisant de la relance de l'investissement hospitalier.

a) Des écarts d'activité marqués entre secteurs public et privé depuis 2019

Entre 2019 à 2023, la transformation de l'activité des établissements de santé s'est poursuivie, avec un recul des hospitalisations complètes et une progression rapide de l'activité ambulatoire. Le nombre de séjours est resté stable pour la catégorie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif et il a augmenté de 8 % pour les cliniques privées à but lucratif. En prenant en compte la valorisation économique des séjours,

l'activité a chuté de 4 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif et a progressé de 3 % pour les cliniques privées.

En 2023, 64 % des établissements n'ont toujours pas retrouvé leur niveau d'activité de 2019, dont 70 % de centres hospitaliers, 55 % de centres hospitaliers régionaux ou universitaires comme l'AP-HP, et 53 % d'établissements privés à but non lucratif. Ils ont bénéficié du mécanisme de compensation financière¹¹⁴, pour un montant total de 1,2 Md€ en 2023, contre 2,6 Md€ en 2022. Avec la fin de la crise sanitaire, il convient à présent de mettre un terme à ce mécanisme conçu pour n'être que temporaire.

Tableau n° 18 : évolution de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique par secteur d'établissements de santé de 2019 à 2023

	Établissements publics et privés non lucratifs		Cliniques privées	
	Nombre de séjours	Volume économique	Nombre de séjours	Volume économique
<i>Séjours ambulatoires</i>	22 %	18 %	22 %	27 %
<i>Hospitalisation complète</i>	- 9 %	- 7 %	- 14 %	- 9 %
Total séjours	1 %	- 4 %	8 %	3 %

Source : direction générale de l'offre de soins, présentation Cour des comptes.

Depuis 2019, les dépenses des établissements de santé prises en charge par l'assurance-maladie ont, en parallèle, augmenté de près d'un quart (+ 20,2 Md€), essentiellement du fait des mesures de revalorisation salariale¹¹⁵ et de recrutements supplémentaires (1 Md€). La forte augmentation des dépenses des hôpitaux publics, alors que leur activité stagne et que la valorisation de cette activité baisse, aggrave leurs déséquilibres financiers.

¹¹⁴ Le dispositif de sécurisation modulée à l'activité (SMA), prévu à titre transitoire par l'article 44 de la LFSS pour 2023, a succédé à la garantie de financement.

¹¹⁵ Ségur de la santé, mesures supplémentaires d'attractivité des gardes de nuit et de weekend, revalorisation du point d'indice.

b) Un déficit sans précédent en 2023 qui accentue le dépassement de l'Ondam

En 2023, les dépenses de l'Ondam hospitalier (102,8 Md€) ont progressé de 5,6 %. En net dépassement par rapport à la LFSS (2,2 Md€), elles ont été plus dynamiques que les soins de ville. Le dépassement recouvre une mesure d'attractivité votée en LFRSS d'avril 2023 (0,6 Md€), des mesures salariales décidées en cours d'exercice - parmi lesquelles une prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et la revalorisation du point d'indice de la fonction publique au 1^{er} juillet 2023 (1,3 Md€¹¹⁶) - ainsi qu'une rallonge financière exceptionnelle accordée en mars 2024 au titre de l'exercice 2023 afin de limiter le déficit des établissements de santé (0,5 Md€¹¹⁷).

Malgré cela, selon les données provisoires, les hôpitaux publics devraient enregistrer, pour la deuxième année consécutive, des déficits exceptionnellement élevés en 2023. Cette situation générale de plus en plus dégradée masque des disparités entre établissements de santé, selon la manière dont chaque établissement parvient à concilier l'évolution de ses activités avec la croissance de ses charges de personnels et de fonctionnement.

Des déficits qui seraient exceptionnellement élevés

Selon les données -provisoires- de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en avril 2024, la situation financière des hôpitaux publics (budget principal) se dégraderait encore en 2023. Leur déficit atteindrait un montant compris entre 1,7 Md€ et 1,9 Md€ en 2023 malgré l'aide de 0,5 Md€ allouée. Il fait suite à un déficit de 1 Md€ en 2022 analysé par la Cour¹¹⁸. Les données de la direction générale des finances publiques (Dgfp) montrent un encours de dette de 30 Md€ fin 2023, contre 29,7 Md€ fin 2020.

Le résultat des établissements privés à but non lucratif s'est également fortement dégradé, passant d'un excédent cumulé de 30 M€ en 2022 à une perte de 124 M€ en 2023.

Le résultat des hôpitaux publics n'est pas intégré au périmètre des dépenses de l'Ondam car il n'a pas de contrepartie immédiate et directe

¹¹⁶ Dont 670 M€ de prime pour le pouvoir d'achat, 510 M€ de revalorisation du point d'indice (effet de demi-année), 70 M€ d'autres mesures indemnitaires et 60 M€ de rehaussement en points pour les bas salaires.

¹¹⁷ dont 70 % pour les établissements de santé, 15 % pour les établissements privés à but non lucratif et 15 % pour les cliniques privées.

¹¹⁸ Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux après la crise sanitaire, 2023*.

pour l'assurance maladie. Comme le relève à nouveau le comité d'alerte dans son avis du 15 avril 2024, cela constitue un « *point de fuite* » de l'Ondam. Une analyse d'ensemble est indispensable pour tenir compte des nécessaires évolutions de l'offre de soins, au regard du soutien financier accordé par l'assurance maladie. À titre d'illustration, la prise en compte du déficit de ces établissements en 2022 aurait conduit à constater un dépassement des dépenses d'Ondam de 2,1 points, au lieu de 1,5 point.

c) Des rééquilibrages financiers entre secteurs public et privé

En 2023, le tassement de l'activité des hôpitaux publics s'est traduit par une sous-exécution de la part « tarif » des financements de 847 M€. Ce montant a été en partie redéployé vers les cliniques privées pour compenser le dépassement de 359 M€ de leur part « tarif », lié à la progression de leur activité. Le solde a été restitué aux hôpitaux publics sous la forme de dotations exceptionnelles.

En 2024, l'enveloppe tarifaire a été calculée sur une hypothèse de progression du volume d'activité de 2,5 % en moyenne, ce qui paraît prudent au regard des évolutions constatées sur la période récente. Les tarifs pour les établissements publics et privés à but non lucratif ont été majorés pour prendre en compte les revalorisations salariales des personnels intervenues le 1^{er} juillet 2023 qui se répercutent sur l'exercice 2024, ainsi que le poids d'activité ciblées qui concernent essentiellement le secteur public (soins palliatifs, pédiatrie, maternité et greffe/transplantation).

d) Une nécessaire réorientation du Ségur de l'investissement (hors Ondam) pour marquer une nouvelle étape

Les mesures d'aide au désendettement et à l'investissement des établissements de santé (15,5 Md€ d'aide prévus de 2021 à 2029¹¹⁹) appellent un renforcement de leur pilotage et une révision de la programmation afin de concentrer les financements sur les projets prioritaires et de leur allouer un taux d'aide suffisant pour limiter un nouveau recours à l'endettement que la situation financière des hôpitaux ne permet plus¹²⁰.

¹¹⁹ Dont 6,5 Md€ pour le désendettement et 6,5 Md€ pour la relance de l'investissement financés par emprunt de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) comptabilisés hors Ondam et 2,5 Md€ d'investissement courant et lourd financés par l'Union européenne.

¹²⁰ *La situation financière des hôpitaux après la crise sanitaire*, Cour des comptes, 2023.

Le Ségur de l'investissement : un nouveau contexte à prendre en compte

Depuis la mise en œuvre du programme de relance de l'investissement hospitalier en 2021, le contexte a profondément évolué, du fait des charges d'inflation, de l'augmentation des taux d'intérêt et d'objectifs nouveaux de développement durable.

L'aide au désendettement déjà versée aux établissements (2,7 Md€ de 2021 à 2023) s'est traduite par une baisse limitée de leur endettement (0,7 Md€ entre 2021 et 2022). 67 projets d'investissement ont été définitivement validés fin 2023 sur les 803 projets identifiés par les agences régionales de santé en 2021. Le taux d'aide pour les hôpitaux publics bénéficiaires atteint 42 %, ce qui est insuffisant dans le contexte actuel de déficits et de faible activité, et permet difficilement aux hôpitaux publics de contracter de nouveaux emprunts. Trois ans après la relance de l'investissement hospitalier, l'outil de pilotage et de suivi reste à achever.

La baisse d'activité tient notamment au manque de personnel soignant dans les hôpitaux de petite taille¹²¹. L'évolution de l'offre territoriale de soins doit permettre de concilier l'objectif de qualité et de sécurité des soins et celui de la soutenabilité financière. Une réorientation du Ségur de l'investissement devrait permettre d'accompagner une telle restructuration.

2 - Des aides ponctuelles aux établissements et services médico-sociaux

Le sous-objectif des établissements et services médico-sociaux (ESMS) contribue aux dépenses de fonctionnement des établissements pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap d'un total de 1,3 million de places¹²² sous divers statuts, publics et privés. L'allocation territoriale de ces financements relève de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Depuis la crise sanitaire, l'activité des établissements pour personnes âgées s'est ralentie avec un taux d'occupation de 90 % en 2023, contre 94 % en 2019¹²³. Pour autant, les dépenses médico-sociales ont progressé de 2019 à 2023 de 43 %, soit la hausse la plus forte au sein de l'Ondam (hors fonds

¹²¹ Voir chapitre VII du rapport, *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées*.

¹²² Dont 615 000 places pour personnes âgées (7 400 Ehpad) et 564 000 places pour personnes en situation de handicap (13 800 établissements).

¹²³ Données provisoires 2023 de la direction générale de la cohésion sociale pour l'ensemble des Ehpad publics et privés. Le taux d'occupation des Ehpad privés est plus faible (87 %).

d'intervention régionale et autres prises en charge). La progression a été plus marquée pour les établissements de personnes âgées (60 %) que pour ceux accueillant des personnes en situation de handicap (28 %). Cette hausse tient notamment aux revalorisations salariales du Ségur de la santé (3,5 Md€) et aux mesures de création de places (1 Md€).

En 2023, les dépenses médico-sociales se sont établies à 29,9 Md€, (+ 6,2 %) dont 15,4 Md€ pour les établissements de personnes âgées et 14,6 Md€ pour les établissements de personnes en situation de handicap, conformes à l'objectif fixé en LFSS pour 2023¹²⁴.

Des dépenses supplémentaires ont été décidées en cours d'exercice : revalorisation salariale au 1^{er} juillet 2023 (0,3 Md€¹²⁵) et mise en place d'un fonds d'urgence pour les établissements en difficulté (0,1 Md€ transféré au fonds d'intervention régional¹²⁶). Ces dépenses ont été financées par le gel de crédits mis en réserve (0,1 Md€¹²⁷), par des crédits provisionnés pour la négociation d'une convention collective toujours en cours (0,1 Md€) et par une sous-exécution de l'enveloppe (0,2 Md€).

Malgré la forte progression de ces dépenses, la situation financière des établissements médico-sociaux demeure dégradée : 55 % des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) présentaient un déficit fin 2022 ; cette proportion passait à 60 % pour les seuls Ehpad publics.

Le besoin de réponses structurelles à la suite des aides d'urgence

En 2023, dans le cadre de la mise en place d'un fonds d'aide d'urgence de 100 M€, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a recensé un total de 1 696 établissements médico-sociaux en « difficulté financière » et a concentré les aides sur 486 établissements (29 %). Les aides ont été réservées en priorité aux Ehpad (69 %) et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (26 %). La CNSA a aussi apporté aux établissements médico-sociaux une aide exceptionnelle de 750 M€ de crédits non reconductibles avec l'objectif de revenir à des montants de l'ordre de 500 M€ par an, comme avant la crise sanitaire. Pour 2024, l'Ondam intègre de nouveau une enveloppe de 100 M€ d'aide exceptionnelle pour soutenir les établissements financièrement fragiles.

¹²⁴ Par construction, les dépenses médico-sociales de l'Ondam sont en enveloppes fermées.

¹²⁵ Dont 160 M€ de prime de pouvoir d'achat, 110 M€ de revalorisation du point d'indice et 30 M€ de rehaussement en points pour les bas salaires.

¹²⁶ Le fonds a été utilisé à 75 % en 2023, le solde étant reporté en 2024.

¹²⁷ 121 M€, soit 0,4 % pour le sous-objectif médico-social supérieur à la norme de 0,3 % pour l'ensemble de l'Ondam.

La relance d'une stratégie d'efficience, engagée par le ministère en lien avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), devrait pouvoir apporter des réponses structurelles. De même, les nouvelles dispositions de la loi du 8 avril 2024 qui obligent les Ehpad publics autonomes à coopérer dans le cadre de nouveaux groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux, introduisent la possibilité de moduler les tarifs d'hébergement selon les niveaux de revenus et incitent à privilégier les soins en ESMS plutôt que les admissions en établissements de santé.

La trajectoire de progression des dépenses médicosociales est appelée à se poursuivre, avec le financement de la création de 50 000 emplois en Ehpad et de 50 000 solutions d'accueil des personnes en situation de handicap. À compter de 2024, ces dépenses supplémentaires seront financées notamment par l'affectation, à la branche autonomie, d'une fraction de CSG (0,15 point, soit 2,8 Md€).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Une évolution des dépenses de l'Ondam d'ici 2027 à un rythme équivalent à celui des recettes de la sécurité sociale, telle que prévue par la trajectoire de la LFSS 2024, ne suffira pas à rétablir l'équilibre des comptes de l'assurance maladie. Des mesures d'économies à effet immédiat et des réformes structurelles du système de santé sont indispensables pour rétablir l'équilibre financier de l'assurance-maladie et assurer sa pérennité.

Plus que jamais, l'Ondam est l'instrument idoine pour programmer l'allocation des ressources en conciliant les besoins en santé de la population et le rythme de progression des moyens pouvant être alloué à ce secteur. Le risque est « que l'Ondam perde son statut d'objectif prescriptif et devienne simplement une référence¹²⁸ ». Pour l'éviter, il est essentiel de mettre en place des mesures de régulation correctement dimensionnées et des outils de pilotage des moyens fondés sur des données médico-économiques, pour chacun des sous-objectifs décidés.

Dans une perspective de retour progressif à l'équilibre financier de la branche maladie, la Cour formule les recommandations suivantes de politique publique :

- 4. définir un programme pluriannuel de régulation des dépenses, partagé avec les parties prenantes, comprenant un renforcement des outils et instances de pilotage, un changement d'échelle dans la lutte contre les fraudes, des mesures structurelles d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population et conditionner les mesures nouvelles par la réalisation d'économies (ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, caisse nationale d'assurance maladie) ;*
- 5. renforcer la contribution des soins de ville à l'effort de régulation des dépenses d'assurance maladie, en mettant en place des dispositifs permettant de compenser un dépassement des objectifs adoptés en loi de financement de la sécurité sociale (recommandation réitérée) (ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, caisse nationale d'assurance maladie) ;*

¹²⁸ Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale, *Note sur le financement de la protection sociale en 2023*, janvier 2024.

6. *afin de clarifier le pilotage des dépenses de produits de santé, créer un sous-objectif spécifique au sein de l'Ondam (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
 7. *réexaminer l'activité des établissements de santé en difficulté financière pour la faire évoluer dans le cadre d'une réorganisation de l'offre de soins territoriale, en tenant compte de la qualité et de la sécurité des soins (ministère du travail, de la santé et des solidarités et agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale).*
-